



Kliniken Ostalb gkAöR - **Grobkonzept**

Zukunftskonzeption für die
Gesundheitsversorgung im Ostalbkreis



Gesamtleitung: Vorständin Sylvia Pansow

Autoren:

Sylvia Pansow

Projektleiter der Arbeitsgruppen

Ilona Herzig

Lena Ebner

Recherche:

ChatGPT, KU, Google, f&W

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Vorwort.....	5
2. Einleitung	5
3. Darstellung der Ist-Situation	6
3.1 Bundesrechtliche Vorgaben im Gesundheitswesen	6
3.1.1 Qualitätsvorgaben im Gesundheitswesen	9
3.1.2 Finanzierungssystem in deutschen Krankenhäusern	10
3.1.3 Krankenhausreform	11
3.2 Demografie im Ostalbkreis	15
3.3 Personalbesetzungsvorgaben	16
3.4 Demografie Personal in den Kliniken Ostalb	17
3.5 Demografie der niedergelassenen Ärzte.....	18
3.6 Fallzahlenentwicklung in den Krankenhäusern.....	20
3.7 Ambulantisierung im Gesundheitswesen.....	23
3.8 Ergebnisse der Prognoseanalyse 2035 [HCB] der Kliniken Ostalb	25
3.8.1 Prognose 2035 Standort Aalen	26
3.8.2 Prognose 2035 Standort Mutlangen.....	26
3.8.3 Prognose 2035 Standort Ellwangen	27
3.8.4 Ergebnisse der Marktanalyse	27
4. Zukunftsentwicklungen/Trends im Gesundheitswesen	28
4.1 Stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung	28
4.2 Fortschritt Medizin und Technologie.....	31
4.3 Trends in der Arbeitswelt im Gesundheitswesen	37
4.3.1 Veränderung der Rolle des Arztes	38
4.3.2 Die zukünftige Rolle von Teamarbeit	39
4.3.3 Die zukünftige Rolle der Pflege	40
4.3.4 Die zukünftige Rolle des Case Managements.....	41
4.3.5 Die zukünftige Rolle des Physician Assistant	42
5. Zukunftskonzeption der Kliniken Ostalb	43

5.1 Notfallversorgung	45
5.2 Ambulante Versorgung	46
5.3 Altersmedizin.....	47
5.4 Neurologie.....	47
5.5 Kinder – und Jugendpsychiatrie,-psychosomatik und Psychotherapie	48
5.6 Neurochirurgie	50
5.7 Onkologische Versorgung	50
5.8 Allgemein- und Viszeralchirurgie.....	51
5.9 Unfallchirurgie und Orthopädie	51
5.10 Kinder– und Jugendmedizin.....	52
5.11 Innere Medizin.....	55
5.12 Gynäkologie und Geburtshilfe	55
5.13 Anästhesie und Intensivmedizin	57
5.14 Psychosomatik	57
5.15 Gefäßchirurgie.....	57
6. Gesundheitszentrum Bopfingen	57
7. Ambulant-stationäre Versorgung.....	58
8. Radiologie	59
9. Labor	61
10. Apotheke	65
11. Digitalisierung im Krankenhaus	66
11.1 Krankenhaus 4.0	67
11.2 Prozesse: Der digitale Weg durchs Krankenhaus	69
12. Medizintechnik	69
13. Personalkonzept	70
13.1 Modell: Die Station der Zukunft	71
13.2 Betriebspflegeeinrichtung für pflegende Angehörige.....	73
13.3 Patientensteuerung der Zukunft	74
13.4 Lean-Management	75
13.5 Portalstationen	77
13.6 Flache Hierarchien	78

14. Konzept Gesundheitsakademie	80
15. Finanzierung	80
16. Infrastruktur und Investitionen	81
16.1 Neubau vs. Altbau	81
16.1.1 Standortverfahren.....	82
16.1.2 Multifunktionelles Bauen und Prozessoptimierung	82
16.1.3 Green Hospital	83
16.2 Übergangsmaßnahmen zur Defizitreduzierung.....	84
16.2.1 Mitarbeitergewinnung – Konzept für Kampagnen gegen den Fachkräftemangel für den Erhalt der Kliniken im Übergang	84
16.2.2 Verbesserung der finanziellen Situation der Kliniken Ostalb.....	87
16.2.2.1 Krankenhauslogistik.....	88
16.2.2.2. Reduzierung des Materialverbrauchsverhalten	89
16.2.2.3 Konzept zur Verbesserung der Erlöse.....	90
16.3 Übergangsmaßnahmen Infrastruktur und Baumaßnahmen	91
17. Kommunikation im Prozess.....	92
17.1 Kommunikation Mitarbeiterschaft	93
17.2 Bürgerbeteiligung und Bürgerforum	95
18. Bewertung der Zielbilder.....	97
19. Zielbildempfehlung zur weiteren Konkretisierung in der Konzeption.....	97
20. Ausblick	104
Anlagen	105

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers [m/w/d] verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Vorwort

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist ein komplexes und dynamisches System, das viele Herausforderungen und Chancen bietet. Bisher bot das deutsche Gesundheitssystem allen Bürgern eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung. Dennoch funktioniert dieses System durch geänderte Rahmenbedingungen nicht mehr und muss reformiert werden.

In diesem Kontext ist es wichtig, die aktuellen Trends und Entwicklungen im Gesundheitswesen zu verstehen, Stärken und Schwächen zu identifizieren und zukunftsweisende Lösungen zu entwickeln. Wir müssen uns mit Themen wie dem demografischen Wandel, der steigenden Zahl chronischer Krankheiten, dem Fachkräftemangel, der Digitalisierung und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung auseinandersetzen.

2. Einleitung

Nichts ist so beständig wie der Wandel. Dieses Sprichwort gilt immer auch für unsere Gesundheitsbranche. Jetzt stehen wir jedoch vor einem Umbruch. Einzigartige Technologien erobern die Medizin, Künstliche Intelligenz, Robotik, Big Data und zahlreiche digitale Innovationen eröffnen neue Wege Patienten zu behandeln.

Gleichzeitig droht das heutige Gesundheitssystem unbezahlbar zu werden und so müssen strukturell und konzeptionell neue Wege gegangen werden. Die Herausforderungen reichen von einer geplanten Strukturreform der Krankenhauslandschaft über die Überwindung der Sektorengrenzen, der konsequenten Digitalisierung bis zu einer Ambulantisierung vieler Behandlungen, die heute noch stationär erbracht werden. Viele dieser Veränderungen haben die europäischen Nachbarstaaten bereits umgesetzt. Jetzt müssen auch wir folgen, wenn wir die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sicherstellen wollen.

Der demografische Wandel, die Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung und zunehmende Spezialisierung in der Medizin erfordern den Aufbau innovativer Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Ziel des Zukunftskonzeptes ist es eine bedarfs- und zeitgerechte, hochwertige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Ostalbkreis zu gewährleisten. Um dies gewährleisten zu können, ist Grundvoraussetzung, dass die heute fehlenden gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Finanzierung und Betreibung für alle Gesundheitsversorgungseinrichtungen geschaffen werden.

3. Darstellung der Ist-Situation

3.1 Bundesrechtliche Vorgaben im Gesundheitswesen

In Deutschland gibt es zahlreiche gesetzliche Vorgaben im Gesundheitswesen, die zum Schutz der Bevölkerung und zur Sicherstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung erlassen wurden. Hier sind einige wichtige gesetzliche Vorgaben:

Krankenversicherung: Jeder in Deutschland lebende Mensch ist gesetzlich verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Die Krankenversicherung ist eine staatliche Sozialversicherung, die die Kosten für medizinische Leistungen abdeckt.

Arzneimittelgesetz: Das Arzneimittelgesetz regelt die Zulassung, Herstellung, Überwachung und den Verkauf von Arzneimitteln in Deutschland.

Medizinproduktegesetz: Das Medizinproduktegesetz regelt die Zulassung, Herstellung, Überwachung und den Verkauf von Medizinprodukten wie Implantaten, medizinischen Geräten und Verbrauchsmaterialien.

Infektionsschutzgesetz: Das Infektionsschutzgesetz regelt die Überwachung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten sowie die Maßnahmen zur Verhütung und Eindämmung von Infektionsausbrüchen.

Krankenhausfinanzierungsgesetz: Das Krankenhausfinanzierungsgesetz regelt die Finanzierung von Krankenhäusern und stellt sicher, dass alle Patienten eine angemessene medizinische Versorgung erhalten.

Patientenrechtegesetz: Das Patientenrechtegesetz regelt die Rechte von Patienten, einschließlich des Rechts auf Information, Aufklärung und Einwilligung in medizinische Behandlungen.

Datenschutz im Gesundheitswesen: Das Datenschutzgesetz regelt den Umgang mit personenbezogenen Daten im Gesundheitswesen und stellt sicher, dass Patientendaten vertraulich behandelt werden.

Diese Gesetze sind nur einige Beispiele für die gesetzlichen Vorgaben im deutschen Gesundheitswesen. Sie sind alle darauf ausgerichtet, die Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung zu gewährleisten und die Rechte der Patienten zu schützen.

Regelungskompetenz Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Für Krankenhäuser gelten durch den **Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)** weitere Regelungen, die im Krankenhaus einzuhalten sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss [G-BA] ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Der G-BA ist ein Gremium, das aus Vertretern von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen besteht. Seine Aufgabe ist es, den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV] zu definieren und die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern. Der G-BA legt unter anderem fest, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden und welche nicht. Er setzt auch Standards für die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung und entwickelt Behandlungsrichtlinien für verschiedene Krankheitsbilder. Der G-BA hat eine wichtige Rolle bei der Steuerung des deutschen Gesundheitssystems und bei der Sicherstellung einer hochwertigen und bezahlbaren Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung.

Vorgaben des G-BA betreffen insbesondere die Qualitätssicherung und die Behandlung von Patienten. Nachfolgend die wichtigsten Regelungen dargestellt:

Mindestmengenregelungen: Der G-BA legt fest, wie viele Eingriffe oder Behandlungen in einem bestimmten Zeitraum von einem Krankenhaus durchgeführt werden müssen, um eine ausreichende Qualität der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

Das Hauptziel von Mindestmenvorgaben besteht darin, die Qualität der Versorgung in medizinischen Einrichtungen zu verbessern, indem man sicherstellt, dass bestimmte Eingriffe oder Behandlungen von Ärzten oder Einrichtungen mit ausreichender Erfahrung und Expertise durchgeführt werden. Die Idee dahinter ist, dass ein höheres Maß an Erfahrung und regelmäßiger Durchführung eines Verfahrens zu besseren Ergebnissen für die Patienten führen kann.

Mindestmenvorgaben können sich auf eine Vielzahl von medizinischen Verfahren beziehen, wie beispielsweise komplexe Operationen, bestimmte invasive Eingriffe, Organtransplantationen oder die Behandlung seltener oder komplexer Erkrankungen. Die Vorgaben können für einzelne Ärzte, Krankenhäuser, Kliniken oder andere medizinische Einrichtungen gelten.

Die konkreten Mindestmengen werden in der Regel von Expertengremien, medizinischen Fachgesellschaften oder Gesundheitsbehörden auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen, klinischen Studien und Expertenkonsens festgelegt. Dabei werden verschiedene Faktoren berücksichtigt, wie beispielsweise die Komplexität des Verfahrens, die Patientensicherheit, die Behandlungsergebnisse und die Verfügbarkeit von Ressourcen. Die Einführung von Mindestmenvorgaben kann verschiedene Auswirkungen haben. Einerseits kann sie dazu

führen, dass bestimmte Verfahren oder Eingriffe nur in spezialisierten Zentren oder Einrichtungen durchgeführt werden dürfen, die über ausreichende Erfahrung und Ressourcen verfügen. Dies kann zu einer Konzentration von Expertise und Ressourcen führen und die Versorgung in kleineren Einrichtungen einschränken. Andererseits kann es die Patientensicherheit verbessern und zu besseren Ergebnissen führen, da die Erfahrung der Ärzte und Einrichtungen eine wichtige Rolle spielt.

Mindestmengenvorgaben sind nicht ohne Kritik und Herausforderungen. Einige Kritiker argumentieren, dass sie den Zugang zur Versorgung beeinträchtigen können, insbesondere in ländlichen oder abgelegenen Gebieten, in denen spezialisierte Einrichtungen möglicherweise nicht verfügbar sind. Zudem gibt es Diskussionen über die wissenschaftliche Evidenz und die genaue Festlegung der Mindestmengen für bestimmte Verfahren.

Das Nachweisverfahren erfolgt über eine jährliche Prognose an die Krankenhausträger. In der Prognose sind mind. 50% der erforderlichen Mindestmengen zu erfüllen. Bei voraussichtlicher Nichterreichung der Mindestmengen darf die Leistung nicht erbracht werden, geschieht dies trotzdem, steht dem Krankenhaus kein Vergütungsanspruch zu.

Regelung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten:

Diese Regelung konkretisiert besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten und bestimmt die Qualitätsanforderungen bei dessen Erfüllung. Die definierten Bestimmungen sind die Grundlage für die Vereinbarung von Zuschlägen. Hier wird ebenfalls die Definition einer Fachabteilung festgelegt.

Qualitätsindikatoren: Der G-BA definiert Qualitätsindikatoren, anhand derer die Qualität der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern gemessen und überwacht wird. Diese Indikatoren können beispielsweise die Sterblichkeit nach bestimmten Eingriffen oder die Vermeidung von Komplikationen sein.

Krankenhausstruktur- und -leistungsrichtlinie: Der G-BA legt auch in der Krankenhausstruktur- und -leistungsrichtlinie [KSL-RL] fest, welche Anforderungen an die Ausstattung, das Personal und die Organisation von Krankenhäusern gestellt werden. Diese Vorgaben sollen sicherstellen, dass Krankenhäuser in der Lage sind, eine hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Arzneimittelvereinbarung: Der G-BA schließt gemeinsam mit den Krankenkassen Vereinbarungen über die Verordnung von Arzneimitteln im Krankenhaus ab. Diese Vereinbarungen sollen sicherstellen, dass Arzneimittel wirtschaftlich und sinnvoll eingesetzt werden.

Bewertung von Medizinprodukten: Der G-BA bewertet auch Medizinprodukte wie Implantate oder Prothesen hinsichtlich ihrer Sicherheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Diese Bewertungen sind Grundlage für die Entscheidung, ob ein Medizinprodukt von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird.

Darüber hinaus gibt es unzählige weitere gesetzliche Vorgaben, auf die im Konzept je Fachbereich näher eingegangen wird.

3.1.1 Qualitätsvorgaben im Gesundheitswesen

Qualitätsvorgaben im Gesundheitswesen sind Maßnahmen und Standards, die darauf abzielen, eine hohe Qualität der Gesundheitsversorgung für die Patienten sicherzustellen. Sie sind notwendig, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Es gibt verschiedene Arten von Qualitätsvorgaben im Gesundheitswesen, darunter:

Gesetzliche Vorgaben: Gesetzliche Vorgaben können sich auf die Art und Weise beziehen, wie Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden müssen, sowie auf die erforderliche Qualifikation des Personals, die Einhaltung von Hygiene- und Sicherheitsstandards, Datenschutzbestimmungen und vieles mehr.

Leitlinien: Leitlinien sind Empfehlungen für die Praxis, die von nationalen oder internationalen medizinischen Organisationen erstellt werden, um Ärzte und andere Gesundheitsdienstleister bei der Diagnose, Behandlung und Pflege von Patienten zu unterstützen.

Qualitätsstandards: Qualitätsstandards sind spezifische Anforderungen an die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen. Sie können auf nationaler oder regionaler Ebene festgelegt werden und dienen als Maßstab für die Messung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen.

Zertifizierung: Zertifizierung ist ein Prozess, bei dem ein Gesundheitsdienstleister oder eine Einrichtung von einer unabhängigen Organisation überprüft wird, um sicherzustellen, dass sie bestimmte Qualitätsstandards erfüllen. Dies kann die Akkreditierung von Krankenhäusern, die Zertifizierung von medizinischen Geräten oder die Überprüfung von Laboratorien umfassen.

Da sich in jedem Fachgebiet die Qualitätsvorgaben unterschiedlich darstellen, wird im nachfolgenden Konzept je Fachbereich darauf eingegangen.

3.1.2 Finanzierungssystem in deutschen Krankenhäusern

Die Finanzierung der Krankenhäuser teilen sich seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 die Bundesländer und die gesetzlichen Krankenkassen.

Man spricht von der dualen Finanzierung. Demnach sollen **Investitionskosten**, wie z. B. Neubauten oder neue Geräte durch die Bundesländer finanziert, **Betriebskosten**, also alle Kosten, die für die Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, von den Krankenkassen bezahlt werden.

Wo also ein Krankenhaus gebaut, erweitert oder geschlossen wird, entscheiden demnach die Länder und finanzieren diese Investitionsmaßnahmen. Auch für die Sicherstellung einer flächendeckenden stationären Versorgung sind die Länder zuständig. Wenn Krankenhausschließungen oder -insolvenzen zu Lücken in der stationären Versorgung führen, ist es also Aufgabe der Länder, entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Die Behandlungskosten hingegen sind Sache der Krankenkassen. Seit dem Jahr 2020 werden diese über eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung (Pflegebudget) finanziert. Die Preise von Krankenhausleistungen, d.h. wie viel die Krankenkassen für eine stationäre Behandlung der Patienten in Deutschland ausgeben, verhandeln die Kassen jedes Jahr auf Landesebene mit den Krankenhausgesellschaften (Landesbasisfallwert). In den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert (LBFW) werden u.a. allgemeine Kostensteigerungen bei den Personal- und Sachkosten berücksichtigt, jedoch aus Sicht eines Krankenhausbetreibers wie die Kliniken Ostalb nicht zu 100%, weil der Landesbasisfallwert nicht alle Kostensteigerungen berücksichtigt, was in vielen Krankenhäusern immer mehr zu einem Defizit führt.

Die Ausgaben für "Krankenhausbehandlung insgesamt" sind regelmäßig der größte Posten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Rund jeder dritte Euro fließt derzeit in die Kliniken. Im Jahr 2021 erhielten die Kliniken aus der GKV 85,87 Mrd. Euro.

Weil die Krankenhäuser teilweise in eine finanzielle Schieflage geraten sind, wurden von Seiten des Bundes bereits massive Unterstützungs-Maßnahmen unternommen, um die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu sichern.

Bundesgesundheitsminister Lauterbach setzt sich maßgeblich für die Krankenhäuser ein und treibt insbesondere eine notwendige Krankenhausreform voran.

3.1.3 Krankenhausreform

Aktuell sieht die Situation zur Krankenhausreform folgendermaßen aus:

Erkenntnisse aus dem Rating Report 2023:

- Bei einer Fortschreibung der Jahresabschlüsse 2021 – 2023 ohne Reformen wird der Anteil der insolvenzgefährdeten Krankenhäuser von heute 18 % auf 44 % bis 2030 steigen.
- davon können 8,5 % in den nächsten 7 Jahren nicht mehr gerettet werden.
- Perspektivisch werden 120.000 Krankenhausbetten nicht mehr benötigt.
- Das RWI geht davon aus, dass etwa 1.165 Krankenhäuser für die Versorgung in Deutschland zukünftig ausreichen.
- Man geht davon aus, dass davon 13 % Level 3 Häuser werden, 34 % Level 2 Häuser und dafür noch die Hälfte Level 1 Kliniken [Grundversorger] geben wird.

Daraus ergibt sich folgendes:

Level - Versorgungsform	Krankenhaus in Deutschland	Krankenhaus/Einwohner
Maximalversorger [III]	151	549.356
Regionalversorger [II]	396	210.048
Grundversorger [I]	617	134.748

Der Ostalbkreis hat aktuell 314.000 Einwohner. Das Patienteneinzugsgebiet geht jedoch weit über die Grenzen des Ostalbkreises hinaus. Um also eine adäquate Gesundheitsversorgung für alle Bürger zu garantieren, braucht es Grundversorger und einen Regional/- oder Maximalversorger. Um die Anzahl der Grundversorger zu definieren, muss zunächst festgelegt werden, wo dieser sein wird und ob es ein Regionalversorger oder Maximalversorger ist. Plant man einen Maximalversorger braucht es nur einen Grundversorger. Plant man einen Regionalversorger braucht es ggf. zwei Grundversorger. Beide Modelle wären denkbar.

Aktuell sieht die Stellungnahme der Regierungskommission 17 Leistungsbereiche mit insgesamt 128 Leistungsgruppen vor. Jeder Leistungsgruppe wird ein Versorgungslevel zugeordnet, so dass nicht alle Kliniken auch alle Leistungsgruppen erbringen dürfen. Ziel dieser Leistungsgruppen-Zuordnung ist es, dass Krankenhäuser personell und technisch für die Behandlung der jeweiligen Indikationsgebiete gut ausgestattet sind und Patienten in einer hohen Qualität behandeln können. Die Behandlung von Herzinfarkten erfordert beispielsweise das Vorhandensein eines Linksherzkatheters, Schlaganfälle benötigen zur Behandlung eine Stroke Unit und onkologische Erkrankungen sollten in zertifizierten Krebszentren behandelt werden.

Da sich das Eckpunktepapier noch in der Entwurfsphase befindet, liegt dieses in der aktuellen Fassung vom 31.05.2023 als Anlage 1 vor.

Der aktuelle Stand zur Finanzierung sowie der Beibehaltung medizinischer Leistungen stellt sich wie folgt dar:

Vorhaltepauschalen sollen ab Beginn 2024 eingeführt werden.

- Die Vorhaltevergütung soll zunächst entsprechend der i. R. des Landeskrankenhausplanes am jeweiligen Klinikstandort [IK-Nummer] ausgewiesenen Leistungsgruppen bezahlt werden.
- In einem zweiten Schritt sollen die Vorhaltepauschalen entsprechend den zugewiesenen Leistungsgruppen an Qualitätskriterien geknüpft werden. Hierzu sollen die seit dem Jahr 2020 mit Beschluss des neuen MD-Gesetzes extrem ausgeweiteten und verschärften Prüfungen der ICD- und OPS-Complexcodes [Vergütungszuschläge für med. Zentren und Schwerpunkte] herangezogen werden.
- Im Vorhaltebudget sind strukturelle Vorgaben, wie Anforderungen an Medizintechnik und Personalvorgaben/-verfügbarkeit beinhaltet. Können diese komplexen Vorgaben strukturell und personell jedoch nicht erfüllt werden, droht mittelfristig der Entfall erheblicher Vergütungsbestandteile [nicht nur Zuschlag für med. Schwerpunkte/Zentren, sondern Vorhaltepauschale, welche insgesamt ca. 50 % der Gesamtvergütung entspricht].
- Am Ende sollen die vom Land zugewiesenen Leistungsgruppen der dann bestehenden Klinikstandorte einem Versorgungslevel [Bund] zugeordnet werden. Damit erfolgt nochmals eine Einordnung/Überprüfung des Leistungsspektrums, welches der entsprechenden Versorgungsstufe entspricht.

Fazit:

Eine vorzeitige Einführung der Vorhaltevergütung/-pauschalen wird aufgrund des abgesenkten Leistungsniveaus keine finanzielle Entlastung erbringen. Bedenklich ist bei allen Konzepten, wie der Übergang bis zur Umsetzung der Zukunft noch finanziell für die Kliniken Ostalb tragbar sein wird.

Darüber hinaus sind noch weitere Entwicklungen im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehen:

Ansätze zur sektorenübergreifenden Versorgung

Zur sektorenübergreifenden Planung unter Einbindung von Vertragsärzten empfiehlt die Kommission regionale, paritätisch besetzte Gremien unter Beteiligung der Länder. Um die sektorenübergreifende und integrierte Gesundheitsversorgung zu stärken, nehmen Krankenhäuser des Levels 1-i [integrierte ambulant/stationäre Versorgung] eine besondere Rolle im Reformkonzept ein. Sie sollen wohnortnah ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten verbinden. In Akutpflegebetten können Patienten zum Beispiel zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden. Diese können auch unter pflegerischer Leitung stehen. Die Vergütung der Level-1-i-Krankenhäuser erfolgt im Gegensatz zu allen anderen Levels durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen, wie es in der Stellungnahme heißt.

In der **4. Stellungnahme** sieht die Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen vor.

Die Regierungskommission hat für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eine Empfehlung zur Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland vorgestellt. Ziel der Vorschläge ist es, die medizinische Versorgung für Hilfesuchende im Notfall effizienter zu organisieren, indem die drei getrennten Bereiche der Notfallversorgung [Notaufnahmen der Kliniken, Notfallversorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Notfallrettung der Länder] besser aufeinander abgestimmt werden. Patienten sollen in die für sie am besten geeignete Versorgungsebene gesteuert werden, um die knappen Ressourcen des Notfallwesens optimal zu nutzen.

Die Regierungskommission schlägt dafür die Einrichtung integrierter Leitstellen und Notfallzentren vor. Der für ein sektorenübergreifendes Gesamtsystem notwendige Rettungsdienst ist zunächst nicht Teil der Empfehlung, hierzu kündigen die Autoren eine weitere Empfehlung an.

Flächendeckende Einrichtung von integrierten Leitstellen:

Integrierte Leitstellen (ILS) nehmen im Reformkonzept der Kommission eine zentrale Steuerungsrolle für die Notfallversorgung ein. Die ILS sollen rund um die Uhr unter den bekannten Notrufnummern 112 und 116 117 erreichbar sein und auf telefonischem oder telemedizinischem Weg eine Ersteinschätzung des Notfalls durchführen. Um die Erreichbarkeit der ILS sicherzustellen, werden Vorgaben für eine maximale Wartezeit für die Anrufe Hilfesuchender empfohlen.

Nach dem Konzept der Kommission steht den Leitstellen in Zukunft ein breites Repertoire an Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung: Es sollen nicht nur Patienten je nach Behandlungsbedarf in eine niedergelassene Praxis, in die Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung oder in die Notaufnahme einer Klinik verwiesen werden. Darüber hinaus ist auch eine allgemein- und kinderärztliche telemedizinische Beratung vorgesehen. Zudem sind aufsuchende Dienste für immobile Patienten sowie vulnerable Gruppen geplant, so auch eine pflegerische Notfallversorgung oder eine ambulante Palliativversorgung. Damit soll eine fallabschließende Beratung ermöglicht und nicht akute Fälle erkannt werden.

Errichtung von integrierten Notfallzentren

In allen Krankenhäusern der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung [Stufen 2 und 3 des aktuellen Systems von Notfallstrukturen für Krankenhäuser des G-BA], und falls regional erforderlich, auch an Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung [Stufe 1], sollen integrierte Notfallzentren [INZ] errichtet werden. Am Tresen eines INZ würde die zentrale, algorithmusgestützte Ersteinschätzung durch qualifiziertes Personal erfolgen.

Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen sind nach dem Konzept der Kommission aufgrund ihres Sicherstellungsauftrages verpflichtend an den INZ beteiligt. Sie müssen sich darüber einigen, wer die Leitung des INZ übernehmen wird – bei Nichteinigung fällt die Leitung dem Krankenhaus zu. An Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie Kliniken mit pädiatrischer Abteilung sollen integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche [KINZ] entstehen.

Ausstattung und Finanzierung der INZ

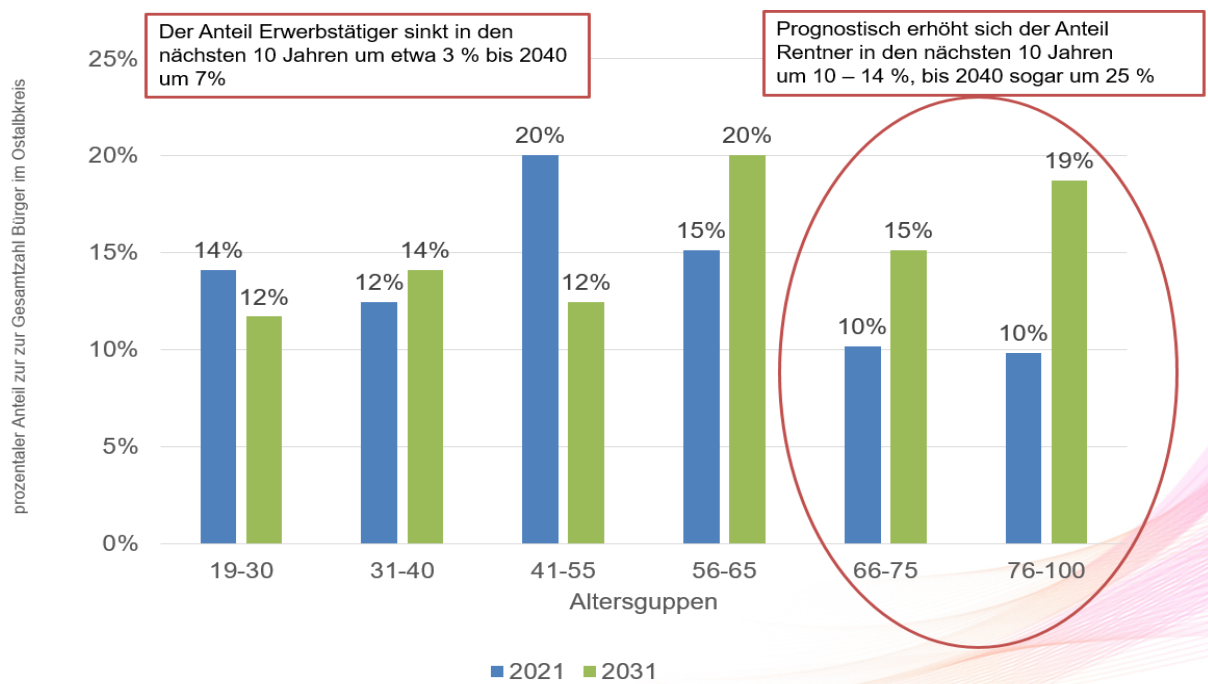
Für die Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Notaufnahmen empfiehlt die Kommission je nach Notfallstufe Qualitäts-Mindeststandards für die technische und personelle Ausstattung. So ist etwa eine Mindestpersonalausstattung für Pflegeberufe in den Notaufnahmen vorgesehen. Als Mindestausstattung der Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen sieht die Empfehlung eine Ärztin oder einen Arzt sowie eine medizinische Fachangestellte beziehungsweise einen Fachangestellten vor. Das ärztliche Personal sollte über einen Facharztstitel für Innere Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin oder Anästhesie oder eine Weiterbildungsqualifikation in Notfallmedizin verfügen.

Alle Bereiche eines INZ sollen digital vernetzt sein und die medizinischen Notfalldaten in Echtzeit übermitteln können. INZ an Krankenhäusern der Notfallstufe 3 müssen nach Ansicht der Kommission rund um die Uhr ein telemedizinisches Beratungsangebot für INZ niedrigerer Notfallstufen ermöglichen.

Für den Aufbau der INZ sehen die Autoren die Notwendigkeit einer Investitionskostenunterstützung vor. Bei der Finanzierung des Betriebs werden zwei Varianten in Betracht gezogen: Entweder bleibt es bei der geteilten Finanzierung, wobei die Praxen der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Kassenärztliche Vereinigungen vergütet werden. Die Notaufnahmen würden im Rahmen einer neustrukturierten Krankenhausvergütung durch eine 60-prozentige Vorhaltepauschale und eine fallbezogene Pauschale vergütet. Die zweite Variante sieht die Entwicklung einer einheitlichen Vergütung für Notfallpraxen und Notaufnahmen aus einem gemeinsamen Vergütungstopf vor.

3.2 Demografie im Ostalbkreis

Die demografischen Veränderungen in Deutschland haben Auswirkungen auf viele Bereiche des täglichen Lebens, darunter die Arbeitswelt, die Gesundheitsversorgung, die Bildung, die Sozialpolitik und die Wirtschaft. Es ist wichtig, diese Veränderungen zu berücksichtigen und Strategien zu entwickeln, um den Herausforderungen zu begegnen, die mit einer älter werdenden Bevölkerung und einer sinkenden Geburtenrate einhergehen.



Aus der demografische Entwicklung im Ostalbkreis ergibt sich gemäß statistischen Bundesamt ein Zuwachs an Rentnern bis 2040 von 25 % und eine Senkung an Erwerbstätigen von etwa 7 %.

Daraus folgt, dass die demografische Entwicklung Auswirkungen auf den Bedarf der zukünftigen vorzuhaltenden Versorgungsstruktur hat. Hierbei sind folgende Trends zu beachten:

- Wir haben im östlichen Raum des Ostalbkreises einen altersbedingten Zuwachs an Patienten von 16 % sowie im westlichen Raum des Ostalbkreises von 6 % zu erwarten.
- Gleichzeitig ist eine starke Ambulantisierung zwischen 6 – 9 % zu erwarten.
- Ein Zuwachs in der stationären Notfallversorgung wird eher als leicht steigend eingeschätzt.

3.3 Personalbesetzungsvorgaben

In Deutschland gibt es verschiedene gesetzliche und tarifliche Personalvorgaben im Gesundheitswesen, die dazu dienen, eine angemessene Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Personalschlüssel:

In der Pflege gibt es einen gesetzlichen Personalschlüssel, der vorschreibt, wie viele Pflegekräfte pro Patient in einem Krankenhaus tätig sein müssen. So gilt aktuell die Personaluntergrenzenverordnung [PpUGV], die im Jahr 2018 in Kraft getreten ist und die Personaluntergrenzen für bestimmte Bereiche des Krankenhauswesens festlegt. Die Verordnung gilt für alle Stationen im Krankenhaus [Pflege am Bett]. Die PpUGV sieht vor, dass bestimmte Personaluntergrenzen eingehalten werden müssen. Das bedeutet, dass zu jeder Zeit ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen muss, um eine angemessene Versorgung der Patienten sicherzustellen. Die Einhaltung der Personaluntergrenzen wird überprüft. Wenn die Personaluntergrenzen nicht eingehalten werden, folgen Sanktionen mit hohen Abschlägen bei der Vergütung der Krankenhausleistungen.

Die Personaluntergrenzenverordnung ist eine Reaktion auf die zunehmende Arbeitsbelastung und den Fachkräftemangel in bestimmten Bereichen des Krankenhauswesens. Sie soll dazu beitragen, die Versorgung der Patienten zu verbessern und die Arbeitsbedingungen für das Krankenhauspersonal zu erleichtern. Tatsächlich folgen daraus eine Verschärfung des Fachkräftemangels und die tägliche Sperrung von Betten, Patienten dürfen nicht mehr aufgenommen werden, wenn die Verordnung nicht eingehalten werden kann.

Fachkraftquote im ärztlichen Bereich:

Im ärztlichen Bereich muss 24 Stunden 7 Tage die Woche ein Facharzt je Fachbereich für die Patientenversorgung im Dienst sein. Dies wird abgewickelt durch sogenannte Rufbereitschaftsdienste, welche wiederum tariflich geregelt sind. Hierbei sind weitere Vorgaben in der Besetzung zu berücksichtigen. Die maximale Zahl an Rufbereitschaftsdiensten ist heute mit maximal 13 Diensten/Arzt im Monat gedeckelt. Dies setzt voraus, dass je Fachabteilung mindestens 3 Fachärzte vorhanden sein müssen, um eine Fachabteilung überhaupt führen zu können. Schon

heute wollen Fachärzte keine 13 Rufbereitschaftsdienste mehr übernehmen. Eine von den Fachärzten akzeptable Dienstbelastungsquote liegt heute bei maximal 6-7 Diensten. Realistisch auch für die Zukunft ist eine Fachabteilung nur noch zu führen, wenn mindestens 5 Fachärzte und 8 Assistenzärzte vorhanden sind.

Gleichzeitig müssen wir uns mit dem Trend auseinandersetzen, dass das Verhältnis Beruf und Familie bei den heute heranwachsenden Generationen eine ganz andere Rolle spielen wird. So ist zukünftig zu erwarten, dass die Bereitschaft der Ärzte 24 Stunden Ruf- und Bereitschaftsdienste abzuleisten eher ein Auslaufmodell wird. Drei-Schichtmodelle wie im Pflegebereich werden auch im ärztlichen Dienst zukünftig zunehmend gefordert werden. Dazu fehlen allerdings die Studienplätze, die Nachwuchskräfte und auch Studienplätze ohne NC. Es wird aus heutiger Sicht nicht möglich sein, dass die Anzahl an Ärzten so steigen kann, dass sich Drei-Schichtmodelle flächendeckend umsetzen lassen. Ein Lösungsansatz könnte sein, dass neue Berufe, Organisationsstrukturen und Medizinische-technischer Fortschritt dem entgegenwirken könnte. Dies setzt jedoch voraus, dass die entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen dafür auch geschaffen werden. So halten wir ein Medizinstudium auch ohne NC in Zukunft flächendeckend für möglich. Erste Beispiele gibt es dazu ja bereits in Deutschland und Europa. Neue Berufe müssen etabliert werden und brauchen zukünftig ein anderes in der Übernahme von Aufgaben in der Patientenversorgung. Warum sollen bspw. zukünftig Berufe, wie Physician Assistant nicht auch ärztliche Tätigkeiten alleine ausführen können. So könnte man bspw. auch den Mangel an niedergelassenen Hausärzten in der Zukunft harmonisieren.

3.4 Demografie Personal in den Kliniken Ostalb

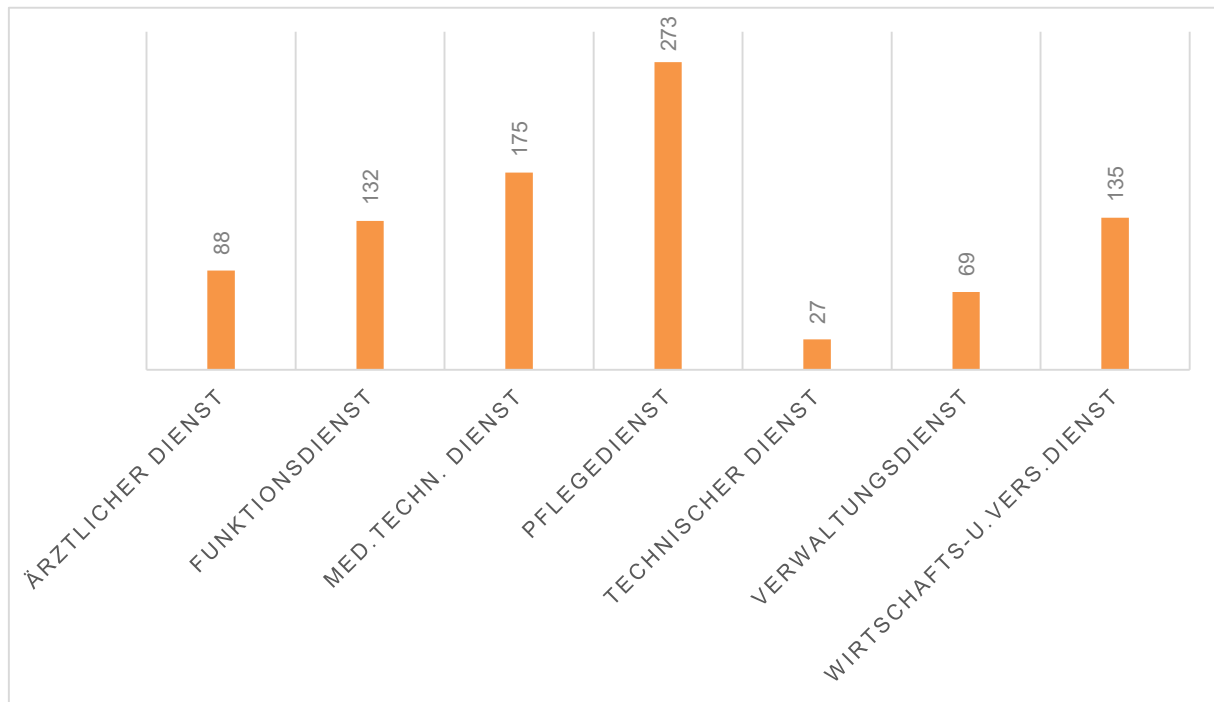
In Deutschland gibt es eine zunehmende Alterung der Bevölkerung, die sich auch auf die demografische Situation im Bereich der Fachkräfte auswirkt. Viele Fachkräfte werden in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen und es wird voraussichtlich nicht ausreichend Nachwuchs zur Verfügung stehen, um die Lücken zu füllen.

Dies trifft insbesondere auf den Gesundheitssektor zu, der einen hohen Bedarf an Fachkräften hat, Tendenz steigend durch unter anderem auch die stetige Verschärfung von gesetzlichen und tarifliche Personalvorhaltevorgaben.

Um diesem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, werden verschiedene Maßnahmen ergriffen. Dazu gehören unter anderem die gezielte Förderung von Ausbildungen und Studiengängen im Gesundheitssektor, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland.

Darüber hinaus wird auch eine längere Erwerbsphase älterer Fachkräfte diskutiert, um ihr Wissen und ihre Erfahrung länger im Arbeitsmarkt zu halten. Auch die verstärkte Nutzung von

Digitalisierung und Technologie könnte dazu beitragen, den Arbeitskräftemangel im Gesundheitssektor abzumildern.



In den Kliniken Ostalb werden bis 2035 37 % der heute Beschäftigten das Unternehmen altersbedingt verlassen. Dem gegenüber steht etwa ein jährlicher Personalgewinnungsfaktor durch Nachwuchskräfte von etwa 10 %. Es ist damit zu rechnen, dass sich der Fachkräftemangel bis 2035 um etwa 10 – 15 % zuspitzen wird. Um dem Patientenbedarf zu 100 % optimal erfüllen zu können, fehlen schon heute im Durchschnitt 120 Vollkräfte monatlich. Es ist damit zu rechnen, dass sich mittlerweile in allen Berufsgruppen ein enormer Fachkräftemangel zuspitzen wird und wir heute erst am Anfang des Mangels stehen. Das Absagen von geplanten Operationen wegen fehlendem Personal erfolgen ist nahezu Tagesgeschäft, genauso die Schließung von vorhandenen Betten. Es wird also im Rahmen der folgenden Zukunftskonzeption unabdingbar sein, Fachabteilung in doppel- und dreifach Strukturen zu bündeln bzw. Organisationsstrukturen auf den Mangel anpassen, umso mehr Effizienz in der ohnehin immer knapper werden Ressource "Personal" zu schaffen.

3.5 Demografie der niedergelassenen Ärzte

Die demografische Zusammensetzung der niedergelassenen Ärzteschaft in Deutschland ist heterogen und wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Fachgebiet und Region.

Die zukünftigen ambulanten Versorgungsstrukturen in Deutschland werden unter anderem beeinflusst von der demografischen Entwicklung, dem technologischen und medizinischen

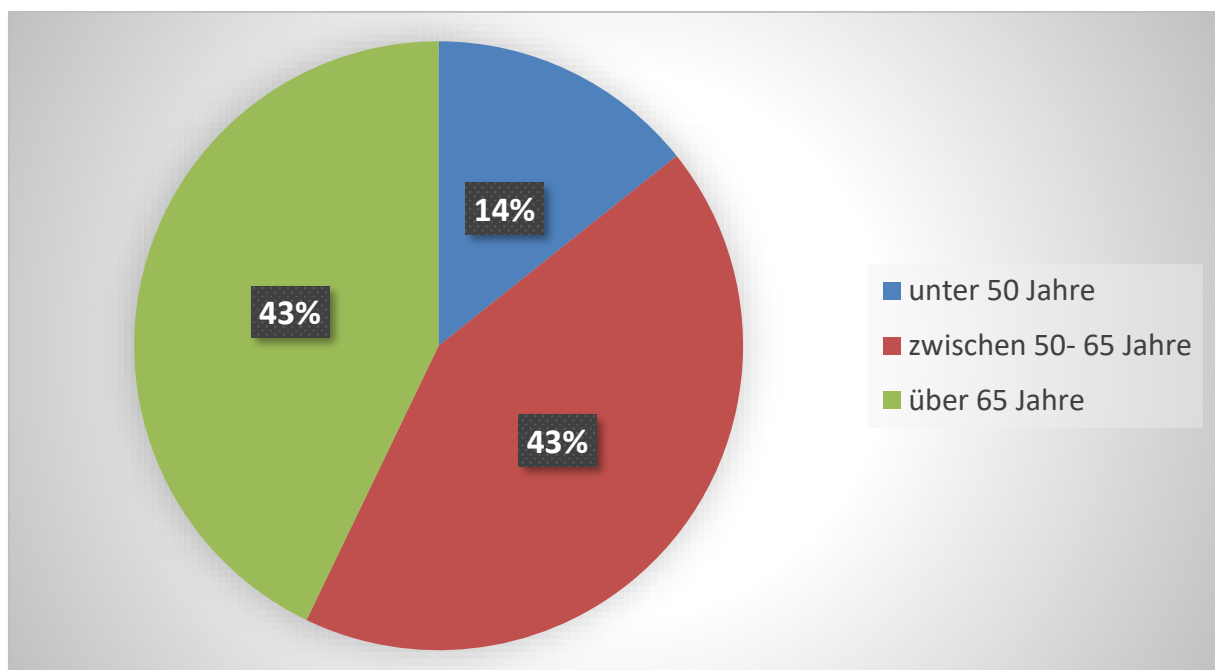
Fortschritt, gesetzlichen Rahmenbedingungen und den gesetzlichen Vorgaben der Bundesregierung im Rahmen des Strukturprozesses.

Eine wichtige Entwicklung in diesem Bereich ist die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der Telemedizin. Die Nutzung von digitalen Technologien, wie beispielsweise Videokonferenzen oder mobilen Apps, ermöglicht es Ärzten, Patienten auch außerhalb ihrer Praxisräume zu betreuen und zu behandeln. Dies kann insbesondere für Patienten in ländlichen Gebieten oder mit eingeschränkter Mobilität von Vorteil sein.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist der Mangel an niedergelassenen Ärzten, insbesondere in ländlichen Regionen. Um diesem Problem entgegenzuwirken, könnten innovative Versorgungsmodelle wie beispielsweise die Gründung von medizinischen Versorgungszentren oder die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern.

Darüber hinaus könnten politische Entscheidungen die zukünftigen Versorgungsstrukturen beeinflussen. So wird derzeit in Deutschland über eine Reform der ambulanten Vergütungssysteme diskutiert, die zu einer stärkeren Ausrichtung an den Bedürfnissen der Patienten und einer besseren Vergütung für bestimmte Leistungen führen soll.

Die Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte im Ostalbkreis stellt sich wie folgt dar:



Daraus ergibt sich, dass 43 % der Hausärzte über 65 Jahre sind. Das bedeutet, dass schon heute eine hausärztliche Unterversorgung der Bevölkerung im Ostalbkreis präsent ist. Die

Folge ist, dass vorhandene Arztpraxen keine Patienten mehr aufnehmen. Patienten gehen mit gesundheitlichen Fragestellung in die Notaufnahme des Krankenhauses, obwohl Sie kein Notfall sind. Dies führt wiederum zur Verstopfung der Notaufnahmen mit langen Wartezeiten der Patienten. Es wird also dringend notwendig sein, die Versorgungsstruktur ambulant und stationär zukünftig zu ändern.

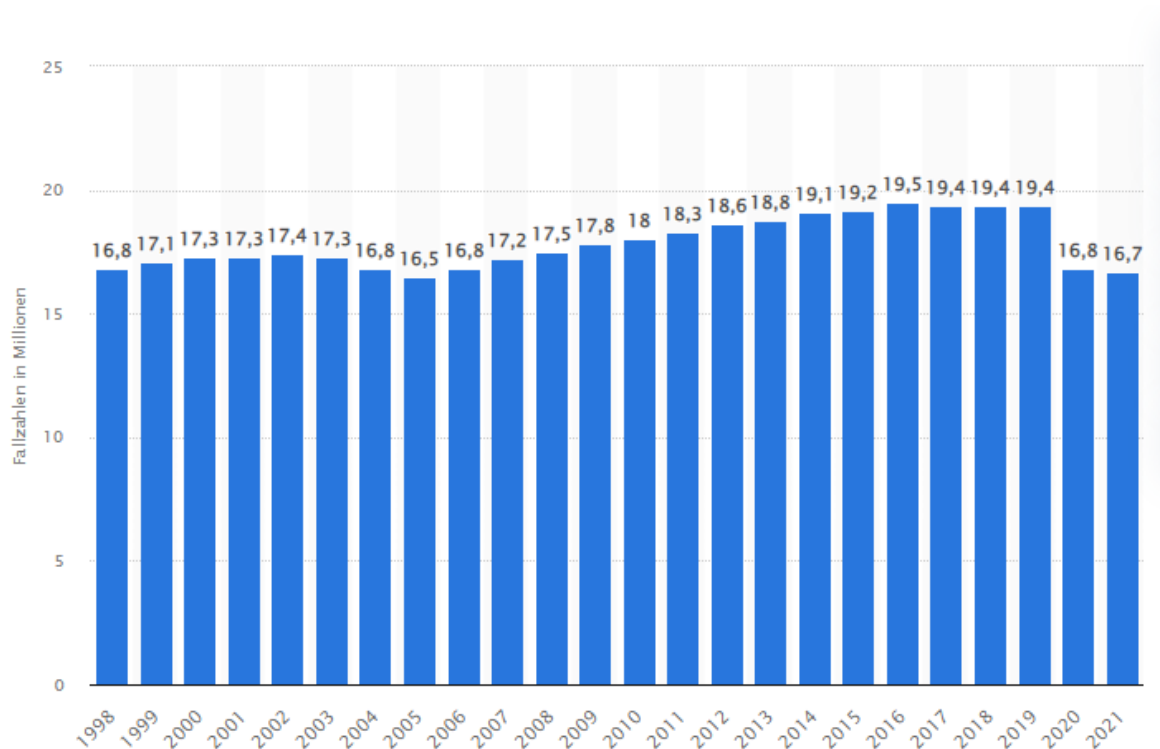
Insgesamt wird erwartet, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen in Deutschland in den kommenden Jahren zunehmend flexibler und patientenorientierter werden und eine stärkere Nutzung digitaler Technologien beinhalten werden.

3.6 Fallzahlenentwicklung in den Krankenhäusern

Die Fallzahlenentwicklung in Krankenhäusern in Deutschland wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, wie beispielsweise der demografischen Entwicklung, der epidemiologischen Situation und der Verfügbarkeit von medizinischem Personal und Ressourcen.

Im Jahr 2019 wurden in deutschen Krankenhäusern insgesamt rund 19,4 Millionen Fälle registriert. Damit hat sich das Patientenvolumen seit 1991 um rund ein Viertel erhöht. Dabei konnten vor allem die privaten Träger ihren Durchlauf erhöhen. Im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser konnten die Privatkliniken in den letzten zehn Jahren ihre Fallzahlen um knapp 30 Prozent erhöhen, wohingegen öffentliche und freigemeinnützige Träger lediglich um 7 bzw. 8 Prozent zulegen konnten. Die Zahl der Krankenhäuser ist rückläufig. Die gestiegenen Fallzahlen sind vor dem Hintergrund verringerter infrastruktureller Voraussetzungen zu sehen. Die Zahl der Kliniken und Krankenhäuser in Deutschland ist seit Jahren rückläufig. Waren es 1991 noch rund 2400, zählt das Statistische Bundesamt aktuell nur noch 1.887 Kliniken. Mit der Zahl der Häuser hat sich auch die Anzahl der Krankenhausbetten um rund ein Viertel von 665.500 auf rund 487.800 reduziert. Aus weniger Betten und Kliniken aber gleichzeitig mehr zu behandelnden Patienten resultiert eine deutlich verringerte Verweildauer von derzeit durchschnittliche 7,2 Tagen. Zum Vergleich: im Jahr 1992 belief sich die Falldauer noch auf 13,3 Tage.

Die Fallzahlenentwicklung [in Millionen=] in Deutschland stellt sich von 2018 – 2021 wie folgt dar:



*Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Gesundheitsversorgung gliedert sich in verschiedene Bereiche, die gemeinsam die medizinische Betreuung und Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Nachfolgend sind die Hauptbereiche der Gesundheitsversorgung dargestellt:

Primärversorgung: Dieser Bereich umfasst die erste Anlaufstelle für die medizinische Versorgung, in der Regel durch niedergelassene Ärzte und Allgemeinmediziner. Die Primärversorgung beinhaltet die Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Krankheiten und Gesundheitszuständen.

Sekundärversorgung: Die Sekundärversorgung umfasst spezialisierte medizinische Dienstleistungen, die in Krankenhäusern und spezialisierten Kliniken erbracht werden. Hier werden diagnostische Verfahren, operative Eingriffe, spezialisierte Behandlungen und Rehabilitation durchgeführt.

Tertiärversorgung: Die Tertiärversorgung bezieht sich auf hochspezialisierte medizinische Dienstleistungen, die in spezialisierten Zentren oder Krankenhäusern mit Expertise in bestimmten medizinischen Bereichen angeboten werden. Dies kann beispielsweise die Versorgung von seltenen Krankheiten oder komplexen medizinischen Zuständen umfassen.

Langzeitpflege: Dieser Bereich umfasst die Betreuung und Versorgung von Menschen mit langfristigen gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen. Dazu gehören Pflegeeinrichtungen, betreutes Wohnen, ambulante Pflegedienste und häusliche Pflege.

Pharmazeutische Versorgung: Die pharmazeutische Versorgung beinhaltet die Bereitstellung von Medikamenten und Pharmazeutika. Dazu gehören Apotheken, in denen Medikamente abgegeben werden, sowie die Pharmaindustrie, die für die Forschung, Entwicklung und Produktion von Arzneimitteln verantwortlich ist.

Öffentliche Gesundheit: Dieser Bereich konzentriert sich auf die Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung durch Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten, Gesundheitsförderung, Überwachung von Gesundheitsrisiken, Impfprogramme und öffentliche Gesundheitskampagnen.

Telemedizin und E-Health: Diese Bereiche nutzen Technologien wie Telekommunikation, digitale Plattformen und Informationsaustausch, um die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten zu verbessern. Telemedizin ermöglicht die Fernüberwachung von Patienten, Fernkonsultationen mit Ärzten und den Zugriff auf Gesundheitsinformationen über das Internet.

Diese Bereiche der Gesundheitsversorgung arbeiten oft zusammen und ergänzen sich, um eine umfassende medizinische Betreuung zu gewährleisten. Sie sind auch stark von Gesetzen, Regulierungen und Finanzierungssystemen beeinflusst, die je nach Land und Gesundheitssystem variieren können.

Im deutschen Gesundheitssystem fällt den Krankenhäusern die Aufgabe zu, die stationäre Versorgung flächendeckend und in hoher Qualität zu gewährleisten. Es wird erwartet, dass die Fallzahlen in Krankenhäusern in den kommenden Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung weiter steigen werden, insbesondere bei älteren Menschen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Gleichzeitig stellt die Verfügbarkeit von medizinischem Personal und Ressourcen aufgrund des Fachkräftemangels und der finanziellen Belastungen für die Krankenhäuser eine Herausforderung dar.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, könnten innovative Versorgungsmodelle und eine bessere Vernetzung von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und anderen Akteuren im Gesundheitswesen dazu beitragen, die Versorgung effizienter und patientenorientierter zu gestalten.

Wie auch in Deutschland insgesamt festzustellen ist, haben auch die Kliniken Ostalb seit der Pandemie einen starken Fallzahlenrückgang von insgesamt 15 %. Die Ursachen lagen darin,

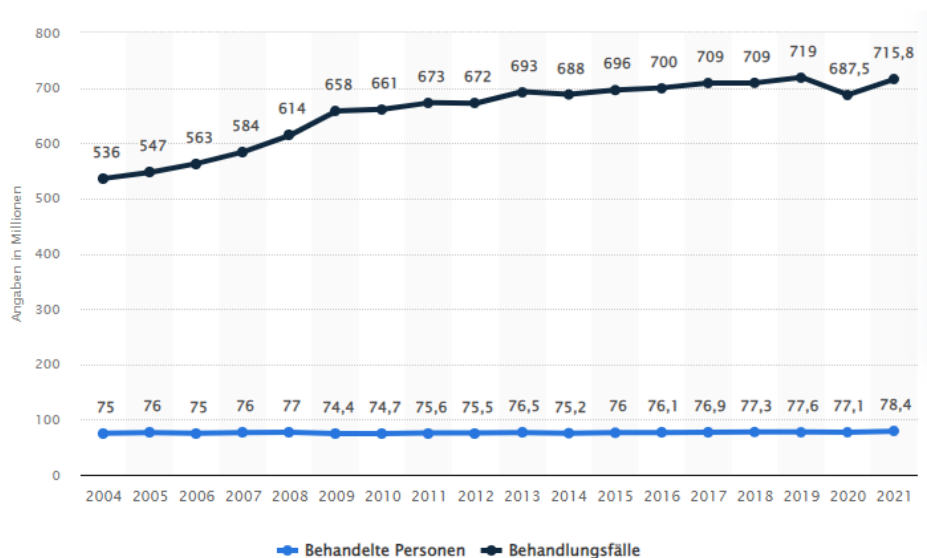
dass vor allem durch die Pandemie Covid elektive Eingriffe teilweise nicht mehr durchgeführt werden konnten. In 2023 ist die Fallzahlenentwicklung wieder steigend. Ob das Niveau 2019 wieder erreichbar ist, bleibt abzuwarten. Durch eine fortschreitende Ambulantisierung reduziert sich die Anzahl der stationären Fälle. Dem gegenüber steht ein prognostizierter Fallzahlzuwachs durch demografische Effekte.

3.7 Ambulantisierung im Gesundheitswesen

Die Entwicklung ambulanter Fälle in Deutschland ist von verschiedenen Faktoren abhängig und kann daher von Jahr zu Jahr variieren. Im Allgemeinen lässt sich jedoch sagen, dass die Anzahl ambulanter Fälle in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist.

Laut dem Statistischen Bundesamt wurden im Jahr 2020 insgesamt 682,9 Millionen Arztkontakte in ambulanten Praxen und Einrichtungen verzeichnet, was einem Anstieg von 1,9% im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Die meisten dieser Kontakte entfielen auf Hausärzte [59,4%], gefolgt von Fachärzten [38,8%] und Zahnärzten [1,8%].

Die aktuelle Entwicklung der ambulanten Behandlungsfälle in Deutschland stellt sich wie folgt dar:



Quelle: Statistische Bundesamt

Ein wichtiger Faktor, der die Entwicklung ambulanter Fälle beeinflusst, ist die demografische Entwicklung in Deutschland. Durch den demografischen Wandel und die steigende Lebenserwartung nehmen insbesondere chronische Erkrankungen zu, was eine erhöhte Nachfrage nach ambulanter medizinischer Versorgung zur Folge hat.

Auch die Corona-Pandemie hat die Entwicklung ambulanter Fälle beeinflusst. Im Jahr 2020 wurden viele geplante Behandlungen verschoben oder abgesagt, was zu einem Rückgang der

ambulanten Fälle in bestimmten Bereichen führte. Gleichzeitig hat die Pandemie aber auch gezeigt, wie wichtig eine gut funktionierende ambulante Versorgung ist.

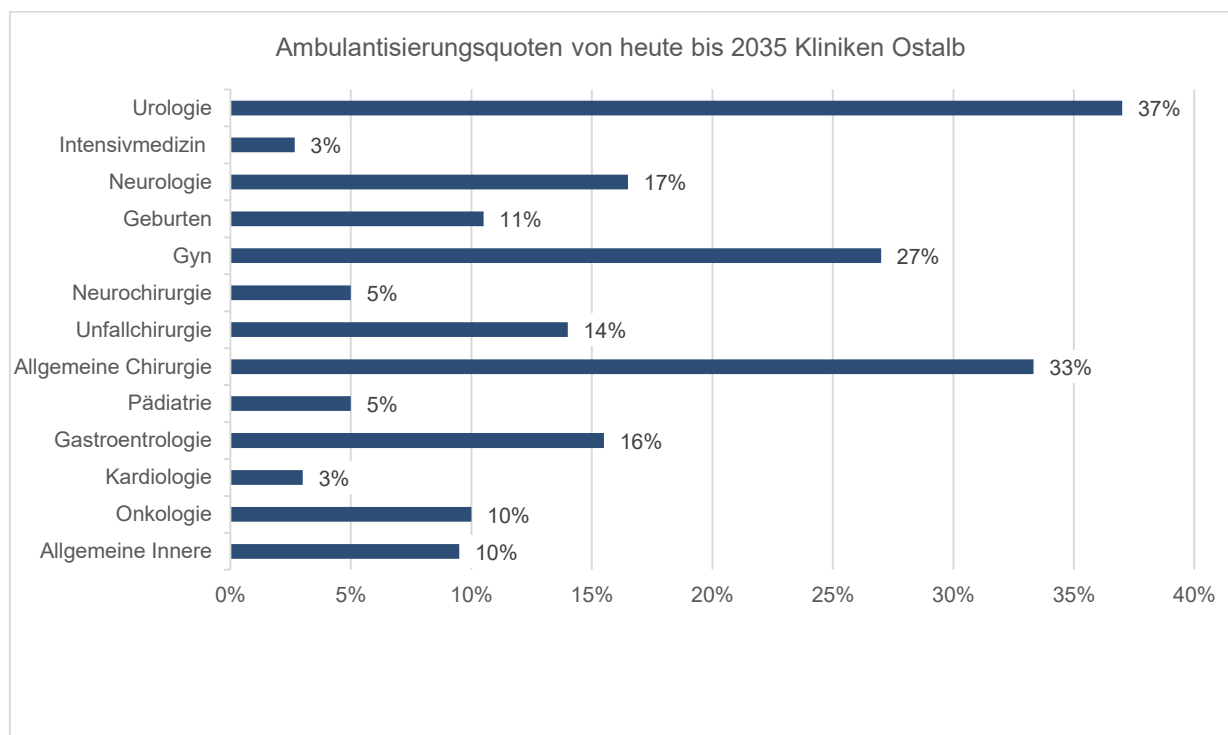
Insgesamt ist also davon auszugehen, dass die Anzahl ambulanter Fälle in Deutschland auch in Zukunft weiter ansteigen wird, insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung und des Bedarfs an einer guten ambulanten Versorgung.

Neben demografischer Effekte in der ambulanten Versorgung, muss eine durch Fortschritt Medizin und Technologie steigende Nachfrage ambulanter Leistungen betrachtet werden.

Als Ambulantisierung bezeichnet man in der Medizin die Verschiebung von stationären Leistungen hin zu ambulanten Leistungen. Konkret bedeutet dies, dass immer mehr medizinische Behandlungen und Eingriffe, die früher nur in Krankenhäusern durchgeführt wurden, nun auch ambulant, also außerhalb von Krankenhäusern, erfolgen.

Die Ambulantisierung hat mehrere Gründe. Zum einen ermöglichen Fortschritte in der Medizin und Technologie immer mehr Eingriffe, die früher nur stationär durchgeführt werden konnten, nun auch ambulant durchzuführen. Zum anderen ist die ambulante Versorgung in der Regel kostengünstiger als die stationäre Versorgung. Daher setzen politische Entscheidungsträger auch Anreize zur Förderung der ambulanten Versorgung.

Die Analyse aller in den Kliniken Ostalb vorhandenen medizinischen Angebote hat folgenden Trend an Ambulantisierungspotential ergeben:



Insgesamt bietet die Ambulantisierung viele Vorteile für Patienten, da sie in der Regel kürzere Wartezeiten, eine schnellere Genesung und eine höhere Flexibilität in der Wahl des Behandlungsortes ermöglicht. Gleichzeitig trägt sie dazu bei, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken und die Auslastung von Krankenhäusern zu reduzieren. Eine erfolgreiche Ambulantisierung erfordert eine gute Koordination zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen, insbesondere zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen. So müssen Patienten nach einem ambulanten Eingriff beispielsweise gut betreut und überwacht werden, um mögliche Komplikationen frühzeitig erkennen und behandeln zu können.

3.8 Ergebnisse der Prognoseanalyse 2035 [HCB] der Kliniken Ostalb

Im Rahmen der Zukunftskonzeption haben die Kliniken Ostalb das Beratungsunternehmen HCB beauftragt an Hand der §21 er Datensätze von 2019 – 2021 eine Prognoseentwicklung 2035 je Standort zu erarbeiten. Die Prognose wurde auf Basis des Datenjahres 2021 ermittelt. Da sich im Jahr 2021 auch die Pandemie im §21er Datensatz widerspiegelt, haben einige Arbeitsgruppen in ihrer Zukunftskonzeption noch einige Anpassungen in der Analyse vorgenommen.

Die Analyse 2035 wurde nach Best, Medium und Worst Case in der Entwicklung dargestellt. Dies bedeutet im Einzelnen folgende Bewertungskriterien:

Best Case		Medium Case		Worst Case	
 Demografische Entwicklung	Aktiviert	 Demografische Entwicklung	Aktiviert	 Demografische Entwicklung	Aktiviert
 Ambulantes Potenzial	„Mild“	 Ambulantes Potenzial	„Mild“	 Ambulantes Potenzial	„Scharf“
 Mindestmengen	keine	 Mindestmengen	> 10	 Mindestmengen	> 20
 Wettbewerbsposition	+ 1% p.a.	 Wettbewerbsposition	keine	 Wettbewerbsposition	- 1% p.a.
 VWD-Rückgang	90% MVD FPK ⁽¹⁾	 VWD-Rückgang	90% MVD FPK ⁽¹⁾	 VWD-Rückgang	90% MVD FPK ⁽¹⁾

Zusammengefasst über alle drei Standorte hat die Analyse 2035 ergeben, dass ein Fallzahlenentwicklungspotential in den Fachbereichen Kardiologie, Pneumologie, Orthopädie, Alterstraumatologie sowie Gastroenterologie vorliegt.

Die Gesamtauswertung von HCB entnehmen Sie bitte der Anlage 2.

3.8.1 Prognose 2035 Standort Aalen

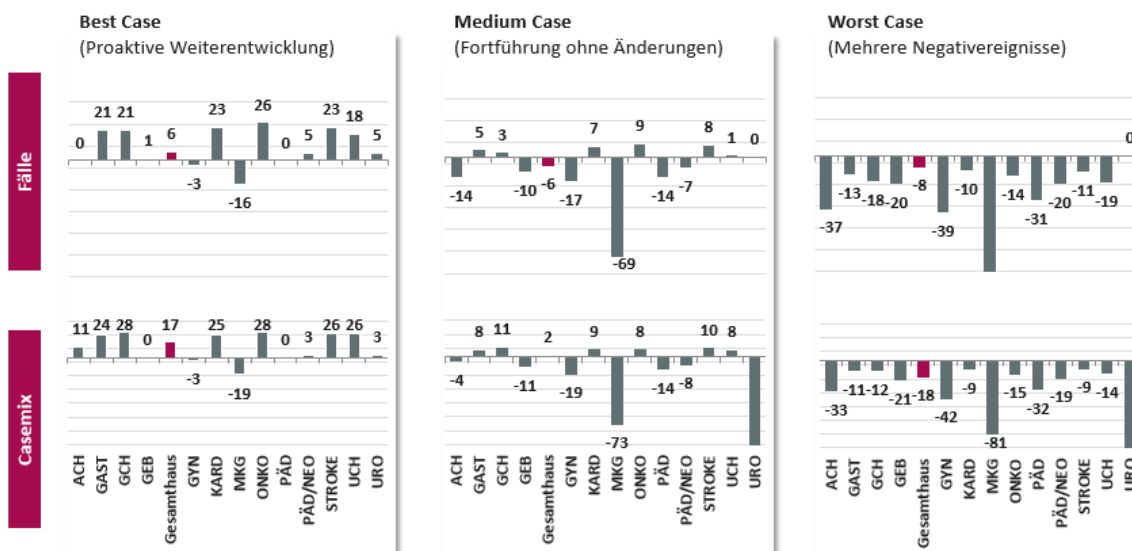
Zusammengefasst kann gesagt werden, dass in Aalen nur ein geringer Fallzahlenzuwachs zu erwarten ist und der Casemix eher bis 2035 rückläufig sein wird. Dabei gibt es einen geringen demografischen Fallzahlenzuwachs und ein mäßiges Ambulantisierungspotential. Dies stellt sich in den einzelnen Fachbereichen wie folgt dar:



Hier ist deutlich sichtbar, dass der Standort Aalen, das größte Wachstumspotential in den Fachbereichen Kardiologie, Neurologie und Neurochirurgie hat.

3.8.2 Prognose 2035 Standort Mutlangen

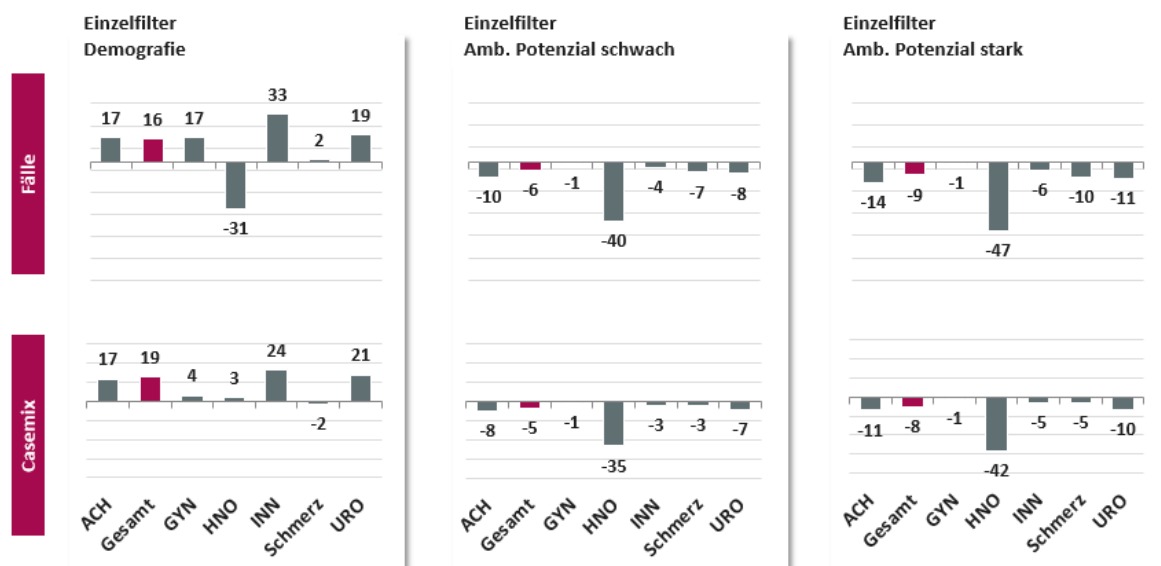
Zusammengefasst kann gesagt werden, dass in Mutlangen ein positiver Fallzahlenzuwachs durch Demografie zu erwarten ist und der Casemix bis 2035 rückläufig sein wird. Dabei gibt es Abteilungen mit einem teilweise hohes Ambulantisierungspotential haben. Dies stellt sich in den einzelnen Fachbereichen wie folgt dar:



Für den Standort Mutlangen wird ein Wachstumspotential für die Fachbereiche Kardiologie, Onkologie, Gastroenterologie, Neurologie sowie Gefäßchirurgie gesehen.

3.8.3 Prognose 2035 Standort Ellwangen

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass in Ellwangen ein positiver Fallzahlenzuwachs durch Demografie zu erwarten ist. Dem gegenüber steht jedoch auch starker Rückgang des Casemix. Alle Abteilungen haben ein hohes Ambulantisierungspotential. Dies stellt sich in den einzelnen Fachbereichen wie folgt dar:



Für den Standort Ellwangen wird im Best Case ein Wachstumspotential für die Fachbereiche Innere Medizin und Urologie gesehen.

3.8.4 Ergebnisse der Marktanalyse

Die Anlage 2 beinhaltet die von HCB erstellte Analyse auch die Marktanteile zu unseren Mitbewerbern.

Die Marktanteile an den Standorten stellen sich unterschiedlich dar. Insgesamt kann jedoch festgestellt werden, dass innerhalb des Ostalbkreises die Kliniken Ostalb einen sehr hohen Marktanteil der Top 20 Diagnosen haben und darüber hinaus.

In Aalen ist ein hoher Marktanteil im direkten Standortumfeld nördlich und südlich, als auch über die Landesgrenzen hinaus. In Mutlangen haben die TOP 30 Diagnosen einen hohen Marktanteil im gesamten Ostalbkreis. In Ellwangen sind die Marktanteile im direkten Umfeld der

Stadt Ellwangen, jedoch nicht bis zur nördlich und südlichen 30 Minuten Fahrzeitzone. Ellwangen deckt den Markt in den TOP 30 Diagnosen eher unterdurchschnittlich ab.

4. Zukunftsentwicklungen/Trends im Gesundheitswesen

4.1 Stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung

Die **stationäre Gesundheitsversorgung** der Zukunft wird sich voraussichtlich stark verändern, da sich die Gesundheitsbranche zunehmend auf Patientenzentrierung und digitale Innovationen konzentriert. Hier sind einige der Trends und Veränderungen, die wir in der Zukunft erwarten können:

- 1. Mehr Fokus auf präventive Maßnahmen:** In der Zukunft wird die stationäre Gesundheitsversorgung zunehmend auf präventive Maßnahmen setzen, um Krankheiten zu vermeiden oder frühzeitig zu erkennen. Dies kann durch gezielte Screenings, Impfungen und Lifestyle-Interventionen wie Ernährung und Bewegung erreicht werden.
- 2. Digitale Innovationen:** Digitale Technologien werden in der stationären Gesundheitsversorgung eine immer wichtigere Rolle spielen. Angefangen bei der elektronischen Patientenakte über Telemedizin bis hin zu virtuellen Operationen und Robotik wird die Digitalisierung viele Aspekte der stationären Versorgung verändern.
- 3. Personalisierte Medizin:** In Zukunft wird die stationäre Gesundheitsversorgung zunehmend auf personalisierte Medizin setzen, um individuelle Patientenbedürfnisse besser zu erfüllen. Dabei werden genetische und molekulare Daten zur Diagnose und Behandlung von Krankheiten genutzt werden.
- 4. Veränderte Strukturen:** Die Strukturen der stationären Gesundheitsversorgung werden sich ebenfalls verändern. Krankenhäuser werden immer mehr zu Zentren für spezialisierte medizinische Behandlungen, während alltägliche Gesundheitsprobleme in ambulanten Praxen oder durch Telemedizin behandelt werden.
- 5. Stärkere Vernetzung:** Die stationäre Gesundheitsversorgung wird sich in Zukunft stärker vernetzen und enger mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens zusammenarbeiten. Dies umfasst die Zusammenarbeit mit ambulanten Praxen, Rehabilitationszentren und Pflegeeinrichtungen, um eine kontinuierliche und koordinierte Versorgung zu gewährleisten.

6. Ein "Kontakt Center" koordiniert die Patientenwege

Nicht nur in Notfällen, sondern bei allen Behandlungsanlässen sollen die Patienten direkt an den für die jeweilige Behandlungssituation notwendigen Leistungserbringer gelangen. Damit werden Über- oder Unterversorgung sowie Doppel- und Fehluntersuchungen vermieden. Das "Kontakt Center" ist erster Ansprechpartner für die Patienten. Hier wird die Behandlungsnotwendigkeit priorisiert und der Patient in die richtige Behandlung gesteuert. Mittels elektronischer Patientenakte ist das "Kontakt Center" mit allen Behandlern der Region vernetzt und vermittelt Koordinations-Casemanagement- und Beratungsleistungen, und zwar sowohl eigene als auch externe Angebote. Gegebenenfalls übernimmt es auch selbst die Patientenbetreuung, indem es zum Beispiel Verordnungen ausstellt.

7. Kompetenzen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe stärken

Ärzte sollen Zeit und Raum haben, ihrer ursächlichen ärztlichen Tätigkeit nachzukommen. Apotheker, Physiotherapeut, medizinisches Fachpersonal und andere im Gesundheitswesen Tätige sollen deshalb stärker in die direkte und eigenverantwortliche Versorgung von Patienten einbezogen werden und "auf Augenhöhe" mit denen Ärzte arbeiten. Zusätzliche Qualifikationen und eine stärkere Profilierung der Berufsbilder führen zudem zu erweiterten Kompetenzen und einem stärkeren Interesse an der Ausbildung und Ausübung nichtärztlicher medizinischer Berufe.

Eine zentrale Rolle spielt hier die Pflege. Weiterqualifizierte Pflegekräfte arbeiten eigenverantwortlich. Sie übernehmen regelhaft Hausbesuche bei kranken älteren Menschen, beraten und schulen chronisch Kranke und können bestimmte Arzneimittel verordnen. Pflegende Angehörige, Nachbarn etc. werden durch ein umfassendes Casemanagement unterstützt sowie bei der Auswahl und Gestaltung von passgenauen Hilfs- und Versorgungsstrukturen beraten.

8. Gesundheitskompetenz stärken

Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, wie z.B. Schulungen oder Shared-Decision-Making führen nachweislich zu geringeren Behandlungsanlässen. Die Bevölkerung wird dabei unterstützt, gut aufgeklärt die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Patienten werden aktiv in Therapieentscheidungen einbezogen und bei der Umsetzung begleitet.

9. Pflegebedürftigkeit vorbeugen

Patienten soll die Möglichkeit gegeben werden, solange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause verbleiben zu können. Flexible und individuelle regional ausgerichtete Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen sowie Sturzprophylaxe und der Ausbau der Mobilen Ge-

riatrischen Rehabilitation unterstützen dabei. Kurzzeitpflege wird zu einem pflegerisch-therapeutischen Versorgungsansatz für alle Pflegebedürftigen weiterentwickelt, der die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit zum Ziel hat.

Insgesamt wird die stationäre Gesundheitsversorgung der Zukunft auf personalisierte, präventive und digitale Ansätze setzen, um eine höhere Qualität der Versorgung zu erreichen und die Effizienz zu verbessern.

Die **ambulante Gesundheitsversorgung** bezieht sich auf die medizinische Versorgung von Patienten außerhalb eines Krankenhauses oder einer stationären Einrichtung. Dies umfasst eine Vielzahl von Gesundheitsdienstleistungen, die in einer ambulanten Umgebung erbracht werden, wie beispielsweise:

- Arztbesuche in Praxen, Kliniken oder Gesundheitszentren
- Diagnostische Untersuchungen, wie Blutuntersuchungen, Röntgenaufnahmen und Ultraschalluntersuchungen
- Therapeutische Behandlungen, wie Physiotherapie und Ergotherapie
- Ambulante Operationen und Eingriffe
- Notfallversorgung und Erste Hilfe

Mit dem Entwurf für die Krankenhausreform der Bundesregierung soll die Ambulantisierung medizinischer Leistungen gefördert werden. Im internationalen Vergleich werden in Deutschland noch viele Behandlungen stationär durchgeführt, die in anderen Staaten teilweise ganz oder ganz ambulant vorgenommen werden. Die Gründe sind vielfältig, zentral dürfte aber die sogenannte Sektorengrenze sein, die hierzulande vorschreibt, dass für ambulante Behandlungen grundsätzlich niedergelassene Ärzte und für stationäre Therapien Krankenhäuser zuständig sind.

Die ambulante Gesundheitsversorgung ist in der Regel auf die Behandlung von akuten Erkrankungen oder chronischen Krankheiten ausgerichtet, die keine stationäre Aufnahme erfordern. Sie ist jedoch auch für die Prävention von Krankheiten und die Aufrechterhaltung der Gesundheit wichtig. Sie ist ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems und spielt eine entscheidende Rolle bei der Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung. Sie ermöglicht den Patienten eine bessere Kontrolle über ihre Gesundheit und eine höhere Flexibilität bei der Wahl von Gesundheitsdienstleistungen. Sie wird sich in Zukunft weiterentwickeln und verbessern, um den sich verändernden Bedürfnissen der Patienten und der Gesellschaft gerecht zu werden.

Hierbei sind einige mögliche Entwicklungen, die in der Zukunft zu erwarten sind:

- 1. Digitale Gesundheitsdienste:** Die Digitalisierung wird eine immer wichtigere Rolle in der ambulanten Versorgung spielen. Telemedizin, mobile Gesundheits-Apps und digitale Gesundheitsplattformen können den Zugang zu Gesundheitsdiensten erleichtern und die Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten verbessern.
- 2. Stärkere Betonung von Prävention und Gesundheitsförderung:** Die ambulante Versorgung wird sich zunehmend auf die Förderung der Gesundheit und Prävention von Krankheiten konzentrieren. Es wird einen größeren Fokus auf die Identifizierung von Risikofaktoren geben und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Gesundheitsdienstleistern und der Gemeinschaft wird gestärkt.
- 3. Teamarbeit:** Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachkräften wird in Zukunft eine größere Rolle spielen. Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten und andere Gesundheitsdienstleister werden als Team zusammenarbeiten, um eine bessere Versorgung der Patienten zu gewährleisten.
- 4. Personalisierte Medizin:** Fortschritte in der Genomforschung und anderen Technologien werden dazu beitragen, dass die ambulante Versorgung in Zukunft stärker auf den individuellen Bedarf des Patienten zugeschnitten wird. Personalisierte Medizin ermöglicht eine genauere Diagnose und Behandlung von Krankheiten.
- 5. Veränderung der Rolle von Ärzten:** Ärzte werden in Zukunft vermehrt als Berater und Coaches agieren, die die Patienten bei der Erreichung ihrer Gesundheitsziele unterstützen. Dies erfordert eine stärkere Betonung auf die Ausbildung von Ärzten in den Bereichen Kommunikation, Coaching und Patientenbetreuung.

Insgesamt wird die ambulante Versorgung in Zukunft flexibler, zugänglicher und patientenorientierter werden.

4.2 Fortschritt Medizin und Technologie

Der medizinisch-technische Fortschritt ist der wichtigste Treiber des Gesundheitswesens. Dank der modernen Medizin können viele Krankheiten, die einst tödlich waren, geheilt oder zumindest kontrolliert werden. Diese Errungenschaften wären ohne Technologie nicht möglich gewesen.

Künstliche Intelligenz, Wearables, Robotik, Augmented Reality und Virtual Reality – neue Technologien, die längst unseren Alltag prägen, spielen auch im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Sie können dabei helfen, Finanzierungs- und Versorgungsengpässe zu überwinden, für mehr Autonomie und Teilhabe von Patienten zu sorgen und den Gesundheitsbereich nachhaltiger zu gestalten. Dies ist angesichts steigender Gesundheitskosten, der steigenden sozialen Ungleichheit und der Klimakrise umso wichtiger.

Im Nachfolgenden erfahren Sie, wie neue Technologien, wie Künstliche Intelligenz [KI], maschinelles Lernen, virtuelle Pflege, das Internet der medizinischen Dinge und 5G die Arbeit des medizinischen Personals erleichtern und medizinische Einrichtungen verbessern.

Dazu folgende Entwicklungen:

1. Künstliche Intelligenz [KI] im Gesundheitswesen:

KI hat das Potenzial, die Diagnose von Krankheiten zu verbessern und neue Behandlungsmethoden zu entwickeln. Durch den Einsatz von Machine Learning können Ärzte komplexe Muster in den medizinischen Daten erkennen und schnellere, genauere Diagnosen stellen.

KI-Technologien werden unter anderem für die Analyse von Patientendaten, für präzisere Diagnosen im bildgebenden Verfahren und bei der Entscheidungsfindung eingesetzt.

KI-Technologie, wie maschinelles Lernen, kann das medizinische Personal bei der Auswertung von zum Beispiel Röntgenbildern unterstützen und sorgt so für genauere Diagnosen. Auch im Kampf gegen das Coronavirus lässt sich diese Technologie anwenden. So können zum Beispiel CT-Scans ausgewertet werden, um die Auswirkungen des Coronavirus zu behandeln. Aber es gibt noch weitere Einsatzmöglichkeiten für künstliche Intelligenz, die über die Pandemiebehandlung hinausgehen, wie zum Beispiel die Krebsdiagnostik. Jahrzehntlang war die wichtigste Methode zur Diagnose von Krebserkrankungen die Biopsie, die jedoch kein vollständiges Bild des Organgewebes lieferte. Digitale Scans einer bestimmten Region, auf die sich Zellmutationen auswirken können, sind heute ein wichtiger Bestandteil der modernen Histopathologietechniken. Pathologen können mit Hilfe ganzer Objektträger oder WSI [whole-slide imaging] wesentlich größere Teile des menschlichen Körpers auf einmal betrachten

Das Versprechen der künstlichen Intelligenz in der Medizin besteht darin, zusammengesetzte Rundumansichten der medizinischen Daten von Personen zu liefern, die Entscheidungsfindung zu verbessern, Fehldiagnosen und unnötige Eingriffe zu vermeiden, bei der Anordnung und Interpretation geeigneter Tests zu helfen und Behandlungsempfehlungen zu geben.

2. Integration von Daten und prädiktiver Analyse

In Verbindung mit KI und anderen Technologien helfen Datenintegration und prädiktive Analyse dabei, relevante Erkenntnisse über den Zustand der Patienten zu gewinnen. Dank KI-Geräten wie Robotern, die integrierte Daten und prädiktive Analysen ermöglichen, hat das medizinische Personal Einblick in die Krankenakte des Patienten, kann genauere Diagnosen erstellen und entscheiden, welche Behandlung am besten für ihn geeignet ist. Doch können Roboter medizinisches Fachpersonal vollständig ersetzen? Nehmen Roboter den Menschen ihren Arbeitsplatz weg? Solche Visionen gibt es bereits in Science-Fiction-Filmen. So kann beispielsweise der Roboter "Baymax", bekannt aus dem Film Big Hero 6, die Schmerzintensität eines Patienten messen und anhand dessen bei Gefahr dementsprechend handeln.

Die Realität sieht jedoch anders aus. KI wird Ärzte nicht ersetzen, sondern ihnen eher dabei helfen, Diagnosen, Medikamente und Behandlungspläne anhand der Krankenakte, der Vorgeschichte und der aktuellen Symptome eines Patienten vorzuschlagen. Durch die umfassende Analyse von Gesundheitsdaten, können Kosten gesenkt und sowohl die Patientenerfahrung als auch der Arbeitsalltag des medizinischen Personals verbessert werden.

3. Technologie in der psychischen Gesundheit

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation nehmen psychische Probleme weltweit zu. In den letzten zehn Jahren ist die Zahl psychischer Erkrankungen um 13 % gestiegen, was in erster Linie auf den demografischen Wandel zurückzuführen ist [2017]. Heutzutage ist jeder Fünfte von psychischen Problemen betroffen. Das lässt sich vor allem auf die Nutzung der sozialen Medien und der COVID-19-Pandemie zurückzuführen.

Im vergangenen Jahr wurde eine Reihe neuer Technologien entwickelt, die bei der Bewältigung der ständigen Anforderungen an die psychische Gesundheit eines Patienten helfen können. Da im Zuge der Pandemie vieles Online stattfinden musste, bieten viele Psychologen und Psychotherapeuten ihre Hilfe über Videokommunikatoren an. Digitale Therapeutika [DTx] können, die Patientenaufnahme vervollständigen und eine erste Diagnose stellen. So kann möglichst vielen mit psychischen Problemen geholfen werden.

KI kann auch bei Krankheiten eingesetzt werden, deren Symptome durch chemische Veränderungen in unserem Gehirn hervorgerufen werden, z. B. Demenz. Es gibt viele verschiedene Arten von Demenz, aber die Alzheimer-Krankheit ist eine der häufigsten und zeichnet sich durch Störungen des Verstands, des Gedächtnisses und der Kommunikation aus. Eine der besten Strategien zur Behandlung von Demenz ist die Früherkennung.

4. Patientenfernüberwachung und virtuelle Pflege

Das Internet der Dinge [IoT] bezieht sich auf das gesamte Netz miteinander verbundener Geräte sowie auf die Technologie, die die Kommunikation zwischen Geräten und zwischen Clouds ermöglicht. Das Internet der medizinischen Dinge, umfasst modernste Medizintechnik wie tragbare Sensoren, 5G-fähige Geräte und Fernüberwachung von Patienten.

Eine der IoT-Entwicklungen ist eine intelligente Pille, die dem Pflegepersonal und den Ärzten Informationen aus dem Körper des Patienten liefert [das so genannte Internet der Körper]. Laut Gartner sind intelligente Pillen einnehmbare Sensoren, die verschiedene physiologische Messungen aufzeichnen können. Sie können auch verwendet werden, um die Wirkung des Medikaments zu messen und zu überprüfen, ob der Patient es wie vorgeschrieben eingenommen hat. Die intelligente Pille wurde erstmals 2017 von der amerikanischen Gesundheitsaufsicht FDA zugelassen

Zu den weiteren Merkmalen der virtuellen Pflege gehören Sicherheit, Standortdienste, Telekonferenzen, Terminverwaltung, sichere Nachrichtenübermittlung, Bewertungen des Gesundheitsdienstleisters, Besuchshistorie und Konnektivität mit tragbaren Geräten. Darüber hinaus können Primärversorgungseinrichtungen und Kliniken jetzt als Fernkrankenhäuser fungieren und z. B. grundlegende Ultraschalluntersuchungen bei schwangeren Frauen aus der Ferne durchführen und Ferndaten für die virtuelle Zusammenarbeit austauschen.

5. Digitale Therapeutika

Die oben erwähnten digitalen Therapeutika sind Lösungen für Patienten mit chronischen Krankheiten, die eine kontinuierliche Betreuung benötigen. Unter Betreuung fällt die Überwachung von Symptomen, die Änderung von Medikamenten und die Beobachtung von Verhaltensänderungen. Solche digitalen Therapeutika können einem Patienten von seinem Arzt verschrieben werden, so dass er über seinen Computer oder eine App auf seinem Smartphone darauf zugreifen kann.

Ein weiteres Beispiel für die Fernbetreuung sind serienmäßige Überwachungsgeräte am Krankenbett, mit denen das medizinische Personal den Zustand seiner Patienten elektronisch überwachen kann. Einige dieser Geräte werden hier erklärt.

6. Wearables im Gesundheitswesen

Wie bereits im Rahmen der IoT-Innovation erwähnt, handelt es sich bei Wearables oder Wearable Technology um eine Gruppe elektronischer Geräte, die als Accessoire getragen, in den Körper des Benutzers implantiert, in die Kleidung integriert oder sogar auf die Haut tätowiert werden können. Aber wir werden nicht über Wearables als Gadget sprechen, sondern

als wichtige Innovation in der Gesundheitsbranche. Smartwatches ermöglichen es zum Beispiel, den Zustand eines Patienten aus der Ferne zu überprüfen, indem sie Informationen über die Herzfrequenz, die Sauerstoffsättigung des Blutes und die Blutwerte liefern. Wearables wie Schrittzähler und verschiedene Sensoren können auch die körperliche Gesundheit des Patienten messen.

Neben Smartwatches können auch intelligente Hörgeräte und die Biopatch-Technologie die medizinische Diagnose über den Zustand eines Patienten verbessern. So können Biopatches einen besseren Einblick in die Vitalwerte einer Person geben und die Geräuschisolierung von Hörgeräten durch künstliche Intelligenz verbessert werden.

7. Technologie der Organpflege & Bioprinting

Der 3D-Druck findet seine Anwendung in der Gesundheitsbranche durch die Herstellung von externen Prothesen, Schädel- oder orthopädischen Implantaten und personalisierten Atemwegsstents. Er hat sich jedoch auch bei der chirurgischen Planung bewährt und wurde bei anspruchsvollen Eingriffen am offenen Herzen und sogar bei einer kompletten Gesichtstransplantation in der Cleveland Clinic eingesetzt.

Das Medical Center der Ohio State University arbeitet an einem System, das lebende Zellen, Knochen und schliesslich sogar Organe mit Hilfe von chirurgischen Robotern in den Körper von Patienten druckt. Bioprinting, wie 3D-gedruckte Organe könnten das Leben von Krebskranken retten. Auch wenn es unrealistisch klingen mag, wurde diese Idee bereits in klinischen Studien getestet. Zu den Organen, die im klinischen Umfeld für das 3D-Bioprinting getestet werden, gehören Ohren, Hornhaut, Knochen und Haut.

8. Krebs-Immuntherapie

Auch die Immuntherapie, eine Art der Krebsbehandlung, hat Fortschritte gemacht und kann das Leben der Patienten erheblich verlängern. Die Immuntherapie basiert auf der Idee, dass Krebs behandelt werden kann, indem die Zellen eines Patienten genetisch verändert werden, so dass sie mit dem Immunsystem zusammenarbeiten. Sie steigern die Aktivität des Immunsystems und helfen so bei der Krebsentfernung. Im Gegensatz zur Chemotherapie werden bei der Immuntherapie keine gesunden Zellen beschädigt, sondern nur die Krebszellen. Sie nutzt das körpereigene Immunsystem, um bestimmte Krebszellen zu erkennen und zu zerstören und gleichzeitig das Wachstum von Tumoren zu verlangsamen.

9. Augmented & Virtual Reality im Gesundheitswesen

Es gibt verschiedene Einsatzmöglichkeiten für Augmented und Virtual Reality [AR und VR] im Gesundheitswesen. Diese Technologien ermöglichen eine mehrdimensionale Verbindung zwischen der digitalen und der physischen Umgebung. Die Entwicklung von Augmented Reality

hängt vor allem von der künstlichen Intelligenz ab. Wie bereits erwähnt, kann Krebs durch Bilderkennung erkannt werden. VR kann in der physikalischen Therapie in Bereichen wie psychischen Traumata eingesetzt werden, wo sie Phobien heilen kann. Ärzte, die AR-Brillen verwenden, können CAT-Scans und 3D-Scandaten überlagern, um in den Körper von Patienten zu blicken. Einer der Entwickler von Brillen, die ein Mixed-Reality-Erlebnis bieten, ist Microsoft, die HoloLens entwickelt haben.

Mit der Weiterentwicklung der Technologie und der Kombination von Augmented Reality und Virtual Reality könnte ihre Nutzung über einfache virtuelle Untersuchungen hinausgehen und zu einer Vielzahl von medizinischen Behandlungen führen, die aus der Ferne durchgeführt werden, wie z. B. vollwertige chirurgische Eingriffe mit Hilfe von Robotern.

In Japan gibt es zum Beispiel Pflegeroboter, die sich um ältere Menschen kümmern. Wie erfolgreich sind sie? Der Telegraph hat sich einige dieser Roboter angeschaut, darunter Honda' Hoko Assist', ein Krücken-oder Rollstuhlersatz für körperlich-beeinträchtigte Menschen.

10. Nachhaltigkeit und Dekarbonisierung

Auch im Gesundheitswesen wird sich darum bemüht einzelne Verfahren umweltfreundlicher zu gestalten. Dies geschieht zum Beispiel durch die Vergabe von Umweltzeichen. Die weltweite Umweltkennzeichnung ist ein freiwilliges Verfahren zur Zertifizierung und Kennzeichnung der Umweltleistung. Innerhalb einer bestimmten Kategorie hebt ein Umweltzeichen Waren oder Dienstleistungen hervor, die sich als umweltfreundlicher erwiesen haben.

Deshalb investieren Unternehmen in umweltfreundliche Etikettendrucksysteme für Labore, Krankenhäuser, Kliniken und das Gesundheitswesen. Das medizinische Fachpersonal nutzt ebenfalls solche Drucker, um fachkundige druckempfindliche Etiketten zu drucken, die Konto-/Patienteninformationen, Medikamente, medizinische Warnhinweise und vieles mehr kennzeichnen können.

Die andere Methode, auf die sich die Gesundheitsbranche konzentriert, ist die Dekarbonisierung. Angesichts der immer ehrgeizigeren Dekarbonisierungsziele der Europäischen Union besteht die Notwendigkeit, in allen Sektoren Maßnahmen zu ergreifen, um den CO₂-Fussabdruck zu erfassen und zu verringern. Im Gesundheitswesen müssen auch solche Maßnahmen ergriffen werden, denn immerhin macht das Gesundheitswesen 5 % der Gesamtemissionen aus.

So können zum Beispiel umweltfreundliche Krankenhäuser, neue Pflegemodelle, die Verbesserung der Ernährung der Patienten und die Wahl umweltfreundlicherer medizinischer Geräte der Schlüssel zur Schaffung eines besseren medizinischen Umfelds sein.

Im anschließenden Konzept ist zu prüfen, welche Veränderungen an Technologie und Medizin in die Kliniken Ostalb Anwendung finden sollten bzw. werden.

4.3 Trends in der Arbeitswelt im Gesundheitswesen

Die Erwartungen junger Menschen an die Arbeitswelt sind vielfältig und können sich in Abhängigkeit von individuellen Präferenzen, Wertvorstellungen und Erfahrungen unterscheiden. Allerdings gibt es einige allgemeine Trends und Erwartungen, die in der jüngeren Generation häufig anzutreffen sind:

Work-Life-Balance: Junge Menschen legen zunehmend Wert auf eine ausgewogene Balance zwischen Arbeit und Freizeit. Sie suchen nach Arbeitgebern, die flexible Arbeitszeitmodelle anbieten und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie unterstützen.

Sinnhaftigkeit: Für viele junge Menschen ist es wichtig, dass ihre Arbeit einen Sinn hat und einen positiven Beitrag für die Gesellschaft leistet. Sie suchen nach Arbeitgebern, die sich für soziale und ökologische Belange engagieren und ihren Mitarbeitern die Möglichkeit bieten, sich für einen guten Zweck einzusetzen.

Weiterbildungsmöglichkeiten: Junge Menschen haben oft den Wunsch, sich kontinuierlich weiterzubilden und ihre Fähigkeiten zu verbessern. Sie suchen nach Arbeitgebern, die ihnen diese Möglichkeiten bieten und die Investitionen in die persönliche und berufliche Entwicklung der Mitarbeiter unterstützen.

Teamarbeit: Junge Menschen schätzen die Zusammenarbeit mit anderen und suchen nach Arbeitsumgebungen, die eine positive und offene Teamkultur fördern. Sie möchten in einem Umfeld arbeiten, in dem sie sich unterstützt fühlen und ihre Ideen und Meinungen gehört werden.

Technologie: Die jüngere Generation ist in der Regel technologieaffin und erwartet von ihrem Arbeitgeber eine moderne Arbeitsumgebung, die den Einsatz digitaler Technologien ermöglicht. Sie suchen nach Arbeitgebern, die ihnen die neuesten Werkzeuge und Technologien zur Verfügung stellen und ihnen die Möglichkeit geben, auf dem neuesten Stand zu bleiben.

Insgesamt sind junge Menschen heute gut informiert, anspruchsvoll und wählerisch in Bezug auf ihre Arbeitgeber. Sie suchen nach Arbeitgebern, die ihren Bedürfnissen und Erwartungen entsprechen und die eine positive und unterstützende Arbeitsumgebung bieten. Arbeitgeber, die diese Erwartungen erfüllen, können sich einen Wettbewerbsvorteil verschaffen und sich als attraktive Arbeitgeber positionieren.

Daraus lassen sich beispielweise einige Trends ableiten, die darauf hinweisen, dass sich bspw. die Hierarchiestrukturen im Gesundheitswesen verändern könnten:

Flachere Hierarchien: In der Vergangenheit waren Hierarchien im Gesundheitswesen oft stark vertikal und bürokratisch strukturiert. In der Zukunft könnte es jedoch zu flacheren Hierarchien kommen, bei denen Entscheidungen schneller und effizienter getroffen werden können.

Teamorientierung: Eine stärkere Teamorientierung könnte dazu führen, dass Entscheidungen nicht nur von Einzelpersonen, sondern von interdisziplinären Teams getroffen werden, die aus verschiedenen Fachrichtungen und Hierarchiestufen bestehen.

Patientenzentrierung: Eine stärkere Patientenzentrierung könnte dazu führen, dass der Fokus von hierarchischen Strukturen auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten verschoben wird. Dadurch könnten Entscheidungen von der Basis her getroffen werden und weniger von oberen Hierarchiestufen.

Technologie: Der Einsatz von Technologie im Gesundheitswesen könnte dazu führen, dass sich die Hierarchien verändern. Beispielsweise könnten KI-basierte Systeme Entscheidungen treffen oder assistieren, wodurch Entscheidungsprozesse schneller und effizienter gestaltet werden können.

Dezentralisierung: Eine stärkere Dezentralisierung von Entscheidungen und Verantwortlichkeiten könnte dazu führen, dass Hierarchien weniger stark ausgeprägt sind und Entscheidungen eher auf lokaler oder regionaler Ebene getroffen werden.

4.3.1 Veränderung der Rolle des Arztes

Die Rolle der Ärzte hat sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten bereits verändert und wird sich voraussichtlich auch in Zukunft weiter wandeln.

Von einem Expertenwissen hin zu einem integrativen Ansatz: Während Ärzte traditionell als Experten in der Diagnose und Behandlung von Krankheiten angesehen wurden, kann sich ihre Rolle in Zukunft dahingehend verändern, dass sie in integrierten Teams mit anderen Gesundheitsdienstleistern arbeiten, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patienten ganzheitlich zu verbessern.

Vom alleinigen Entscheider zum gemeinsamen Entscheider: Patienten sind heute besser informiert und wollen mehr in ihre Behandlung einbezogen werden. Ärzte könnten daher in

Zukunft stärker mit Patienten zusammenarbeiten, um gemeinsam Entscheidungen zu treffen, die auf ihre Bedürfnisse und Wünsche abgestimmt sind.

Einsatz von Technologie: Durch die Einführung von Technologie im Gesundheitswesen könnte sich die Rolle der Ärzte dahingehend verändern, dass sie in höherem Maße mit KI-basierten Systemen oder Robotern arbeiten, um schneller und effektiver Entscheidungen zu treffen und Patienten zu behandeln.

Schwerpunkt auf Prävention: Die Gesundheitsversorgung könnte sich in Zukunft stärker auf Prävention und Gesundheitsförderung konzentrieren, was dazu führen könnte, dass Ärzte mehr Zeit darauf verwenden, Patienten zu beraten und zu unterstützen, um ihre Gesundheit zu erhalten und zu verbessern.

Veränderungen im Gesundheitssystem: Veränderungen im Gesundheitssystem, wie zum Beispiel eine stärkere Betonung der primären Gesundheitsversorgung, könnten dazu führen, dass Ärzte in Zukunft mehr in der Gemeindearbeit tätig sind und enger mit anderen Gesundheitsdienstleistern und Gemeindeorganisationen zusammenarbeiten.

Zusammengefasst wird die Rolle der Ärzte in Zukunft wahrscheinlich komplexer und multidimensionaler sein, wobei der Schwerpunkt auf einer ganzheitlichen, patientenzentrierten Versorgung und einer stärkeren Integration von Technologie und anderen Gesundheitsdienstleistern liegen könnte.

4.3.2 Die zukünftige Rolle von Teamarbeit

Teamarbeit wird auch in Zukunft eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen spielen. Es hat sich gezeigt, dass eine multidisziplinäre Zusammenarbeit von Fachleuten in der Gesundheitsversorgung zu besseren Ergebnissen für die Patienten führt. So zeichnen sich zukünftig folgende Veränderungen ab:

Ganzheitliche Patientenversorgung: Durch Teamarbeit können verschiedene Gesundheitsfachkräfte wie Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten, Pharmazeuten und Sozialarbeiter zusammenarbeiten, um eine umfassende Versorgung anzubieten. Jedes Teammitglied bringt seine spezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten ein, um die Bedürfnisse des Patienten zu erfüllen und die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Interdisziplinäre Behandlungsansätze: Bei komplexen medizinischen Fällen erfordert die Diagnosestellung und Behandlung oft das Wissen und die Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Fachbereiche. Teamarbeit ermöglicht eine ganzheitliche Herangehensweise an die

Patientenversorgung, bei der Experten aus verschiedenen Fachrichtungen zusammenarbeiten, um maßgeschneiderte Behandlungspläne zu entwickeln.

Effizienzsteigerung: Durch Teamarbeit kann die Effizienz in der Gesundheitsversorgung verbessert werden. Aufgaben können auf verschiedene Teammitglieder verteilt werden, wodurch die Arbeitsbelastung auf mehrere Schultern verteilt wird. Dies kann zu einer optimierten Arbeitsweise führen, Zeit sparen und die Wartezeiten für die Patienten verringern.

Informationsaustausch und kontinuierliche Weiterbildung: Teamarbeit fördert den Austausch von Wissen und Erfahrungen zwischen den Teammitgliedern. Durch regelmäßige Besprechungen, Schulungen und gemeinsame Fallbesprechungen können die Teammitglieder voneinander lernen und sich über aktuelle Entwicklungen in ihrem Fachgebiet auf dem Laufenden halten.

Patientenbeteiligung: Teamarbeit im Gesundheitswesen bezieht auch den Patienten aktiv in den Behandlungsprozess ein. Patienten werden als Partner betrachtet und in Entscheidungen über ihre Gesundheit einbezogen. Durch die Zusammenarbeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen können bessere Behandlungsergebnisse erzielt und die Einhaltung von Therapien verbessert werden.

Insgesamt wird Teamarbeit im Gesundheitswesen zukünftig eine zunehmend bedeutende Rolle spielen, da sie dazu beiträgt, die Qualität der Versorgung zu verbessern, die Effizienz zu steigern und eine ganzheitliche und patientenzentrierte Betreuung zu gewährleisten.

4.3.3 Die zukünftige Rolle der Pflege

In Zukunft wird die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen immer wichtiger werden. Folgende Entwicklungen sind zu erwarten:

Mehr Verantwortung und Autonomie: Die Pflegekräfte könnten in Zukunft eine größere Verantwortung und Autonomie bei der Patientenversorgung übernehmen. Dazu gehören beispielsweise die Durchführung von bestimmten medizinischen Maßnahmen, die Überwachung von Patienten und die Erstellung von Pflegeplänen.

Einsatz von Technologie: Der Einsatz von Technologie wie beispielsweise Robotik oder künstlicher Intelligenz könnte die Arbeit der Pflegekräfte erleichtern und verbessern. Hierzu könnten beispielsweise Pflege-Roboter eingesetzt werden, um ältere oder kranke Menschen bei der Bewältigung ihres Alltags zu unterstützen.

Ganzheitlicher Ansatz: In Zukunft könnte der Fokus stärker auf einem ganzheitlichen Ansatz in der Pflege liegen, bei dem nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch die psychologische und soziale Unterstützung der Patienten im Mittelpunkt steht. Die Pflegekräfte könnten hierbei eine wichtige Rolle spielen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit: Eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Dienstleistern im Gesundheitswesen könnte auch die Rolle der Pflegekräfte stärken. Hierzu könnten beispielsweise regelmäßige interprofessionelle Teamsitzungen beitragen, um die Patientenversorgung zu optimieren.

Weiterbildung und Fortbildung: Um den Anforderungen der Zukunft gerecht zu werden, könnten Pflegekräfte vermehrt in Weiterbildungen und Fortbildungen investieren. Hierdurch könnten sie ihr Wissen und ihre Fähigkeiten erweitern und auf dem neuesten Stand halten.

Insgesamt wird die Rolle der Pflege wahrscheinlich noch vielfältiger und anspruchsvoller werden. Durch den Einsatz von Technologie, einen ganzheitlichen Ansatz und eine stärkere Zusammenarbeit könnten Pflegekräfte aber auch eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der Patientenversorgung spielen.

4.3.4 Die zukünftige Rolle des Case Managements

Ein Case Manager im Gesundheitswesen wird auch in Zukunft eine wichtige Rolle spielen, da sich die Komplexität und die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung stetig weiterentwickeln. Hier sind einige mögliche Aspekte, die die zukünftige Rolle eines Case Managers im Gesundheitswesen beeinflussen könnten:

Koordination der Patientenversorgung: Case Manager spielen eine Schlüsselrolle bei der Koordination der verschiedenen Aspekte der Patientenversorgung. Sie arbeiten eng mit medizinischem Personal, Therapeuten, Pflegekräften und anderen Dienstleistern zusammen, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse der Patienten effektiv erfüllt werden. In Zukunft könnten Case Manager eine noch wichtigere Rolle bei der Gewährleistung einer nahtlosen und koordinierten Versorgung über verschiedene Einrichtungen und Fachgebiete hinweg spielen.

Ressourcenmanagement: Case Manager helfen den Patienten, die für ihre Behandlung benötigten Ressourcen zu identifizieren und zugänglich zu machen. Dazu gehören möglicherweise finanzielle Unterstützung, Versicherungsleistungen, medizinische Geräte oder Unterstützungsdienste. Angesichts der zunehmenden Kosten im Gesundheitswesen und der Notwendigkeit einer effizienten Ressourcennutzung werden Case Manager eine wichtige Rolle bei der Optimierung der Ressourcenallokation spielen.

Chronische Krankheiten und komplexe Fälle: Mit dem Anstieg chronischer Krankheiten und komplexer medizinischer Fälle wird die Rolle des Case Managers immer bedeutsamer. Case Manager können bei der Betreuung von Patienten mit langfristigen gesundheitlichen Problemen unterstützen, indem sie Behandlungspläne erstellen, Patienten über ihre Erkrankungen informieren, Schulungen durchführen und sicherstellen, dass die Patienten die erforderliche Unterstützung erhalten.

Patientenbildung und Selbstmanagement: In Zukunft wird die Förderung von Patientenbildung und Selbstmanagement eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Case Manager können Patienten dabei unterstützen, ein besseres Verständnis ihrer Erkrankungen zu entwickeln, indem sie ihnen relevante Informationen und Schulungen bereitstellen. Durch die Förderung von Selbstmanagementfähigkeiten können Case Manager den Patienten helfen, ihre Gesundheit aktiv zu managen und die Einhaltung der Behandlungspläne zu verbessern.

Technologieintegration: Mit dem Fortschritt der Technologie werden Case Manager verstärkt digitale Tools und Technologien nutzen, um die Effizienz ihrer Arbeit zu steigern. Dies könnte die Verwendung von elektronischen Patientenakten, Telemedizin-Plattformen, mobilen Gesundheitsanwendungen und anderen innovativen Lösungen umfassen. Case Manager werden in der Lage sein, Patienten auf neue Technologien aufmerksam zu machen und ihnen bei deren Nutzung zu unterstützen.

Es ist wichtig anzumerken, dass die genaue Rolle eines Case Managers im Gesundheitswesen von verschiedenen Faktoren abhängt, einschließlich des nationalen Gesundheitssystems, der Versorgungsmodelle und der spezifischen Bedürfnisse der Patientenpopulation. Insgesamt bieten die genannten Aspekte eine ganzheitlichere, koordinierte und patientenzentrierte Versorgung, die zu besseren Ergebnissen, effizienterer Ressourcennutzung und einer aktiveren Rolle der Patienten in ihrer eigenen Gesundheitsversorgung führt.

4.3.5 Die zukünftige Rolle des Physician Assistant

Physician Assistants [PAs] werden voraussichtlich eine bedeutende Rolle im Gesundheitswesen der Zukunft spielen. Die Rolle von PAs könnte sich wie folgt entwickeln:

Erweiterter Verantwortungsbereich: In einigen Ländern, in denen PAs bereits etabliert sind, haben sie bestimmte Befugnisse und Verantwortlichkeiten, die ihnen ermöglichen, Aufgaben zu übernehmen, die traditionell Ärzten vorbehalten waren. Dies kann beispielsweise die Diagnosestellung, das Verschreiben von Medikamenten, die Durchführung von medizinischen Eingriffen und die Patientenbetreuung umfassen. In Zukunft könnten PAs einen noch erweiterten Verantwortungsbereich haben, der es ihnen ermöglicht, eine breitere Palette von medizinischen Aufgaben eigenständig zu übernehmen.

Teamarbeit und Koordination: PAs arbeiten eng mit Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften zusammen, um eine umfassende Patientenversorgung zu gewährleisten. Sie können in verschiedenen medizinischen Fachbereichen eingesetzt werden und tragen zur effizienten Koordination und Durchführung von Behandlungsplänen bei. In der Zukunft könnte ihre Rolle in interdisziplinären Teams weiter gestärkt werden, um eine ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen.

Versorgung in unterversorgten Gebieten: PAs spielen bereits heute eine wichtige Rolle bei der Bereitstellung von medizinischer Versorgung in unterversorgten ländlichen oder abgelegenen Gebieten. Aufgrund ihres flexiblen Ausbildungshintergrunds und ihrer Fähigkeit, in verschiedenen medizinischen Bereichen zu arbeiten, können PAs dazu beitragen, den Mangel an Ärzten in solchen Regionen zu mildern. In Zukunft könnten PAs verstärkt in solchen Gebieten eingesetzt werden, um eine grundlegende medizinische Versorgung sicherzustellen.

Patientenaufklärung und Prävention: PAs spielen eine wichtige Rolle bei der Aufklärung von Patienten über Gesundheitsfragen und Präventionsmaßnahmen. Sie können Patienten bei der Krankheitsprävention, der Förderung eines gesunden Lebensstils und der Verwaltung chronischer Erkrankungen unterstützen. In Zukunft könnten PAs verstärkt in der Primärversorgung tätig sein, um die Patientenaufklärung und Prävention zu fördern und die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

Weiterentwicklung des Berufsstands: Der Berufsstand der PAs entwickelt sich ständig weiter, und in Zukunft könnten weitere Fortschritte in Bezug auf Ausbildung, Regulierung und Anerkennung erwartet werden. Eine stärkere Standardisierung der Ausbildung, die Schaffung von Spezialisierungsmöglichkeiten und die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen PAs und anderen Gesundheitsberufen könnten den Berufsstand weiter professionalisieren und seinen Beitrag zur Patientenversorgung stärken.

Es ist wichtig anzumerken, dass die genaue Entwicklung der Rolle von PAs von verschiedenen Faktoren abhängt, einschließlich nationaler Gesundheitssysteme, gesetzlicher Bestimmungen und Akzeptanz in der medizinischen Versorgung.

5. Zukunftskonzeption der Kliniken Ostalb

Bisher wurden zur Entwicklung des Zukunftskonzepts Herleitung, das "Warum" sowie 3 Zielbilder erarbeitet, welche Sie bitte der Anlage 3 entnehmen.

Die Zukunftskonzeption der Kliniken Ostalb gkAöR wird wie folgt ausgerichtet sein:

Prävention und Gesundheitsförderung: Die Förderung eines gesunden Lebensstils und die Prävention von Krankheiten sollten einen zentralen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung haben. Der Fokus sollte darauf liegen, Krankheiten zu verhindern, bevor sie entstehen, und die Menschen zu ermächtigen, ihre Gesundheit proaktiv zu verbessern.

Patientenzentrierung: Die Bedürfnisse und Vorlieben der Patienten sollten im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung stehen. Eine individuelle und personalisierte Betreuung sollte gewährleistet sein, bei der die Patienten aktiv in Entscheidungsprozesse einbezogen werden und Zugang zu Informationen haben, um fundierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen.

Digitalisierung und Technologie: Die Nutzung von digitalen Technologien kann die Effizienz und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung verbessern. Die Integration von Telemedizin, E-Health-Anwendungen, elektronischen Patientenakten und anderen innovativen Technologien kann dazu beitragen, die Qualität der Versorgung zu steigern und die Gesundheitsversorgung für alle zugänglicher zu machen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Eine effektive Gesundheitsversorgung erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachbereichen und Berufsgruppen. Die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und anderen Gesundheitsfachkräften kann zu besseren Behandlungsergebnissen und einer ganzheitlichen Betreuung führen.

Nachhaltigkeit und Ressourceneffizienz: Die zukünftige Gesundheitsversorgung sollte sich auf nachhaltige Praktiken konzentrieren, um Umweltauswirkungen zu reduzieren und Ressourcen effizient zu nutzen. Dies kann beispielsweise den Einsatz umweltfreundlicher Technologien, die Reduzierung von Abfällen und den Einsatz erneuerbarer Energien umfassen.

Gleichberechtigter Zugang zur Gesundheitsversorgung: Eine gerechte und gleichberechtigte Gesundheitsversorgung für alle sollte ein grundlegendes Ziel sein. Maßnahmen zur Beseitigung von Ungleichheiten im Gesundheitswesen, einschließlich sozialer, wirtschaftlicher und geschlechtsspezifischer Disparitäten, sollten ergriffen werden, um sicherzustellen, dass jeder Mensch Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung hat.

Es ist wichtig zu beachten, dass dies unsere Zukunftsvision für die Kliniken Ostalb widerspiegelt. Der Patient steht im Mittelpunkt der Konzeption. Die konkrete Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung ist von verschiedenen Faktoren abhängig, einschließlich politischer, wirtschaftlicher und kultureller Rahmenbedingungen.

5.1 Notfallversorgung

Die Arbeitsgruppe Notfallmedizin hat ihr Projekt am 01.03.2023 gestartet. Der Projektauftrag beinhaltet folgendes Ziel:

Ziel:

Die Gewährleistung einer bedarfs- und zeitgerechten, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Notfallversorgung der Bevölkerung des Ostalbkreises unter Berücksichtigung derzeit voraussehbarer medizinischer und insbesondere demografischer Herausforderungen. Hierbei soll die Bevölkerung einen verbesserten Zugang zur Notfallversorgung erhalten.

Grundsätze des Notfallstufenkonzepts des Gemeinsamen Bundesausschusses:

In der **Stufe 1** werden Krankenhäuser der **Basisnotfallversorgung** erfasst. Es müssen mindestens die Chirurgie oder Unfallchirurgie sowie die Innere Medizin vorhanden sein. Auf der Intensivstation sind mindestens sechs Betten, von denen mindestens drei zur Versorgung beatmelter Patienten ausgestattet sind. Kliniken müssen Schockraum und CT haben.

In der **Stufe 2** werden Krankenhäuser mit **erweiterter Notfallversorgung** erfasst. Es muss vier Hauptfachabteilungen geben, zwei davon aus der Kategorie A. Zur Kategorie A gehören Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Zur Kategorie B gehören Innere Medizin und Pneumologie, Pädiatrie, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Urologie, HNO, Augenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Innere Medizin und Hämatologie sowie Onkologie. Es müssen mindestens zehn Intensivbetten zur Verfügung stehen, ebenso muss ein Hubschrauberlandeplatz und ein MRT vorhanden sowie eine PCI und die Primärdiagnostik für einen Schlaganfall möglich sein.

Zur **Stufe 3** zählt die **umfassende Notfallversorgung**. Hier müssen aus den Kategorien A und B [siehe oben] insgesamt mindestens sieben Fachabteilungen vorhanden sein, fünf davon aus der Kategorie A. Es sind mindestens 20 Intensivbetten vorzuhalten. Zur Notfallversorgung von Kindern, sowie für Stroke- und Chest-Pain-Units sind weitere Voraussetzungen festgelegt worden.

Die Projektgruppe ist zusammengesetzt aus Mitgliedern der Kliniken, des Rettungsdienstes, niedergelassener Ärzte sowie der KV.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Notfallmedizin mit Stand 14.06.2023 werden in der Präsentation kurz dargestellt.

Zusammenfassung der Arbeitsinhalte:

Im 1. Schritt sind auf Basis einer Ist/Soll Analyse folgende wesentlichen Punkte festgestellt worden:

- Versorgungslücken für die ambulante Notfallversorgung von Fällen aus dem orthopädisch-unfallchirurgischen Versorgungsspektrum.
- Der intersektorale Vergleich im Versorgungsbereich Schwäbisch Gmünd (Notaufnahme versus KV-Bereich/ÄBD) zeigt eine hohe quantitativ-asymmetrische Belastung der Notaufnahme mit Notfällen auf.
- Versorgungslücken insbesondere in der Nachtzeit der ambulanten Notfälle, was durch die Notaufnahme der Krankenhäuser kompensiert wird.
- Im KV-Bereich gewinnt die Verwendung von Pool-Ärzten zunehmend Bedeutung. Ungeachtet der gesetzlichen Vorschriften zur Teilnahme aller niedergelassenen Ärzten an Notdiensten werden Notdienste immer häufiger durch Pool Ärzten abgeleistet.
- Alle drei Kliniken zeigen ein übereinstimmiges Bild: Die Notaufnahmen befinden sich im Spannungsfeld zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung. Zwischen 54 – 64 % aller stationären Notfälle fallen auf den ambulanten Versorgungsbe- reich.
- Die Notfallfrequenzen zeigen sich hierbei wie folgt: Ellwangen 1,06 Notfälle/Stunde, Aalen 3,21 Notfälle/Stunde und Mutlangen 2,81 Notfälle/Stunde. Ein Maximalversorger liegt etwa bei 3,21 – 3,55 Notfälle/Stunde.
- Die Analyse zeigt ein Missverhältnis von fachärztlichen Versorgungsspektren zu KH-Betten/1.000 Einwohner im Vergleich der Klinik-Standorte untereinander auf.

Die drei vorliegenden Zielbilder wurden aus Sicht der Arbeitsgruppe Notfallmedizin sowie der derzeit nicht bekannten Reformpläne der Bundesregierung mit Vor- und Nachteilen entsprechend bewertet.

5.2 Ambulante Versorgung

Die Arbeitsgruppe der ambulanten Versorgung hat mit ihrem Projektauftrag am 22.03.2023 gestartet.

In der Präsentation erhalten Sie die Zwischenergebnisse vom 19.06.2023.

Zusammengefasst können folgende Kernaussagen als Zwischenergebnis getroffen werden:

- Die seit 01.01.2023 bestehenden Regelungen, dass bisher stationäre Leistungen nur noch ambulant erbracht werden dürfen, führen zu enormen Erlösminderungen, die nicht kompensiert werden können.

- Ambulante Strukturen sind in/an die Klinik räumlich anzubinden
- 2022 hatten wir insgesamt 4.637 ambulante operative Behandlungsfälle. Die Prognose ist eine Erhöhung um 40 %. Dies ist über externe Strukturen nicht zu kompensieren und muss aktuell über den Zentral-OP stattfinden.
- Ein ambulantes OP-Zentrum braucht etwa 6 – 8 Tausend Behandlungsfälle um kostendeckend arbeiten zu können.

Zwischenergebnis:

Die Arbeitsgruppe hat sich im Zwischenergebnis für die **Variante 3** mit einem zentralen Regionalversorger mit kleinen Grundversorger [wohnnah – Ellwangen und Mutlangen] ausgesprochen. Die Begründung entnehmen Sie dem beiliegenden Konzept.

5.3 Altersmedizin

Die Arbeitsgruppe Altersmedizin hat mit ihrem Projektauftrag am 25.03.2023 gestartet. Der Projektauftrag beinhaltet folgendes Ziel:

Ziel:

«Gesund älter werden»

„Älter werden“ ist ein lebenslanger Prozess. Der Gesundheitszustand im Alter ist auch das Ergebnis der Biografie eines Menschen. Somit stellt „Gesund älter werden“ eine lebenslange Aufgabe dar, die bereits in jüngeren Jahren bedeutsam ist. Dabei ist es ein Anliegen des gesamten Gesundheitszieleprozesses, dass alle Altersgruppen erreicht werden, damit die jüngeren Altersgruppen ein solides Fundament für die erfolgreiche Entwicklung und insbesondere optimale Gesundheit im höheren Alter errichten können.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Altersmedizin mit Stand 21.06.2023 werden in der Präsentation dargestellt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Vorhaltung geriatrischer Kompetenzen an allen drei Standorten – egal ob ambulant oder stationär – vorgehalten werden muss. Dies muss auch im Übergang bereits angegangen werden.

5.4 Neurologie

Die Arbeitsgruppe Neurologie hat mit ihrem Projektauftrag am 02.05.2023 gestartet. Der Projektauftrag beinhaltet folgendes Ziel mit folgenden Aufgaben:

Ziel:

Das Ziel einer Zukunftskonzeption in der Neurologie ist es, die Diagnostik, Behandlung und Prävention neurologischer Erkrankungen kontinuierlich zu verbessern und zu innovieren. Dazu gehören auch die Erforschung und Entwicklung neuer Therapieansätze, um die Lebensqualität von Patienten mit neurologischen Erkrankungen zu verbessern. Hierbei sollte die Rolle der Digitalisierung in der Neurologie erweitert und die Möglichkeiten der Telemedizin genutzt werden, um Patienten eine bessere und effizientere Versorgung zu bieten.

Darüber hinaus ist es wichtig, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Neurologen und anderen medizinischen Fachbereichen zu fördern, um eine ganzheitliche Versorgung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen sicherzustellen. Dies kann auch die Zusammenarbeit mit Psychologen, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten umfassen, um die Patienten bei der Bewältigung ihrer Erkrankungen zu unterstützen.

Das Ziel in der Zukunftskonzeption einer Stroke Unit Station ist es, die Versorgung von Schlaganfallpatienten kontinuierlich zu verbessern, um ihre Überlebensrate und ihre langfristige Lebensqualität zu erhöhen.

Ein wichtiger Schwerpunkt könnte dabei auf der Entwicklung und Anwendung neuer Diagnose- und Therapieverfahren liegen, um Schlaganfälle frühzeitig zu erkennen und schnell zu behandeln. Hierzu könnten auch die Implementierung von Telemedizin-Technologien und die Integration von künstlicher Intelligenz und Big-Data-Analyse-Systemen gehören, um eine schnelle und präzise Diagnosestellung zu ermöglichen.

Darüber hinaus ist es Ziel die Verbesserung der Patientenversorgung und der Patientenbindung zu erreichen. Eine stärkere Integration von Patienten und ihren Familien in den Behandlungsprozess sowie die Entwicklung von individualisierten Rehabilitationsprogrammen können dazu beitragen, eine erfolgreiche Genesung und eine höhere Lebensqualität bspw. nach einem Schlaganfall zu ermöglichen.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Neurologie mit Stand 19.06.2023 werden in der Präsentation dargestellt.

5.5 Kinder – und Jugendpsychiatrie,-psychosomatik und Psychotherapie**Ziel:**

Das übergeordnete Ziel der Gesundheitsversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht darin, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern, psychische Erkrankungen zu erkennen, zu behandeln und zu bewältigen sowie das Wohlbefinden und die Lebensqualität der betroffenen jungen Menschen zu verbessern.

Darüber hinaus einige spezifische Ziele:

Früherkennung und Prävention: Ein Hauptziel besteht darin, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, um eine rechtzeitige Intervention zu ermöglichen. Durch Screening-Programme, Aufklärung und Schulungen können Risikofaktoren erkannt und präventive Maßnahmen ergriffen werden, um das Auftreten von psychischen Problemen zu reduzieren.

Diagnose und Behandlung: Ein wichtiges Ziel ist die genaue Diagnose psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Auf der Grundlage der Diagnose können angemessene Behandlungspläne entwickelt werden, die evidenzbasierte Therapien, Medikamente, Familienunterstützung und andere interventionsbasierte Ansätze umfassen.

Zugänglichkeit und Integration: Es ist wichtig sicherzustellen, dass Kinder und Jugendliche Zugang zur angemessenen psychischen Gesundheitsversorgung haben. Dies beinhaltet die Integration der Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Gesundheitssystem, um eine nahtlose Versorgung zu gewährleisten, sowie die Bereitstellung von Diensten in verschiedenen Settings wie Krankenhäusern, Gemeindezentren, Schulen und online.

Ganzheitliche Versorgung: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie strebt an, eine ganzheitliche Versorgung anzubieten, die nicht nur die Symptome der psychischen Erkrankung behandelt, sondern auch die individuellen Bedürfnisse des Kindes oder Jugendlichen in den Bereichen Bildung, soziales Umfeld und Familienunterstützung berücksichtigt.

Inklusion und Empowerment: Die Gesundheitsversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche aktiv in den Behandlungsprozess einzubeziehen und sie zu befähigen, ihre psychische Gesundheit zu verbessern und ihre eigene Genesung zu unterstützen. Dies beinhaltet die Förderung von Selbsthilfe, die Stärkung von Resilienz und die Berücksichtigung der individuellen Präferenzen und Ziele der jungen Menschen.

Diese Ziele sollen dazu beitragen, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern, die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zu reduzieren und ihnen eine bessere Chance auf eine gesunde und positive Entwicklung zu geben.

Weitere Ergebnisse können Sie der Präsentation entnehmen.

Im Ergebnis des Konzeptes wird die Beibehaltung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und Psychotherapie am Standort in Ellwangen empfohlen sowie die Ausweitung der Kapazitäten.

5.6 Neurochirurgie

Ziel:

Ziel ist es, eine langfristige Strategie für die optimale Versorgung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen zu entwickeln. Dabei sollten die Entwicklungen und Trends im Bereich der Neurochirurgie berücksichtigt werden. Hierbei sind folgende Ziele der Zukunftskonzeption in der Neurochirurgie genannt:

1. Verbesserung der Diagnostik und Therapie: Die Weiterentwicklung und Anwendung neuer Technologien und Verfahren zur Diagnose und Behandlung von neurologischen Erkrankungen, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern.
2. Patientenzentrierung: Eine stärkere Ausrichtung der Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten und die Verbesserung der Patientenerfahrung durch eine bessere Kommunikation und Einbindung in den Behandlungsprozess.
3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen und medizinischen Einrichtungen, um eine umfassende Behandlung von Patienten zu gewährleisten.
4. Ausbildung und Forschung: Eine verstärkte Ausbildung von Nachwuchskräften in der Neurochirurgie und die Förderung von Forschung und Innovation, um die Versorgung von Patienten in Zukunft weiter zu verbessern.
5. Effizienz und Wirtschaftlichkeit: Eine Optimierung der Prozesse und Strukturen in der Neurochirurgie, um die Effizienz zu steigern und die Wirtschaftlichkeit sicherzustellen.
6. Qualitätssicherung: Eine kontinuierliche Überwachung und Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung, um die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten.

Die Erkenntnisse aus der Arbeitsgruppe entnehmen Sie der Präsentation.

5.7 Onkologische Versorgung

Ziel:

Erhalt und Weiterentwicklung einer umfassenden, auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten und seiner onkologischen Erkrankung angepassten, ganzheitlichen Versorgung durch den Einsatz von neuesten Diagnostik- und Behandlungsmethoden. Hierzu ist die G-BA Zentrumsregelung «Onkologisches Zentrum» in seiner aktuellen Fassung umzusetzen. Wenn immer

möglich, soll dem Patienten eine wohnortnahe ambulante Diagnostik und Therapie ermöglicht werden.

Die Zwischenergebnisse aus der Arbeitsgruppe entnehmen Sie der Präsentation.

5.8 Allgemein- und Viszeralchirurgie

Die Arbeitsgruppe "Zukunftskonzept Allgemein- und Visceralchirurgie" hat mit ihrem Projektauftrag am 15.05.2023 gestartet. Die Vorstellung des Grobkonzeptes im Kernteam erfolgte am 16.06.2023.

Ziel:

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, zukunftsgerichteten und sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung des Ostalbkreises im Fachgebiet Allgemein- und Visceralchirurgie.

Zur Zielerreichung waren weitere Vorgaben zu berücksichtigen:

- Die Einhaltung der ärztlichen Weiterbildungsordnung 2020 als Orientierung zukünftiger Angebote des Fachbereichs
- Die Berücksichtigung der derzeit sich in der politischen Diskussion befindlichen Varianten möglicher Zukunftsstrukturen der Gesundheitsversorgung im Ostalbkreis
- Die Berücksichtigung des derzeitigen Standes der Empfehlung der Regierungskommission über eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Eine Einschätzung aus der Arbeitsgruppe hierzu finden Sie in der Präsentation.

5.9 Unfallchirurgie und Orthopädie

Die Arbeitsgruppe "Zukunftskonzept Orthopädie und Unfallchirurgie" hat mit ihrem Projektauftrag am 02.05.2023 gestartet.

Ziel:

Zukunftskonzeption zur strukturierten und optimalen Versorgung von Patienten mit schweren Verletzungen, insbesondere Unfallopfern. Die Sicherstellung einer schnellstmöglichen und effektiven Behandlung der Patienten sowie eine bestmögliche Prognose für die Patienten soll erreicht werden.

Zur Zielerreichung waren weitere Vorgaben zu berücksichtigen

- Einbringung von Innovationen und das Aufzeigen vom möglichem Wachstumspotential im Fachbereich, auch die Anwendung von minimalinvasiven Operationstechniken, Einsatz von neuen innovativen Verfahren

- Möglichkeiten des Einsatzes von Telemedizin und künstlicher Intelligenz im Fachgebiet
- Die Einhaltung der ärztlichen Weiterbildungsordnung 2020 als Orientierung zukünftiger Angebote im Fachbereich
- Die Berücksichtigung der derzeit sich in der politischen Diskussion befindlichen Varianten möglicher Zukunftsstrukturen der Gesundheitsversorgung im Ostalbkreis
- Die Berücksichtigung des derzeitigen Standes der Empfehlung der Regierungskommission über eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Kernaussage aus Sicht der Projektgruppenleitung

Der Fachbereich Unfallchirurgie und Orthopädie kann zukünftig wohl ausschließlich in einem Regionalversorger verortet werden um die vielfältigen Vorgaben wie der Versorgung von Arbeitsunfällen, der Traumaversorgung [Weißbuch Schwerverletztenversorgung], der G-BA Mindestmengen [Knieendoprothetik], G-BA Qualitätsvorgaben [Versorgung hüftgelenksnahe Femurfraktur und als auch Vorgaben der Zertifizierung ohne Einschränkungen erfüllen zu können.

Die Änderung der ärztlichen Weiterbildungsordnung [Fusion beider bislang getrennter ärztlicher Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie] bedingt zum Erhalt des Facharztstatus die Vorhaltung beider Spezifitäten. Diese Aussage wurde im Projektteam noch nicht diskutiert.

Ergebnis der Arbeitsgruppe

Die Einarbeitung erarbeiteter Inhalte im Fachbereich Unfallchirurgie und Orthopädie werden in die Grobkonzeption erfolgt nach Abgabe des Konzeptes. Diese ist für den 30.06.2023 vorgesehen und konnte daher noch nicht in die Gesamtkonzeption/Bewertung einfließen.

In der aktuellen Situation ist es so, dass Chefarzt Prof. Oberst das Unternehmen zum 30.09.2023 verlassen wird. Dazu wird aktuell ein Konzept aus Sicht der Standorte Aalen und Mutlangen von Dr. Rißel erstellt.

5.10 Kinder- und Jugendmedizin

Das übergeordnete Ziel in der Kinder- und Jugendmedizin ist es, die bestmögliche Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Hier sind einige spezifische Ziele, die in der Kinder- und Jugendmedizin verfolgt werden:

Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Hauptziel besteht darin, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern und Krankheiten vorzubeugen. Dies beinhaltet die Bereitstellung von Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen, gesunder Ernährung, körperlicher Aktivität und Aufklärung über gesundheitsbewusstes Verhalten. Durch Prävention können viele Erkrankungen vermieden oder frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Früherkennung und Behandlung von Krankheiten: Ein weiteres Ziel ist es, Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig zu erkennen, um eine rechtzeitige Behandlung zu ermöglichen. Dies umfasst die Durchführung von Screening-Untersuchungen, um potenzielle Probleme oder Erkrankungen zu identifizieren, und die Bereitstellung von angemessener medizinischer Versorgung, um die Gesundheit der betroffenen Kinder zu verbessern.

Ganzheitliche Betreuung: Die Kinder- und Jugendmedizin strebt eine ganzheitliche Betreuung an, bei der nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern auch die psychische, soziale und emotionale Entwicklung berücksichtigt wird. Dies bedeutet, dass neben der medizinischen Behandlung auch die psychische Gesundheit, das Wohlbefinden, die Bildung und das soziale Umfeld der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt werden. Ein multidisziplinäres Team von Fachkräften arbeitet zusammen, um die bestmögliche Betreuung zu gewährleisten.

Verbesserung der Lebensqualität: Das Ziel besteht darin, die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, indem ihre individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten berücksichtigt werden. Dies kann bedeuten, dass sie in ihre Behandlungspläne einbezogen werden, ihnen eine aktive Rolle in ihrer eigenen Gesundheitsversorgung ermöglicht wird und Unterstützung bei der Bewältigung von Herausforderungen und Einschränkungen geboten wird.

Diese Ziele zielen darauf ab, die bestmögliche Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten und ihnen die bestmöglichen Chancen auf ein gesundes und erfülltes Leben zu geben.

Die genaue Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin hängt von verschiedenen Faktoren ab, einschließlich technologischer Fortschritte, gesundheitspolitischer Entscheidungen und demografischen Veränderungen.

Die Kliniken Ostalb haben im vergangenen Jahr bereits ein Projekt zu einer möglichen Fusion der beiden Kinderkliniken aufgesetzt. Hintergrund ist, dass der Personalmangel und Personalvorhaltungsvorgaben die Betreibung zweier Kinderkliniken nahezu unmöglich machen. So müssen schon heute täglich Honorarärzte beauftragt werden, um überhaupt die zwei Kliniken betreiben zu können. Täglich besteht die Gefahr eine Klinik aufgrund des massiven Personalmangels schließen zu müssen. Die Dienstbelastung vor allem unserer Fachärzte ist enorm.

So haben wir in diesem Bereich zunächst ein Übergangskonzept erstellt, welche eine Fusion von den zwei Kinderkliniken zu einem Kinderzentrum an einem Standort beinhaltet.

Zusammengefasste Ergebnisse finden Sie in der Präsentation.

Die objektive Beleuchtung der im Konzept geprüften Varianten zur Fusionierung und die Diskussion bezüglich der Umsetzung einer Variante ergab die Erkenntnis, dass von einer vorzeitigen Fusionierung der beiden Pädiatrien zum jetzigen Zeitpunkt abzuraten ist. Folgende Erkenntnisse tragen zu dieser Einschätzung und Entscheidung bei:

- Der personelle Engpass, v.a. im ärztlichen Dienst kann nicht verbessert werden, so lange 3 Geburtsstandorte betrieben werden, zumal eine unmittelbare, bzw. Zeitnahe pädiatrische Notfallversorgung sicherzustellen ist.
- Im Falle einer vorzeitigen Fusion müsste aufgrund von Wohnortentfernungen und dadurch verlängerten Eintreffzeiten für die meisten Oberärzte Bereitschafts- (=Anwesenheits-) dienst, an Stelle von Rufdienst angeordnet werden. Im Falle von Bereitschaftsdienst sind bei einer 100%-Kraft tariflich nur noch 4 Dienste im Monat erlaubt. Dies würde zu einer weiteren personellen Verschlechterung in der Oberarztdiensterteilung führen.
- Ferner ist davon auszugehen, dass ein Teil unserer Fachpflege, je nach Wohnort, einer Fusion zu einem Standort hin nicht folgen würde, was zusätzlich zu einer Zuspitzung des Personalmangels in der qualifizierten Kinderintensivpflege führen würde. In der Summe käme es, bei vorzeitiger Fusion zu einer weiteren Verschlechterung der ärztlichen- und pflegerischen Situation.
- Die flächendeckende Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen im Ostalbkreis spitzt sich insgesamt zu. Die Patientenzahlen steigen, weil sich die ambulante Notfallversorgung durch niedergelassene Ärzte eher reduziert, statt weiter ausbaut. Bei einer Fusion würde es zur Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen kommen, da die Notfallversorgung dann nur noch an einem Standort stattfinden würde. Dafür fehlt jedoch die entsprechende räumliche und personelle Infrastruktur, um dies bewältigen zu können.
- Level 1 und 2 in der Neonatologie – hier ist heute noch unklar wie die Versorgung zukünftig aussehen wird. Die Mindestmengen für Level 1 erhöhen sich ab 2024 auf 25 Fälle, was bisher in den Kliniken Ostalb an Fallzahlen nicht erreicht werden konnte. Aus heutiger Sicht werden die Kliniken Ostalb 2024 den Level 1 verlieren, sofern keine Fallzahlsteigerung gelingt. Somit ändert sich auch das Versorgungsspektrum der zwei Pädiatrien / Neonatologie. Dies hat auch wiederum Auswirkung auf die zukünftige personelle Besetzung. Die Uni Ulm plant die Level 1 Versorgung in Kooperation mit den Kliniken auf dem Land für eine schnelle Level 2 Verlegung ab 1000 g zu übernehmen.

Dies braucht dann wiederum neue Konzepte für die Kliniken Ostalb. Dabei ist anzumerken, dass sich der personelle Besetzungsengpass in einem solchen Konstrukt nicht lösen wird.

- Da sich auch der anfangs definierte Personalengpass aufgrund vermehrter Einsätze von Honorarärzten etwas entspannt hat, sollen demzufolge die beiden Fachbereiche Kinder- und Jugendmedizin am Ostalb-Klinikum Aalen und am Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd vorerst unverändert erhalten bleiben. Ein besonderes Augenmerk soll auf die Personalgewinnung / Nachwuchskräftegewinnung gelegt werden. Durch eine Anwerbungskampagne sollen Fachärzte für den Bereich Kinder- und Jugendmedizin, wie auch Neonatologen, akquiriert werden. Ferner soll die Fort- und Weiterbildung von Ärzten zu Neonatologen in den Vordergrund gerückt werden.

Ferner soll durch Herrn CA Dr. Riedel geprüft werden, ob weitere Spezialisierungsmöglichkeiten an beiden Standorten gegeben sind.

Von einer abschließenden Bewertung der Wertungsmatrix wurde aufgrund des Erkenntnisgewinns derzeit Abstand genommen. Sollte sich der momentane Ist-Stand drastisch negativ ändern, so kann auf Basis der bisherigen Überlegungen das vorliegende Konzept erneut aufgegriffen und bis zur definitiven Verortung abgeschlossen werden.

5.11 Innere Medizin

Ziel:

Sicherstellung einer bedarfsgerechten, zukunftsgerichteten und sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung des Ostalbkreises im Fachgebiet der Inneren Medizin.

Das Projekt hat gestartet und befindet sich derzeit in der detaillierten IST-Analyse, um daraus die Zukunftskonzeption zu entwickeln. Ein Zwischenergebnis entnehmen Sie der Präsentation.

5.12 Gynäkologie und Geburtshilfe

Ziele:

- In der Pränatalmedizin und Geburtshilfe ist das Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Müttern und Neugeborenen zu verbessern. Dazu gehören die Prävention, Diagnose und Behandlung von Erkrankungen und Komplikationen während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett.

- Weiterentwicklung und Anwendung moderner diagnostischer Methoden, um angeborene Anomalien und genetische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und gezielt zu behandeln.
- Verbesserung der Versorgung und Betreuung von Schwangeren und Gebärenden, um die Rate an Komplikationen und unerwünschten Geburtsverläufen zu reduzieren. Dazu gehört auch die Förderung einer aktiven und selbstbestimmten Geburtshilfe, die den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Frauen entspricht.
- Ziel der gynäkologischen Onkologie ist es, die Diagnostik und Therapie von gynäkologischen Krebserkrankungen zu verbessern und damit die Prognose und Lebensqualität betroffener Frauen zu erhöhen.
- Entwicklung neuer diagnostischer Methoden, um gynäkologische Krebserkrankungen frühzeitig zu erkennen und gezielt zu behandeln. Hierzu gehören zum Beispiel die Anwendung von genetischen Tests und bildgebenden Verfahren wie der Magnetresonanztomographie [MRT].
- Eine personalisierte Therapie durchzuführen, bei der die individuellen Eigenschaften des Tumors und der Patientin berücksichtigt werden. Hierzu gehört zum Beispiel die gezielte Anwendung von Medikamenten und die Anpassung der Therapie an den individuellen Krankheitsverlauf.
- Das Ziel in der allgemeinen Gynäkologie ist es, die Gesundheit von Frauen zu erhalten und zu fördern, indem Erkrankungen des weiblichen Genitaltraktes frühzeitig erkannt und behandelt werden. Dabei sollen insbesondere auch die Bedürfnisse und Wünsche von Frauen berücksichtigt werden. Ein weiteres Ziel ist die Verbesserung der Diagnostik und Therapie von gynäkologischen Erkrankungen. mit bspw. der Anwendung moderner diagnostischer Verfahren wie der Ultraschalluntersuchung und der MRT sowie die Weiterentwicklung von minimal-invasiven Operationstechniken.
- Förderung der Prävention, um Erkrankungen vorzubeugen. Hierzu gehört zum Beispiel die Impfung gegen humane Papillomviren [HPV], die für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs verantwortlich sind. Auch die Beratung zur Verhütung und die regelmäßige Vorsorgeuntersuchung sollen in einem Zukunftskonzept eine wichtige Rolle spielen.

Das Zwischenergebnis entnehmen Sie der Präsentation.

5.13 Anästhesie und Intensivmedizin

Dieses Projekt ist noch nicht beauftragt, da hier das Zielbild der Grobkonzeption Voraussetzung ist.

5.14 Psychosomatik

Dieses Projekt ist noch nicht beauftragt, da hier das Zielbild der Grobkonzeption Voraussetzung ist.

5.15 Gefäßchirurgie

Projektziel:

Sicherstellung einer bedarfsgerechten, zukunftsgerichteten und sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung des Ostalbkreises in Gefäßmedizinischen Bereichen mit Gefäßchirurgie/ Interventioneller Radiologie und Versorgung chronischer Wunden.

Es liegen noch keine Arbeitsergebnisse vor.

6. Gesundheitszentrum Bopfingen

Einleitung:

In Bopfingen leben ca. 11.800 Einwohnerinnen und Einwohner im Osten des Landkreises. Diese haben einen Bedarf an hausärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Versorgung für die Stadt. Zudem bedarf es für die gesamte Region mit den umliegenden Gemeinden, Kirchheim am Ries, Riesbürg, Unterschneidheim und Neresheim eine fachärztliche Versorgung. Für die gesamte Region muss weiterhin die Notfallversorgung gewährleistet bleiben.

Ist Stand:

Aktuell gibt es vier Hausarztpraxen, eine chirurgische Praxis, eine gynäkologische Praxis, eine Kinderarztpraxis, fünf Zahnarztpraxen und eine kieferorthopädische Praxis. Die Augenarztpraxis eines größeren MVZ ist aktuell nicht besetzt. Weitere Gesundheitsakteure im Bereich der Pflege und Therapie sowie Apotheken sind vorhanden. Zudem betreiben die Kliniken Ostalb das Pflegeheim für Menschen im Wachkoma in Bopfingen.

Projektziel:

- Gewährleistung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen haus- und fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung im östlichen Teil des Ostalbkreises unter Berücksichtigung der demographischen Herausforderungen.

- Angebote für die ältere und multimorbide Bevölkerung schaffen. Verbesserter Zugang zu haus- und fachärztlicher Versorgung an zentralem Ort, unterstützt durch weitere Gesundheitsakteure mit präventiven, kurativen und rehabilitativen Elementen.
- Patientenpfade im Notfall klar regeln.
- Die Planung und Konzipierung eines ambulanten Gesundheitszentrums für Bopfingen und die Region mit einer ärztlichen Versorgung [Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Augenarzt, Zahnarzt, etc.], ergänzt mit einer Pflegeeinheit [Kurzzeitpflege und außerklinische Intensivpflege] und weiteren Gesundheitsakteuren.
- Neu in einem solchen Zentrum sollen auch neue unterstützende Angebote wie der Einsatz einer Gemeindeschwester, Beratungsbüros des Pflegestützpunktes etc. sein. Zudem bietet ein solches Zentrum Möglichkeiten im Team zu arbeiten, Synergien [IT, gemeinsamer Tresen, Gerätenutzung, kurze Wege] zu erlangen und damit einen attraktiven Arbeitsplatz zu schaffen.

Projektzeitplan: Grobkonzept inkl. Grundstück und Zusagen der Mieter und rechtliche Klärung Ende 2023

7. Ambulant-stationäre Versorgung

Das Zielbild einer ambulant-stationären Versorgung zur Sicherstellung des Versorgungsbedarfs umfasst eine nahtlose, koordinierte und patientenzentrierte Versorgung, die den individuellen Bedürfnissen und Anforderungen der Patienten gerecht wird.

Folgende Aspekte des Zielbildes sind dabei wichtig:

- Kontinuität der Versorgung
- Früherkennung und Prävention
- Patientenzentrierter Ansatz
- Effiziente Ressourcennutzung
- Qualität und Sicherheit
- Multidisziplinäre Zusammenarbeit

Angesichts der aktuellen Entwicklungen im Krankenhausbereich ist eine grundlegende Neuausrichtung zwingend notwendig. Die zunehmende und von den Patienten mehr und mehr akzeptierte Ambulantisierung sowie Digitalisierung verbindet Innovationschancen diesen Wandel voranzutreiben. In der Zukunftskonzeption der Kliniken Ostalb ist es nun an der Zeit Strukturen und Patientenversorgung neu zu denken. Es gilt also die immer knapper werdenden Ressourcen für Leistungen einzusetzen, für die es einen Bedarf gibt und die auch mittelfristig stationär behandelt werden müssen. Auf dem Weg dorthin muss der Begriff "Krankenhaus" neu definiert

werden. Klar ist hierbei, nicht jeder Standort muss alles anbieten. Abgestimmte Versorgungskonzepte bleiben wichtig und sinnvoll. So könnte das Zielbild eines ambulanten – stationären Grundversorgers im Ostalbkreis folgende Angebote mit einer in sich schlüssigen Struktur beinhalten.

- Zentrale Infrastruktur mit gemeinsamer Nutzung [Verwaltung, Tresen, Funktionsdiagnostik]
- Ambulanter Grund- und Spezialversorger
- Interdisziplinäres OP-Zentrum [ambulant/stationär]
- Notfallstufe 1 [Basisnotfallversorgung] unter Einhaltung der Strukturvorgaben und KV geführte KV-Praxis [Triage]
- Kleine Bettenstation für Kurzlieger [Portalstation Pkt. 13.5.]
- Digitale Vernetzung zum Regionalversorger
- Ambulantes Therapiezentrum [Physiotherapie, Ergotherapie, etc.]
- Kurzzeitpflegeplätze
- Rehabilitation [Nachsorge]
- Apotheke, Labor, Röntgen

8. Radiologie

Die Kliniken Ostalb betreiben aktuell an allen drei Klinikstandorten eine Radiologie. Diese wird an den Standorten Mutlangen und Ellwangen in einem ambulanten und stationären Gesamtsetting in Kooperation mit der Radiologie Ostalb unter der Leitung und Koordination von Herrn Dr. Görner & Kollegium betrieben. Hierdurch entstehen Synergien bzgl. der Investitionen in Medizintechnik [MRTs, CTs und konventionelles Röntgen] sowie personell.

Die Kooperation unterstützt die medizinische Entwicklung im Rahmen einer inzwischen sehr großen Spezialisierung und Erweiterung der radiologischen Befundung. Am Standort Aalen wird derzeit eine chefarztgeführte radiologische Hauptabteilung betrieben. Daneben hat die Radiologie Ostalb am Ostalb-Klinikum Aalen angemietet und betreibt ein breites radiologisches ambulantes Setting. Zudem erbringt die Radiologie Ostalb bereits heute i. R. einer Kooperation spezielle radiologische Versorgungsangebote wie z. B. Cardio-MRTs.

Der Chefarzt Dr. Nissen scheidet spätestens 2025 altersbedingt aus. Vor diesem Hintergrund wurden zwei Modelle diskutiert:

1. Erweiterung der Kooperation zwischen Kliniken Ostalb und Radiologie Ostalb auf den Standort Aalen.
2. Weiterführung der Hauptabteilung und Neubesetzung der Chefarztposition.

Hierbei wird medizinisch eine Erweiterung der Neuroradiologie angestrebt. Die Arbeitsgruppe hat das Modell 1 ausfolgenden Sachgründen empfohlen:

Gemeinsame Investitionen in teure und umfassende Medizintechnik [MRT, CT, konventionelle radiologische Befundungsgeräte]. Dem Fachkräftemangel im Bereich Radiologie gemeinsam begegnen. Zunehmende Spezialisierung innerhalb der radiologischen Befundung erfordert eine fachlich breite medizinische radiologische Aufstellung und personelle Verfügbarkeit.

3. Anpassung der regional unterschiedlichen Vertragsgestaltungen und -laufzeiten im Rahmen des Übergangskonzeptes bis zur Neuaufstellung innerhalb der Zukunftskonzeption.

Für die Zukunftskonzeption des Regionalversorgers sowie der Stärkung und Weiterentwicklung der Neurologie sowie Gefäßchirurgie ist der Aufbau dieses Teilgebietes Neuroradiologie ein wichtiger Punkt. Große Hürden werden allerdings in dem Aufbau einer solchen Fachrichtung gesehen. Fachkräfte für diesen Bereich sind nur schwer verfügbar.

Die Neuroradiologie ist ein spezialisiertes Teilgebiet der Radiologie, das sich mit der Bildgebung des Gehirns, des Rückenmarks und der umgebenden Strukturen befasst. Es umfasst die Diagnose und Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems sowie von neurovaskulären Erkrankungen. Im Rahmen eines Zukunftskonzepts für die Neuroradiologie könnten folgende Aspekte von Bedeutung sein:

Fortschritte in der Bildgebungstechnologie: Die Neuroradiologie profitiert von den Fortschritten in der Bildgebungstechnologie. Hochauflösende MRT-Scanner ermöglichen eine detaillierte Darstellung von Hirnstrukturen und Pathologien. Zusätzlich können neue Techniken wie die funktionelle MRT [fMRT] eingesetzt werden, um Informationen über Gehirnfunktionen zu erhalten. Die Entwicklung von schnelleren Bildgebungstechniken und verbesserten Bildgebungssequenzen trägt zur schnelleren und genaueren Diagnose bei.

Interventionelle Neuroradiologie: Interventionelle neuroradiologische Verfahren haben in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht. Dies umfasst die endovaskuläre Behandlung von Aneurysmen, Gefäßmalformationen oder Schlaganfällen mittels Kathetern und speziellen Embolisationsmaterialien. Darüber hinaus können minimalinvasive Techniken wie die mechanische Thrombektomie eingesetzt werden, um Blutgerinnsel bei akutem ischämischem Schlaganfall zu entfernen. Die Entwicklung neuer Instrumente und Techniken wird zu verbesserten Behandlungsmöglichkeiten führen.

Neuroonkologie: Die Diagnose und Behandlung von Hirntumoren ist ein wichtiger Bereich in der Neuroradiologie. Zukünftige Entwicklungen in der Bildgebung ermöglichen eine genauere Beurteilung der Tumorart, des Grads und der Ausdehnung. Die Integration von molekularer Bildgebung und genetischer Information wird es ermöglichen, personalisierte Therapieansätze für Patienten mit Hirntumoren zu entwickeln.

Telemedizin und Fernüberwachung: Die Telemedizin wird auch in der Neuroradiologie eine wichtige Rolle spielen. Die Fernüberwachung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung und schnelle Intervention bei Bedarf. Telekommunikationstechnologien ermöglichen auch die Zusammenarbeit zwischen Radiologen und anderen Fachleuten in der neurologischen Versorgung, unabhängig von geografischen Entfernungen.

9. Labor

Aktuell betreiben die Kliniken Ostalb an jedem Standort ein Labor, mit entsprechender dreifacher Geräte- und Personalausstattung. Das Personal arbeitet an allen drei Standorten im Dreischichtsystem. Auch hier ist der Personalmangel schon heute erkennbar und wird sich weiter zuspitzen. Es ist dabei unvermeidbar die Labore mit einem Personalpool und einer modernen Geräte -, Personal und IT – Ausstattung umzustrukturieren und an einem Standort zu bündeln.

Ein zentrales Labor am Krankenhaus ist ein wesentlicher Bestandteil einer modernen medizinischen Einrichtung. Es dient dazu, eine schnelle und genaue Diagnosestellung sowie eine effektive Überwachung von Patienten zu ermöglichen.

In Zukunft spielen in der Labormedizin folgende Faktoren eine Rolle:

- Fortschritte in der Labortechnologie, wie zum Beispiel miniaturisierte Lab-on-a-Chip-Geräte, Point-of-Care-Tests und Hochdurchsatztechnologien, ermöglichen schnellere und präzisere Diagnosen. Die Nutzung von künstlicher Intelligenz (KI) und maschinellem Lernen zur Analyse großer Datensätze kann ebenfalls dazu beitragen, neue Erkenntnisse und Muster zu identifizieren.
- Die digitale Transformation wird auch die Labormedizin beeinflussen. Die Einführung von elektronischen Laborinformationssystemen (LIS) und die Integration von Labordaten mit anderen klinischen Informationssystemen ermöglichen einen nahtlosen Informationsfluss und verbesserte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen medizinischen Fachbereichen.

- Die Labormedizin wird von der Nutzung großer Datenmengen profitieren, um Trends zu identifizieren, Krankheitsmuster vorherzusagen und Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Durch die Kombination von Labordaten mit klinischen, genetischen und demografischen Informationen können prädiktive Modelle entwickelt werden, um das individuelle Risiko von Krankheiten und deren Verlauf vorherzusagen.
- Angesichts der steigenden Anzahl von Labortests und der zunehmenden Komplexität der Analysen wird die Qualitätskontrolle und das Qualitätsmanagement im Laborbereich weiterhin von großer Bedeutung sein. Automatisierte Qualitätskontrollsysteme, externe Qualitätsbewertungen und strengere Regulierungen werden die Qualität und Zuverlässigkeit der Laborergebnisse sicherstellen.
- Darüber hinaus wird die Labormedizin zunehmend in telemedizinische Anwendungen integriert. Patienten können ihre Proben zu Hause entnehmen und per Post an das Labor schicken, während die Ergebnisse über Telekommunikationssysteme mit den medizinischen Fachkräften geteilt werden. Dies ermöglicht eine effizientere Überwachung und Diagnosestellung, insbesondere in abgelegenen Gebieten.

Diese Entwicklungen zeigen, dass die Labormedizin eine Schlüsselrolle bei der Prävention, Diagnosestellung und Behandlung von Krankheiten spielen wird. Durch die Integration von neuen Technologien, digitaler Vernetzung und personalisierter Medizin wird das Laborwesen in Zukunft weiterhin einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung leisten.

Das folgende Konzept skizziert die wichtigsten Aspekte und Merkmale eines zentralen Labors am Krankenhaus.

Zielsetzung

Das Hauptziel eines zentralen Labors am Krankenhaus besteht darin, qualitativ hochwertige und zuverlässige Laborergebnisse bereitzustellen, um eine optimale medizinische Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Das Labor soll sowohl stationären als auch ambulanten Patienten dienen und eine breite Palette von diagnostischen und überwachenden Tests abdecken.

Organisation und Struktur

Heute haben wir in den Kliniken Ostalb drei stationäre Labore und kooperieren darüber hinaus mit ambulanten Laboren [Praxen Vandelow und Gärtner]. Aktuell wird dabei die ambulanten Labore via Schnittstelle in unser KIS – System zu integrieren. Alle in den Kliniken Ostalb

betriebsenen Labore werden bis Ende 2023 mit einer einheitlichen Software arbeiten. Dies ist Voraussetzung für eine etwaige Zentralisierung der Labore.

Das zentrale Labor sollte eine gut definierte organisatorische Struktur haben, die klar definierte Verantwortlichkeiten und Kommunikationswege enthält. Ein Laborleiter oder ein Labormanager sollte die Gesamtverantwortung für den Betrieb des Labors tragen und eng mit den anderen medizinischen Abteilungen des Krankenhauses zusammenarbeiten.

Das Labor sollte in verschiedene Abteilungen oder Sektionen unterteilt sein, um die verschiedenen Laborbereiche zu verwalten, wie zum Beispiel die klinische Chemie, Hämatologie, Mikrobiologie, Immunologie, Pathologie und genetische Diagnostik. Jede Abteilung sollte über spezialisierte Laborfachkräfte und entsprechende Geräte verfügen, um die spezifischen Tests durchzuführen.

Ausstattung und Technologie

Ein modernes zentrales Labor sollte über hochwertige Laborgeräte, Instrumente und Technologien verfügen, um eine genaue und effiziente Testdurchführung zu gewährleisten. Dies umfasst automatisierte Analysegeräte, die eine hohe Durchsatzrate und Präzision bieten, sowie spezielle Geräte für spezifische Testverfahren.

Darüber hinaus sollte das Labor über ein effektives Datenmanagementsystem verfügen, das die Verwaltung der Testergebnisse, die Rückverfolgbarkeit und den Zugriff auf die Ergebnisse ermöglicht. Die Integration des Laborsystems mit anderen Krankenhausinformationssystemen ist ebenfalls wichtig, um einen nahtlosen Informationsfluss zu gewährleisten.

Der Einsatz von Drohnen

Der Einsatz von Drohnen in der Labormedizin bietet verschiedene potenzielle Vorteile und Anwendungen. Hier sind einige Möglichkeiten, wie Drohnen in diesem Bereich eingesetzt werden könnten:

Transport von Proben: Drohnen können verwendet werden, um Proben schnell und effizient zwischen verschiedenen Laborstandorten zu transportieren. Dies ist besonders nützlich, wenn die Standorte weit voneinander entfernt sind oder der Verkehrsstau zu Verzögerungen führen könnte. Der schnelle Transport von Proben kann die diagnostische Effizienz verbessern und zu einer schnelleren Patientenversorgung beitragen.

Zustellung von Testergebnissen: Drohnen können dazu eingesetzt werden, Laborergebnisse und medizinische Berichte direkt an Ärzte oder Krankenhäuser zu liefern. Dies ermöglicht eine

schnellere Verfügbarkeit von Ergebnissen und verbessert die Kommunikation zwischen Laboren und medizinischem Personal.

Umweltüberwachung: Drohnen können mit Sensoren ausgestattet werden, um die Umweltbedingungen in bestimmten Bereichen zu überwachen. Dies kann bei der Kontrolle von Luft- und Wasserqualität oder bei der Erkennung von Umweltverschmutzungen hilfreich sein, die die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen könnten.

Lagerbestandsüberwachung: Drohnen können in Lagerhäusern und Laboren eingesetzt werden, um den Lagerbestand an medizinischen Verbrauchsmaterialien und Labormaterialien zu überwachen. Durch den regelmäßigen Überflug können Bestände automatisch erfasst und aktualisiert werden, was zu einer besseren Bestandsverwaltung und -planung führt.

Unterstützung in abgelegenen Gebieten: Drohnen können in entlegenen Gebieten oder in Notfällen eingesetzt werden, um Labortests und Diagnosen durchzuführen. Dies könnte den Zugang zur Labordiagnostik verbessern und die Gesundheitsversorgung in schwer erreichbaren Regionen unterstützen.

Beim Einsatz von Drohnen im Krankenhauswesen müssen auch in der Labormedizin rechtliche und regulatorische Vorschriften eingehalten werden. Hierzu gehören Datenschutzbestimmungen, die Sicherheit des Transportes von Proben und die Integration von Drohnen in den bestehenden Luftverkehr. Es ist wichtig, dass der Einsatz von Drohnen in der Labormedizin sorgfältig geplant und umgesetzt wird, um die Sicherheit und Effizienz der Abläufe zu gewährleisten.

Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung

Um die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Laborergebnisse zu gewährleisten, sollte das zentrale Labor strenge Qualitätskontroll- und Qualitätssicherungsverfahren implementieren. Regelmäßige Überprüfungen, Kalibrierungen und externe Qualitätsbewertungen sollten durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass die Testergebnisse den akzeptierten Standards entsprechen.

Schulung und Weiterbildung

Die kontinuierliche Schulung und Weiterbildung des Laborpersonals ist von entscheidender Bedeutung, um sicherzustellen, dass sie über das erforderliche Fachwissen und die Fähigkeiten verfügen, um die Tests ordnungsgemäß durchzuführen.

Die weitere Konzeption eines zentralen Labors erfolgt mit der Fertigstellung der medizinischen Zukunftskonzeption.

10. Apotheke

Die Kliniken Ostalb haben am Standort Mutlangen eine zentrale Krankenhausapotheker, welche alle Standort beliefert/versorgt. Sie ist aktuell auf dem neuesten Stand der Technik. Nichts desto trotz gibt es auch hier Zukunftsentwicklungen.

Die Krankenhausapotheker der Zukunft stellt eine zentrale Rolle in der patientenzentrierten Versorgung dar.

Hier sind einige Merkmale und Ziele einer Krankenhausapotheker der Zukunft aufgeföhrt:

Patientensicherheit: Die Patientensicherheit hat oberste Priorität. Die Krankenhausapotheker implementiert modernste Technologien wie Robotik, automatische Medikamentenverpackung und -dispensation sowie elektronische Verifikationssysteme, um Fehler bei der Medikamentenabgabe zu minimieren. Durch diese Technologien wird sichergestellt, dass die richtigen Medikamente in der richtigen Dosierung und zur richtigen Zeit verabreicht werden.

Arzneimittelmanagement: Die Krankenhausapotheker übernimmt eine umfassende Verantwortung für das Arzneimittelmanagement im Krankenhaus. Dies umfasst die Beschaffung, Lagerung, Verwaltung und Distribution von Medikamenten. Durch den Einsatz von innovativen Lager- und Verwaltungssystemen wird eine optimale Bestandskontrolle gewährleistet und Engpässe oder Verfallsdaten von Medikamenten vermieden.

Klinische Pharmazie und Beratung: Die Krankenhausapotheker arbeitet eng mit den klinischen Teams zusammen, um pharmazeutisches Fachwissen in die Behandlungspläne der Patienten einzubringen. Pharmazeuten bieten klinische Beratungsdienste an, um die Sicherheit, Wirksamkeit und Verträglichkeit der Medikamente zu gewährleisten. Sie sind auch Ansprechpartner für Fragen der Medikamenteninteraktionen, Nebenwirkungen und Dosisanpassungen.

Individualisierte Therapien: Die Krankenhausapotheker der Zukunft integriert personalisierte Medizinansätze. Durch die Nutzung von Technologien wie Genomanalyse und Pharmakogenetik kann die Apotheke individuelle genetische Profile der Patienten berücksichtigen, um maßgeschneiderte Therapien und Medikamentenempfehlungen zu ermöglichen. Dadurch wird die Effektivität der Behandlung verbessert und unerwünschte Arzneimittelreaktionen minimiert.

Forschung und Innovation: Die Krankenhausapotheker dient als Innovationszentrum und nimmt aktiv an pharmazeutischer Forschung und Entwicklung teil. Sie arbeitet eng mit aka-

demischen Einrichtungen, der pharmazeutischen Industrie und anderen Forschungseinrichtungen zusammen, um neue Therapien, Arzneimittelherstellungsverfahren und verbesserte Arzneimittelformulierungen voranzutreiben.

Integration digitaler Technologien: Die Krankenhausapotheke nutzt fortschrittliche digitale Technologien wie elektronische Patientenakten, intelligente Medikamentenverwaltungssysteme und Telepharmazie, um die Effizienz und Sicherheit der medikamentösen Versorgung zu verbessern. Dies ermöglicht eine nahtlose Kommunikation zwischen verschiedenen Gesundheitsdienstleistern und optimiert den Arbeitsablauf in der Arzneimittelversorgung.

Für die Kliniken Ostalb wird der Leiter der Zentralapotheke zur Konzeption in einem separaten Teilprojekt nach Fertigstellung der Grobkonzeption aufgefordert.

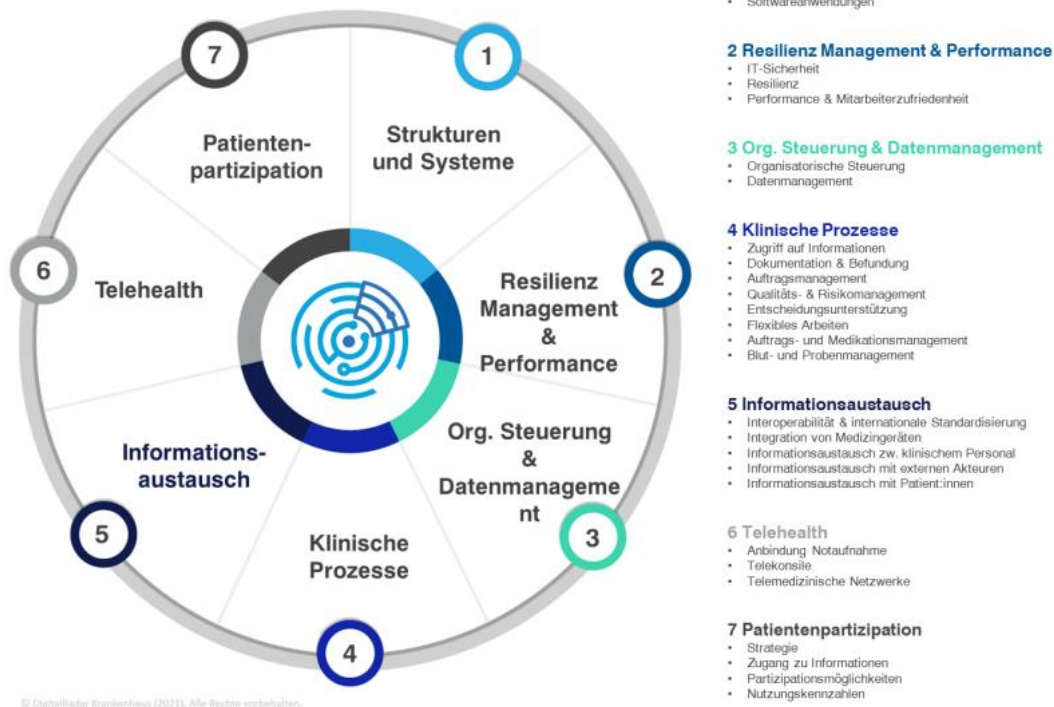
11. Digitalisierung im Krankenhaus

Im Oktober 2020 trat das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) in Kraft – mit dem Ziel, die digitale Infrastruktur der deutschen Krankenhäuser zu verbessern. Begleitend sieht das Gesetz eine Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung und insbesondere der nach § 14a KHG geförderten Vorhaben (vgl. § 14b KHG) vor.

Dafür hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Mai 2021 das Konsortium Digital-Radar Krankenhaus beauftragt, ein Messinstrument zur Feststellung der digitalen Reife der deutschen Krankenhäuser zu entwickeln, die Daten an zwei Messpunkten zu erheben und die Analysen zur Verfügung zu stellen. Um den FortEPAschritt der digitalen Reife zu messen, wurden bereits in dem Gesetz zwei Messzeitpunkte fixiert. Der erste Messzeitpunkt wurde auf den 30.06.2021 datiert, der zweite Messpunkt ist für den 30.06.2023 festgeschrieben.

Daran haben auch die Kliniken Ostalb teilgenommen und wie der Durchschnitt aller beteiligten Krankenhäuser einen Wert von 33 Punkten von 100 Punkten erreicht. Zur Reifegradmessung gehören:

DigitalRadar Krankenhaus



Ziel ist es mit der IT Strategie der Kliniken Ostalb bis 2025 einen Reifegrad von mindestens 50 - 70 Punkten zu erreichen.

11.1 Krankenhaus 4.0

In der weiteren Ausbaustufe wollen wir das Krankenhaus 4.0 erreichen.

Was bedeutet dies?

Die Digitalisierung 4.0 im Krankenhaus bezieht sich auf die Integration moderner Technologien und digitaler Lösungen, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern, Prozesse effizienter zu gestalten und die Kommunikation und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu erleichtern.

Hier sind einige wichtige Aspekte der Digitalisierung 4.0 im Krankenhaus dargestellt:

Elektronische Patientenakten [EPA]: Die Einführung umfassender elektronischer Patientenakten ermöglicht den einfachen und sicheren Zugriff auf medizinische Informationen, Behandlungspläne, Medikationsprofile und andere relevante Daten. Dadurch werden Prozesse optimiert, die Patientensicherheit verbessert und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachbereichen gefördert.

Telemedizin und Fernüberwachung: Die Telemedizin ermöglicht die Fernkonsultation und -behandlung von Patienten über Video- oder Audioschnittstellen. Fernüberwachungstechnologien erlauben die Überwachung von Vitalparametern und Gesundheitszuständen aus der Ferne. Diese Ansätze verbessern den Zugang zur Gesundheitsversorgung, reduzieren die Notwendigkeit von stationären Aufenthalten und ermöglichen eine kontinuierliche Betreuung von Patienten in ihrem häuslichen Umfeld.

Künstliche Intelligenz (KI) und maschinelles Lernen (ML): KI- und ML-Algorithmen können in der medizinischen Bildgebung, Diagnosestellung und Behandlungsplanung eingesetzt werden. Sie unterstützen Ärzte bei der Analyse großer Datenmengen, ermöglichen eine personalisierte Medizin und helfen bei der Identifizierung von Mustern und Trends in den Daten.

Robotik und Automatisierung: Roboter können in der Chirurgie, Logistik und Pflege eingesetzt werden. Sie unterstützen Chirurgen bei präzisen Eingriffen, tragen zur Verbesserung der Logistikabläufe im Krankenhaus bei und unterstützen das Pflegepersonal bei der Versorgung von Patienten.

Internet der Dinge (IoT): Das IoT ermöglicht die Vernetzung von medizinischen Geräten, Sensoren und anderen Objekten im Krankenhaus. Dies ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung von Patienten, eine verbesserte Bestandsverwaltung und eine effiziente Nutzung von Ressourcen.

Datenanalyse und Predictive Analytics: Durch die Analyse großer Mengen an Daten können Muster erkannt und Vorhersagen über Krankheitsausbrüche, Behandlungsergebnisse und Ressourcenbedarf getroffen werden. Predictive Analytics unterstützt die Entscheidungsfindung und ermöglicht eine effektive Ressourcenplanung.

Cybersicherheit und Datenschutz: Da digitale Lösungen und vernetzte Systeme anfällig für Cyberangriffe sind, ist eine robuste Cybersicherheitsstrategie von entscheidender Bedeutung. Es müssen umfassende Schutzmaßnahmen und Richtlinien implementiert werden, um Patientendaten und -informationen vor unbefugtem Zugriff und Datenverlust zu schützen.

Die Digitalisierung 4.0 im Krankenhaus erfordert eine umfassende Planung und muss auf die Ergebnisse der Zukunftskonzeption angepasst werden. Was in der heutigen Konzeption 2025 bereits inkludiert ist, sind Cybersicherheit und Datenschutz sowie die Elektronische Patientenakte.

11.2 Prozesse: Der digitale Weg durchs Krankenhaus

Früher waren es ausschließlich die Zuweiser, die den Patienten den Weg in ein bestimmtes Krankenhaus ebneten. Heute und zukünftig geht es darum, die Krankenhauszuweiser, das Krankenhaus und die Nachversorger miteinander digital über klinische Systeme in ein übergreifendes EDV-System zu verbinden.

Die klinischen Pfade, die krankenhausinternen Operationen und Kalender (Patient, Personal, Ressourcen etc.) verschmelzen mit Fallplanungsprofilen, die individuell durch weitere Behandlungsschritte angepasst werden können. Von der prästationären Diagnostik bis hin zu Entlassung und Pflegeüberleitung ist im Regelfall somit fast alles vor dem Krankenhausaufenthalt geplant. Am OP-Tag weiß nun jeder, was zu tun ist. Der Patient kommt in der Aufnahme an, wird dann in einer zentralen Aufnahmestation vorbereitet, operiert und anschließend auf Normalstation geleitet. Hier kümmern sich Ärzte, Pflegefachkräfte, Therapeuten und Mitarbeiter des Sozialdienstes um die individuellen Bedürfnisse oder eventuelle Versorgungsbedarfe im Rahmen des Entlass Managements. Die Vorteile dieses digitalen Weges der Patienten liegen auf der Hand. Durch die Vernetzung aller Systeme und Schnittstellen zwischen Krankenhausinformationssystem (KIS), den Geräten und alle Akteuren stehen die Patienten im Mittelpunkt. Das KIS, das Patientenportal, das Pflegeheimsystem und das Kapazitäten Management sind die vier Säulen des digitalen Patientenweges.

Zukünftig werden alle am modernen Patientenweg beteiligten Akteure mit einander verbunden. Der Weg beginnt bei den Zuweisern und kann in Nachsorgeeinrichtungen und Pflegeheimen enden. Mittels guter Planung und Vernetzung aller Akteure entsteht ein Mehrwert für Patienten, Krankenhaus und Krankenhauspersonal. Zeitgemäße Patientenkommunikation, innovative Ressourcenplanung und Prozesssteuerung liefern dabei messbare Effizienzverbesserungen. Die Zukunft eines für alle Seiten guten Patientenweges liegt in der Digitalisierung und Interoperabilität der Daten. Dafür muss ganzheitlich von der Aufnahme bis zur stationären Nachsorge gedacht werden. Angehörige und Patienten müssen durch digitale Tools Entlastung, Zufriedenheit und einen Mehrwert verspüren.

Unser Fokus des Handelns liegt auf einer schnelleren Kommunikation, KI, Cloud-Infrastrukturen und Cybersicherheit. Hierbei muss die Sicherheit des Patienten sowie deren Daten im Mittelpunkt stehen. Ältere Patientengruppen müssen mit einbezogen werden.

12. Medizintechnik

Wie bereits im Punkt 4.2. dargelegt gibt es viele technologische Trends in der Medizin. Welches sich für die Kliniken Ostalb im Rahmen der Zukunftskonzeption ergeben, wird nach Fertigstellung der Medizinkonzeption konzipiert.

13. Personalkonzept

Angeichts der steigenden Anforderungen und Herausforderungen im Gesundheitswesen ist es von entscheidender Bedeutung, ein effektives Personalkonzept zu entwickeln, um hochqualifizierte und motivierte Mitarbeiter zu gewinnen und langfristig an das Unternehmen zu binden.

Die größte Herausforderung im Krankenhaus ist es, dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken, um möglichst die Patientenversorgung sicher zu stellen. Dazu haben die Kliniken Ostalb bereits drei Konzepte auf den Weg gebracht, welche auch zum großen Teil umgesetzt worden sind. Im Ergebnis aller umgesetzten Maßnahmen, konnte die Fluktuation reduziert und der Personalstamm im Rahmen der gesetzlichen und tariflichen Personalvorgaben aufgebaut werden. So konnten wir bisher in der Dreihäusigkeit alle Fachbereiche weiter zur Patientenversorgung aufrechterhalten. Trotz allem ist aber auch im täglichen Kampf um eine optimale Patientenversorgung, die Schließung von Betten und OP-Sälen nahezu Tagesgeschäft. Prognostisch werden in den Kliniken Ostalb in den nächsten 10 Jahren etwa 900 Mitarbeiter in den Ruhestand gehen.

Die Zukunftskonzeption soll durch Digitalisierung und veränderte Organisationsstrukturen dem zunehmenden Fachkräftemangel entgegenwirken. Bei einer strukturellen Veränderung wird sich ggf. für den einen oder anderen Mitarbeiter der Arbeitsort ändern. Dies ist bereits in einer Ist-Analyse grob berechnet worden und können Sie der [Anlage 2] entnehmen.

Allgemeine Trends in der Arbeitswelt sind bereits im Punkt 4.3. dargestellt. Für die weitere Ausarbeitung eines Personalkonzeptes, braucht es zunächst genaue Inhalte in der Gesamtkonzeption. Erst dann kann das Personalkonzept konkretisiert werden.

Im ersten Schritt legen wir zunächst den Fokus auf den Ausbau von Maßnahmen in der Mitarbeiterbindung und Mitarbeitergewinnung. Dazu befindet sich das Konzept zur Personaloffensive vom 24.04.2023 nun in der Umsetzung.

Zusammenfassend aus den bereits vorliegenden Konzepten kann man im Kampf um den Fachkräftemangel folgende Herausforderungen in der täglichen Personalarbeit benennen:

Personalbedarfsermittlung:

Um den Personalbedarf im Gesundheitswesen zu ermitteln, müssen die aktuellen und zukünftigen Anforderungen berücksichtigt werden. Dies umfasst die Analyse der Arbeitslast, die Prognose des Bedarfs an Fachkräften aufgrund von demografischen Veränderungen und die

Identifizierung von Engpässen in bestimmten Fachbereichen. Eine sorgfältige Personalbedarfs-ermittlung bildet die Grundlage für eine effektive Personalplanung.

Rekrutierung und Auswahl:

Die Rekrutierung und Auswahl von qualifiziertem Personal ist von entscheidender Bedeutung, um die Qualität der Patientenversorgung sicherzustellen. Es sollten sowohl interne als auch externe Rekrutierungsmethoden genutzt werden, um ein breites Bewerberfeld anzusprechen. Die Auswahlverfahren sollten objektiv und transparent sein und auf die spezifischen Anforderungen der jeweiligen Stelle zugeschnitten sein. Eine sorgfältige Überprüfung der Referenzen, Fachkenntnisse und Soft Skills der Bewerber ist erforderlich.

Mitarbeiterbindung und -entwicklung:

Um hochqualifiziertes Personal langfristig an das Unternehmen zu binden, ist es wichtig, attraktive Arbeitsbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten anzubieten. Dies kann durch die Schaffung eines positiven Arbeitsumfelds, flexible Arbeitszeiten, finanzielle Anreize, Fortbildungsmöglichkeiten, Karriereentwicklung und Mitarbeiterbeteiligung erreicht werden. Die regelmäßige Kommunikation mit den Mitarbeitern, Leistungsbeurteilungen und die Anerkennung von Leistungen spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.

Arbeitsumfeld:

Die Schaffung eines positiven Arbeitsumfelds ist von großer Bedeutung, um die Mitarbeiterzufriedenheit und -motivation zu fördern. Hierzu gehören eine offene Kommunikationskultur, Teamarbeit, die Förderung von Work-Life-Balance, angemessene Arbeitsbelastung, Gesundheitsförderung und der Umgang mit Stresssituationen. Die Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse und die regelmäßige Feedbackschleife sind ebenfalls entscheidend.

Fortbildung und lebenslanges Lernen:

Das Gesundheitswesen ist einem ständigen Wandel unterworfen, daher ist es wichtig, die Mitarbeiter kontinuierlich weiterzubilden und ihnen Möglichkeiten zum lebenslangen Lernen zu bieten. Fortbildungsprogramme, interne Schulungen, externe Weiterbildungsmöglichkeiten und der Austausch mit anderen Fachleuten sollten gefördert werden.

In den nachfolgenden Punkten sind nun einige Ansätze zur Weiterentwicklung von Mitarbeiterbindungsmaßnahmen benannt.

13.1 Modell: Die Station der Zukunft

Im Rahmen der Konzeptionsphase zum Projekt der Personaloffensive stellten wir uns immer wieder die Frage, was wäre die optimale Station für eine bessere Zufriedenheit unserer Pfl-

gefachkräfte in ihrer täglichen Arbeit. Diesen Gedanken möchte ich nun etwas konkreter gefasst aufnehmen. Was wäre die Station der Zukunft? Hierbei betrachtet "Für Patienten und Mitarbeiter". Dazu müssen alle Prozessabläufe einmal auf den Kopf gestellt werden.

Hierbei geht es darum, Ideen für eine Verbesserung zu sammeln, alte Strukturen und Abläufe zu prüfen und neu zu konzipieren. Dabei spielt die Digitalisierung sowie technologische Innovationen eine große Rolle. Digitalisierung sollte aber nicht dazu führen, den Arbeitsaufwand auf andere Schultern zu verlagern, sondern vielmehr als Unterstützungsprozess im Arbeitsablauf die Arbeit erleichtern, damit ein patientenzentriertes Arbeiten möglich wird.

Das Ziel einer Station im Krankenhaus der Zukunft ist es, eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. Hier sind einige der Hauptziele für die Konzeption:

Patientenzentrierter Ansatz: Die Station soll den Patienten in den Mittelpunkt stellen und seine individuellen Bedürfnisse und Vorlieben berücksichtigen. Das Ziel ist es, eine komfortable und angenehme Umgebung zu schaffen, in der sich die Patienten sicher und unterstützt fühlen.

Effizienzsteigerung: Durch den Einsatz modernster Technologien und Automatisierung kann die Effizienz auf der Station gesteigert werden. Dies bedeutet eine schnellere Bereitstellung von Pflegeleistungen, eine optimierte Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und eine effektive Nutzung von Ressourcen.

Verbesserte Patientensicherheit: Durch den Einsatz von Technologien wie z. B. automatisierter Medikamentenverwaltung, elektronischer Patientenakten und Überwachungssystemen können potenzielle Fehler reduziert und die Sicherheit der Patienten verbessert werden.

Nahtlose Integration von Informationen: Die Station soll über modernste Informationstechnologie verfügen, um eine nahtlose Integration von Patientendaten und medizinischen Informationen zu ermöglichen. Dies erleichtert den Zugriff auf relevante Informationen für das medizinische Personal, was zu einer besseren Entscheidungsfindung und Behandlungsplanung führt.

Nachhaltigkeit: Eine zukunftsorientierte Station sollte auch Nachhaltigkeit berücksichtigen, indem sie umweltfreundliche Praktiken und Technologien einsetzt. Dies kann den Einsatz erneuerbarer Energien, Recyclingprogramme, effizienter Wassernutzung und Abfallreduzierung umfassen.

Integration von Telemedizin und Vernetzung: Die Station soll in ein umfassendes Netzwerk eingebunden sein, das die Telemedizin und die Fernüberwachung von Patienten ermöglicht. Dies eröffnet Möglichkeiten für die Nachsorge, die Fernkonsultation und den Informationsaustausch zwischen medizinischem Personal und Patienten.

Hierzu wird ein Projekt in den Kliniken Ostalb aufgesetzt.

13.2 Betriebspflegeeinrichtung für pflegende Angehörige

Im Rahmen des Projektes zur Schaffung eines Betriebskindergartens, kam auch der Wunsch von unseren Mitarbeitern auch eine betriebliche Pflegeeinrichtung für pflegende Angehörige mit in das Konzept aufzunehmen.

Eine betriebliche Pflegeeinrichtung für pflegende Angehörige ist eine Einrichtung, die speziell darauf ausgerichtet ist, Mitarbeitern Unterstützung und Entlastung bei der Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen zu bieten. Hier ist ein mögliches Konzept für eine solche Einrichtung:

Beratung und Unterstützung: Die betriebliche Pflegeeinrichtung sollte eine professionelle Beratung anbieten, um den Mitarbeitern bei Fragen zur Pflege von Angehörigen und den damit verbundenen Herausforderungen zu helfen. Es können Informationen zu Pflegedienstleistungen, Finanzierungsoptionen, rechtlichen Aspekten und anderen relevanten Themen bereitgestellt werden.

Flexibilität und Anpassungsfähigkeit: Die Einrichtung sollte flexibel sein, um den individuellen Bedürfnissen der Mitarbeiter gerecht zu werden. Dies kann bedeuten, dass sowohl Voll- als auch Teilzeitbetreuungsoptionen angeboten werden, um den unterschiedlichen Zeitplänen und Anforderungen gerecht zu werden.

Pflegeangebote vor Ort: Die Einrichtung kann Räumlichkeiten und Fachkräfte für die Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen bereitstellen. Dies kann die Überwachung der Medikamenteneinnahme, grundlegende Pflegeleistungen wie Baden und Anziehen, Mahlzeiten, Aktivitäten und soziale Interaktionen umfassen.

Flexibles Arbeitsarrangement: Eine betriebliche Pflegeeinrichtung kann Mitarbeitern die Möglichkeit bieten, flexible Arbeitszeitmodelle in Anspruch zu nehmen, um die Pflege von Angehörigen zu erleichtern. Dazu gehören Teilzeitarbeit, Job-Sharing, Homeoffice oder flexible Arbeitszeiten, die es den Mitarbeitern ermöglichen, ihre Pflegeverantwortung zu bewältigen, ohne ihre beruflichen Verpflichtungen zu vernachlässigen.

Schulungen und Fortbildungen: Die Einrichtung kann Schulungen und Fortbildungen für Mitarbeiter anbieten, um ihre Kompetenzen in der Pflege sowie ihre persönlichen Kompetenzen zu stärken und zu verbessern. Dies kann praktische Pflegetechniken, Kommunikationsfähigkeiten oder den Umgang mit besonderen Bedürfnissen umfassen.

Unterstützung bei der Organisation: Die betriebliche Pflegeeinrichtung kann den Mitarbeitern bei der Organisation und Koordination von Pflegeleistungen helfen. Dies kann die Vermittlung von Pflegedienstleistern, die Koordination von Arztterminen oder die Unterstützung bei der Beantragung von Pflegeleistungen umfassen.

Informationsaustausch und Vernetzung: Die Einrichtung kann den Austausch von Erfahrungen und Ressourcen zwischen den Mitarbeitern fördern. Dies kann durch Informationsveranstaltungen, Unterstützungsgruppen oder Online-Foren ermöglicht werden, in denen sich die Mitarbeiter gegenseitig unterstützen und voneinander lernen können.

Die Einführung einer betrieblichen Pflegeeinrichtung zeigt das Engagement eines Arbeitgebers für die Work-Life-Balance und das Wohlbefinden seiner Mitarbeiter. Es kann dazu beitragen, den Mitarbeitern den Spagat zwischen Beruf und Pflegeverantwortung zu erleichtern und ihnen ermöglichen, ihre beruflichen Verpflichtungen zu bewältigen.

Dazu werden die Kliniken Ostalb mit einer separaten Arbeitsgruppe für eine Konzeption angepasst auf das finale Zielbild starten.

13.3 Patientensteuerung der Zukunft

Neben den Punkten der Digitalisierung 11.2. und dem Punkt der zukünftigen Station 13.1. Ist es auch wichtig die Patientensteuerung der Zukunft aus Sicht der Pflege näher zu beleuchten.

Hierzu einige Ansätze:

Elektronische Pflegedokumentation: Die Pflegefachkraft arbeitet mit einer elektronischen Pflegedokumentation, die alle relevanten Informationen über den Patienten enthält. Diese Informationen sind leicht zugänglich und können in Echtzeit aktualisiert werden. Dadurch wird die Effizienz und Genauigkeit der Pflegedokumentation verbessert.

Digitale Kommunikation: Die Kommunikation zwischen den Pflegefachkräften, dem medizinischen Team und anderen Diensten erfolgt über digitale Kommunikationsmittel. Dies ermöglicht eine schnelle und effiziente Kommunikation, den Austausch von Informationen und die Zusammenarbeit in Echtzeit.

Unterstützung bei der Pflegeplanung: Die Patientensteuerung der Zukunft bietet Pflegefachkräften Unterstützung bei der Pflegeplanung. Durch den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und die Analyse von Patientendaten können Pflegefachkräfte fundierte Entscheidungen treffen und individuelle Pflegepläne erstellen, die den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden.

Mobile Technologien: Pflegefachkräfte können mobile Technologien wie Tablets oder Smartphones nutzen, um auf Informationen zuzugreifen, Pflegeinterventionen zu dokumentieren und mit anderen Mitgliedern des Pflegeteams zu kommunizieren. Dies ermöglicht eine flexible Arbeitsweise und eine kontinuierliche Überwachung der Patienten.

Fernüberwachung und Telepflege: Durch den Einsatz von Fernüberwachungs- und Telepflege-Technologien können Pflegefachkräfte den Zustand der Patienten aus der Ferne überwachen und mit ihnen kommunizieren. Dies ermöglicht eine frühzeitige Intervention, reduziert die Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten und fördert die kontinuierliche Pflege.

Ressourcenoptimierung: Die Patientensteuerung der Zukunft unterstützt Pflegefachkräfte bei der effizienten Nutzung von Ressourcen. Durch die Koordination der Pflegeaktivitäten und die optimale Zuweisung von Patienten zu den verfügbaren Pflegekräften, Betten und Behandlungsräumen wird der Arbeitsablauf optimiert und eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet.

Schulungen und Fortbildungen: Pflegefachkräfte erhalten regelmäßige Schulungen und Fortbildungen zur Nutzung der neuen Technologien und zur Anwendung von innovativen Pflegemethoden. Dies stellt sicher, dass sie mit den neuesten Entwicklungen in der Patientensteuerung vertraut sind und ihre Fähigkeiten kontinuierlich verbessern können.

Die Patientensteuerung der Zukunft aus Sicht einer Pflegefachkraft zielt darauf ab, die Pflegeeffizienz zu steigern, die Kommunikation zu verbessern und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Durch den Einsatz moderner Technologien und die Integration von Pflegeprozessen werden Pflegefachkräfte in ihrer Arbeit unterstützt und können sich verstärkt auf die direkte Pflege und Betreuung der Patienten konzentrieren.

13.4 Lean-Management

Lean Management ist eine Methodik, die darauf abzielt, Effizienz, Qualität und Patientensicherheit zu verbessern, indem Verschwendung eliminiert und Prozesse optimiert werden.

Hier einige Aspekte für die Implementierung von Lean Management:

Kultureller Wandel: Ein wesentlicher Bestandteil des Lean Management-Konzepts ist ein Kulturwandel im Krankenhaus. Dies erfordert ein gemeinsames Verständnis und Engagement aller Mitarbeiter für eine kontinuierliche Verbesserung, Teamarbeit und die Beseitigung von Verschwendung.

Identifizierung von Verschwendung: Ein Lean Management-Team wird gebildet, um Verschwendungsarten im Krankenhaus zu identifizieren. Dies umfasst Aktivitäten, die keinen Wert für den Patienten schaffen, wie unnötige Transporte, Wartezeiten, Lagerbestände, übermäßige Bürokratie und Fehler.

Wertstromanalyse: Durch eine detaillierte Wertstromanalyse werden die aktuellen Prozesse und Abläufe im Krankenhaus kartiert. Dies ermöglicht die Identifizierung von Engpässen, Verzögerungen und Potenzialen für Effizienzsteigerungen.

Prozessoptimierung: Basierend auf den Ergebnissen der Wertstromanalyse werden Prozesse und Abläufe im Krankenhaus überarbeitet, um Verschwendung zu eliminieren und Effizienz zu steigern. Dies kann bedeuten, dass unnötige Schritte entfernt, Arbeitsabläufe neugestaltet und Arbeitsprozesse standardisiert werden.

Just-in-Time-Prinzip: Das Just-in-Time-Prinzip zielt darauf ab, Materialien, Ressourcen und Informationen genau zum Zeitpunkt des Bedarfs bereitzustellen, um Verschwendung zu reduzieren. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Abteilungen, um einen reibungslosen Informations- und Materialfluss sicherzustellen.

Ständige Verbesserung: Lean Management ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess. Es ist wichtig, ein System zur kontinuierlichen Überwachung, Messung und Bewertung der Prozesse einzurichten, um weitere Verbesserungen zu identifizieren und umzusetzen. Dies kann durch regelmäßige Team-Meetings, Feedback von Patienten und Mitarbeitern und die Nutzung von Kennzahlen erfolgen.

Mitarbeiterbeteiligung: Mitarbeiter sind eine wichtige Ressource im Lean Management-Konzept. Es ist entscheidend, sie in den Veränderungsprozess einzubeziehen, indem sie ihre Erfahrungen, Ideen und Vorschläge einbringen. Dies kann durch Schulungen, Workshops, regelmäßige Kommunikation und Anreizsysteme zur Förderung von Verbesserungsvorschlägen erreicht werden.

Fokus auf Patientensicherheit und Qualität: Lean Management im Krankenhaus zielt nicht nur auf Effizienz, sondern auch auf Patientensicherheit und Qualität der Versorgung ab. Durch die Identifizierung und Beseitigung von Verschwendung können Fehler reduziert, Sicherheitsrisiken minimiert und die Patientenzufriedenheit gesteigert werden.

13.5 Portalstationen

Portalstationen sind spezielle Bereiche in Krankenhäusern, die als erste Anlaufstelle für Patienten dienen, um sie zu triagieren, zu bewerten und an die geeigneten Bereiche oder Fachabteilungen weiterzuleiten.

Das Ziel einer Portalstation ist es, eine effiziente, qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten, indem die Triage, Weiterleitung, Ressourcenoptimierung und Kommunikation optimiert werden.

- Schnelle und präzise Triage
- Effiziente Weiterleitung der Patienten
- Ressourcenoptimierung
- Verbesserte Patientenbetreuung
- Patientenaufklärung und Beratung
- Verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation

Ein Konzept für Portalstationen könnte sein:

Räumliche Gestaltung: Die Portalstation sollte so gestaltet sein, dass sie eine angenehme und beruhigende Umgebung für die Patienten bietet. Sie sollte über ausreichend Platz verfügen, um Privatsphäre zu gewährleisten und über bequeme Sitzgelegenheiten für die Wartezeit verfügen. Die Station sollte mit moderner Technologie ausgestattet sein, um die Erfassung und Verarbeitung von Patientendaten zu erleichtern.

Triage und Bewertung: Das Hauptziel der Portalstation ist es, eine schnelle und präzise Ersteinschätzung der Patienten vorzunehmen. Erfahrene medizinische Fachkräfte, wie Pflegepersonal oder medizinische Assistenten, führen eine Triage durch, um die Dringlichkeit und Schwere der Symptome zu bewerten. Dies ermöglicht eine effiziente Priorisierung der Behandlung und Weiterleitung der Patienten an die entsprechenden Fachbereiche.

Telemedizinische Unterstützung: Um die Effizienz und Zugänglichkeit der Portalstation zu verbessern, kann die Nutzung von Telemedizin in Betracht gezogen werden. Dies könnte die Möglichkeit umfassen, Ärzte oder Spezialisten per Videokonferenz hinzuzuziehen, um bei der

Triage und Bewertung zu unterstützen. Dies reduziert Wartezeiten und ermöglicht den Zugang zu spezialisierten Fachkenntnissen, unabhängig von der geografischen Lage.

Ressourcenoptimierung: Die Portalstation spielt eine wichtige Rolle bei der effizienten Nutzung der Ressourcen im Krankenhaus. Durch eine sorgfältige Triage und Weiterleitung der Patienten können Engpässe vermieden werden. Dies ermöglicht eine bessere Auslastung der Behandlungsräume, Fachärzte und anderer medizinischer Ressourcen.

Patientenaufklärung und Beratung: Die Portalstation bietet eine Möglichkeit für Patientenaufklärung und Beratung. Dies kann die Bereitstellung von Informationen zu verschiedenen medizinischen Zuständen, Behandlungsoptionen, Prävention und gesundem Lebensstil umfassen. Durch gezielte Aufklärung können Patienten besser verstehen, wie sie ihre Gesundheit selbst managen können und welche weiteren Schritte zu erwarten sind.

Zusammenarbeit und Kommunikation: Die Portalstation fungiert als Schnittstelle zwischen den verschiedenen Abteilungen und Fachbereichen des Krankenhauses. Eine effektive Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den medizinischen Fachkräften auf der Portalstation und den anderen Bereichen ist von entscheidender Bedeutung, um reibungslose Übergänge und eine koordinierte Versorgung zu gewährleisten.

Datenerfassung und -analyse: Die Portalstation erfasst wichtige Patientendaten, um die Behandlung zu unterstützen und kontinuierliche Verbesserungen zu ermöglichen. Dies umfasst Informationen zur Krankheitsgeschichte, medizinische Untersuchungen etc.

Das Konzept der Portalstation dient zur Orientierung für die Organisation von einer Klinik der lokalen Grundversorgung mit ambulanten und stationären Versorgungsangeboten.

13.6 Flache Hierarchien

Flache Hierarchien im Krankenhaus der Zukunft fördern eine Kultur der Zusammenarbeit, Kommunikation und Partizipation.

Folgende Punkte sind für die Entwicklung von flachen Hierarchien im Krankenhaus zu entwickeln:

Führung und Entscheidungsfindung: Eine flache Hierarchie im Krankenhaus der Zukunft bedeutet, dass Entscheidungen auf allen Ebenen getroffen werden können. Das bedeutet, dass Führungskräfte eine kooperative Führungsphilosophie annehmen und Mitarbeiter ermutigen, Ideen einzubringen, Verantwortung zu übernehmen und an Entscheidungen mitzuwirken.

Teamarbeit und multidisziplinäre Zusammenarbeit: Flache Hierarchien fördern die Teamarbeit und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus. Mitarbeiter arbeiten gemeinsam an Lösungen, tauschen ihr Fachwissen aus und tragen so zur optimalen Versorgung der Patienten bei. Hierarchische Barrieren werden abgebaut, um eine offene und integrative Arbeitskultur zu schaffen.

Dezentralisierung von Verantwortlichkeiten: Flache Hierarchien bedeuten, dass Verantwortlichkeiten und Entscheidungsbefugnisse auf verschiedene Ebenen der Organisation verteilt werden. Mitarbeiter auf allen Ebenen werden ermutigt, Verantwortung zu übernehmen und selbstständig Entscheidungen zu treffen, die im Rahmen ihrer Zuständigkeiten liegen. Dadurch wird die Effizienz gesteigert und die Reaktionsfähigkeit verbessert.

Kommunikation und Informationsfluss: Eine flache Hierarchie fördert einen offenen und transparenten Informationsfluss. Es werden klare Kommunikationskanäle etabliert, um sicherzustellen, dass relevante Informationen schnell und effektiv zwischen den Mitarbeitern ausgetauscht werden. Regelmäßige Team-Meetings, digitale Kommunikationstools und andere geeignete Mittel werden genutzt, um den Informationsaustausch zu erleichtern.

Empowerment der Mitarbeiter: Flache Hierarchien im Krankenhaus der Zukunft bedeuten, dass Mitarbeiter ermächtigt werden, ihre Fähigkeiten und Kompetenzen voll auszuschöpfen. Dies umfasst die Förderung von kontinuierlicher Weiterbildung und Schulung, um Mitarbeiter zu befähigen, ihre Aufgaben effektiv auszuführen und ihre beruflichen Fähigkeiten weiterzuentwickeln.

Feedbackkultur und Lernbereitschaft: Eine flache Hierarchie im Krankenhaus fördert eine Feedbackkultur, in der Mitarbeiter konstruktive Rückmeldungen geben und erhalten können. Das ermöglicht kontinuierliche Verbesserungen, individuelles Wachstum und eine lernende Organisation. Mitarbeiter werden ermutigt, aus Fehlern zu lernen und innovative Ideen einzubringen, um die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Führungskräfte als Coaches und Mentoren: In flachen Hierarchien übernehmen Führungskräfte eine Rolle als Coaches und Mentoren. Sie unterstützen und befähigen ihre Mitarbeiter, indem sie ihnen Orientierung geben, Feedback geben, Entwicklungsmöglichkeiten bieten und ein unterstützendes Umfeld schaffen. Dadurch werden die persönliche und berufliche Entwicklung der Mitarbeiter gefördert.

14. Konzept Gesundheitsakademie

Die Gesundheitsakademie der Kliniken Ostalb ist 2019 gegründet worden. Dazu ist das Konzept dem Verwaltungsrat vorgelegt worden.

In einer weiteren Ausbaustufe im Rahmen der Zukunftskonzeption und den täglichen Herausforderungen der Nachwuchskräftegewinnung, ist die Akademieleitung Frau Ruf mit einer weiteren Konzeption beauftragt worden. Die Entwicklung der Gesundheitsakademie ist ein wichtiger Baustein für die Sicherstellung der Patientenversorgung im Ostalbkreis.

Das Ziel einer Gesundheitsakademie in der Zukunft besteht darin, ein umfassendes Bildungs- und Schulungsprogramm anzubieten, um Fachkräfte im Gesundheitswesen weiterzubilden, ihre Fähigkeiten zu erweitern und sie auf die Herausforderungen der sich ständig weiterentwickelnden Gesundheitsbranche vorzubereiten.

Die Arbeitsergebnisse entnehmen Sie der Präsentation.

15. Finanzierung

Die Ambulantisierung hat eine enorme strategische Bedeutung für die Krankenhäuser in dramatischer Weise und so auch für die Kliniken Ostalb. Wenn es uns nicht gelingt parallel zur Ambulantisierung unserer heutigen Leistung und den damit verbundenen Verlust in neue stationäre Fälle zu kompensieren oder die Prozesse so umzugestalten, dass ambulante Behandlungen so effizient und kostendeckend wie möglich erbracht werden, wird das Defizit der Kliniken Ostalb jedes Jahr weiter anwachsen. Um diesen Prozess entsprechend anzupassen braucht es zunächst Investitionen in die bauliche und digitale Infrastruktur. Der Vorschlag der Regierungskommission mit sogenannten Vorhaltebudgets wird voraussichtlich die Finanzierungsprobleme nicht nachhaltig lösen.

Konkret brauchen wir Empfehlungen, Handlungsoptionen und Unterstützung wie genau der Versorgungswandel hin zu mehr ambulanten Leistungen in der Form gelingen kann, dass eine bedarfsgerechte und qualitative Versorgung ebenso für eine Klinik kostendeckend und anreizkompatibel sein kann.

Die Darstellung des Finanzierungskonzeptes erfolgt am Ende der Konzepterstellung.

16. Infrastruktur und Investitionen

Die Infrastruktur der Kliniken Ostalb umfasst drei Gebäude mit unterschiedlichen Sanierungsbedürftigkeiten. Dazu sind bereits einige Fakten erarbeitet worden, welche Sie der Anlage 4 entnehmen.

Im Rahmen der erarbeiteten Zielbilder wurde der Vorstand bereits beauftragt für das **Zielbild 3** einen Neubau für den Regionalversorger im Rahmen eines Standortverfahrens einen Kriterienkatalog zu erarbeiten. Dafür wurde das Beratungsunternehmen Endera beauftragt. Der Kriterienkatalog ist bereits erarbeitet und liegt dem Verwaltungsrat vor.

Nun stellt sich die Frage, wie könnte ein solcher Neubau denn aussehen. Dazu ist bereits in aller Munde das "Green Hospital". Da erst das finale Zielbild der Zukunftskonzeption stehen muss, bevor man einen professionellen Neubau konzipiert hier einige Ansätze für die Entscheidung des weiteren Vorgehens:

16.1 Neubau vs. Altbau

Die Entscheidung zwischen einem Altbau und einem Neubau eines Krankenhauses hängt von verschiedenen Faktoren ab und sollte sorgfältig abgewogen werden. Dazu liegen dem Verwaltungsrat bereits einige Unterlagen vor.

Das beauftragte Beratungsunternehmen ENDERA hat die Unterschiede zwischen Neubau und Sanierung Altbau wie folgt dargestellt:

Neubauvarianten	Sanierungsvarianten
Kürzere Bauzeiten (ca. 10 Jahre)	Längere Bauzeiten (ca. 15-20 Jahre)
Höhere Förderquoten (ca. 50%) – niedrigere Kosten Kreis	Niedrigere Förderquote (ca. 35-40%) – keine Förderung v. Neuausstattungen
Deutlich niedrigere Betriebskosten – bessere Energieeffizienz (green hospital)	Kompromiss bzgl. Nachhaltigkeit und Energieeffizienz
Bestmögliche Organisations- u. Prozessqualität	Verbesserung Orga- u. Prozessqualität
Flexible Raumplanung, Notfallversorgung Erweiterungsmöglichkeiten	Bauliche Erweiterungen - erforderliche Interimsmaßnahmen
Höhere Attraktivität für MitarbeiterInnen und PatientenInnen moderne, zukunftsfähige Organisations- und Prozessstrukturen	Einschränkungen im laufenden Betrieb: Lärm, Schmutz, Verkehr → Abwanderung von PatientenInnen und MitarbeiterInnen
Höhere Planungssicherheit	Höhere Kostenunsicherheit (Unvorhergesehenes, Altlasten, lange Bauzeit → Index)
Standortauswahl entsprechend Infrastrukturanforderungen	Schaffung verkehrstechnischer Anbindung erforderlich
Keine Verwertung grauer Energie	Verwertung grauer Energie teilweise möglich
Grundstückserwerb nötig	Grundstücksflächen vorhanden – ggf. Erweiterung nötig

16.1.1 Standortverfahren

Der Kriterienkatalog wird im Rahmen der Verwaltungsratssitzung am 15.06.2023 dem Kreistag empfohlen und am 25.07.2023 beschlossen.

16.1.2 Multifunktionelles Bauen und Prozessoptimierung

Wird ein Krankenhausgebäude neu errichtet, ist das Ziel eine langfristige Nutzung. Der Ansatz des multifunktionellen Bauens bedeutet flexible Planung mit flexiblen Raumstrukturen. Nur so können langlebige Gebäudestrukturen geschaffen werden, die auch eine nachhaltige Nutzung ermöglichen. Die Zeiten einer statischen Raumnutzung oder der jahrzehntelangen Widmung eines Raumes einer bestimmten Fachrichtung gehören der Vergangenheit an.

Durch multifunktionelles Bauen und Prozessoptimierung in einer langlebigen Gebäudestruktur, wird eine zentrale Koordination für optimale und schonende Ressourcennutzung erreicht.

Die wesentlichen Merkmale des multifunktionellen Bauens sind:

Nachhaltige Materialien: Bei der Auswahl von Baumaterialien wird auf ökologisch verträgliche und recycelbare Materialien geachtet. Dies umfasst den Einsatz von erneuerbaren Ressourcen, die Minimierung von Abfall und den Verzicht auf schädliche Substanzen. Zudem werden lokale Materialien bevorzugt, um den Transportaufwand zu reduzieren.

Energieeffizienz: Das Gebäude wird so gestaltet, dass der Energieverbrauch minimiert wird. Dies beinhaltet eine effektive Wärmedämmung, den Einsatz von energieeffizienten Heizungs-, Lüftungs- und Klimatisierungssystemen sowie die Nutzung erneuerbarer Energiequellen wie Solarenergie oder Geothermie. Zudem werden energieeffiziente Beleuchtungssysteme und Geräte verwendet.

Wassereffizienz: Durch den Einsatz von Wasser sparsamen Armaturen, Regenwassernutzung und effizienten Bewässerungssystemen wird der Wasserverbrauch minimiert. Zudem werden Systeme zur Grauwassernutzung und zur Abwasserbehandlung implementiert, um Wasserressourcen zu schonen.

Flexibilität und Modularität: Das Gebäude wird so gestaltet, dass es sich an sich ändernde Bedürfnisse und Funktionen anpassen kann. Durch flexible Raumkonzepte, modulare Bauweise und leicht zu verändernde Raumstrukturen können Funktionen und Nutzungen des Gebäudes im Laufe der Zeit angepasst und optimiert werden.

Integration von Grünflächen: Grünflächen werden in das Gebäudekonzept integriert, um das Raumklima zu verbessern, die Luftqualität zu erhöhen und einen Beitrag zur Biodiversität

zu leisten. Dies kann beispielsweise durch begrünte Fassaden, Dachgärten oder Innenhöfe realisiert werden.

Nutzung erneuerbarer Ressourcen: Das Konzept des nachhaltigen multifunktionalen Bauens fördert die Nutzung erneuerbarer Ressourcen, sei es durch die Nutzung von Solarenergie, Windenergie oder anderen nachhaltigen Energiequellen. Dies trägt zur Reduzierung der Umweltauswirkungen und zur Schonung begrenzter Ressourcen bei.

Lebenszyklusbetrachtung: Das Gebäude wird von Anfang an unter Berücksichtigung des gesamten Lebenszyklus geplant. Dies beinhaltet die Wahl von Materialien mit langer Lebensdauer, die einfache Wartung und Reparatur ermöglichen. Zudem wird die spätere Rückbau- und Entsorgungsphase des Gebäudes berücksichtigt.

Nutzerkomfort und Gesundheit: Der Fokus liegt auf dem Wohlbefinden der Nutzer. Das Gebäude wird so gestaltet, dass es Tageslichtnutzung, gute Belüftung und eine angenehme Raumtemperatur beinhaltet.

16.1.3 Green Hospital

Ein Green Hospital ist ein Krankenhaus, das sich auf ökologische Nachhaltigkeit, Energieeffizienz und umweltfreundliche Praktiken konzentriert. Das Ziel eines Green Hospitals ist es, die Gesundheitsversorgung zu verbessern, während gleichzeitig der ökologische Fußabdruck minimiert wird.

Hier einige Ansätze für ein Green Hospital:

Energieeffizienz: Das Green Hospital sollte auf energieeffiziente Technologien setzen, um den Energieverbrauch zu minimieren. Dies umfasst die Verwendung von LED-Beleuchtung, energiesparenden Geräten und intelligenten Energiemanagementsystemen. Erneuerbare Energiequellen wie Solar- oder Windenergie können genutzt werden, um einen Teil oder den gesamten Strombedarf des Krankenhauses zu decken.

Wassereffizienz: Das Krankenhaus sollte wassersparende Technologien implementieren, wie zum Beispiel wassersparende Armaturen und Toiletten sowie Regenwasseraufbereitungssysteme. Wasserverbrauch und -verschwendung sollten überwacht und minimiert werden.

Abfallmanagement: Ein Green Hospital sollte ein effektives Abfallmanagement-Programm haben, das auf Recycling, Wiederverwendung und Mülltrennung basiert. Die Verwendung von Einwegprodukten sollte minimiert werden, und stattdessen sollten umweltfreundliche und nachhaltige Materialien bevorzugt werden.

Grünflächen und Innenraumbegrünung: Das Krankenhaus sollte Grünflächen und Innenraumbegrünung fördern, um die Luftqualität zu verbessern, die Patientenerholung zu fördern und eine angenehme Umgebung zu schaffen. Dies kann durch Gärten, Dachgärten oder vertikale Gärten erreicht werden.

Nachhaltige Beschaffung: Das Green Hospital sollte bei der Beschaffung von Medikamenten, medizinischen Geräten und anderen Materialien auf Nachhaltigkeit achten. Dies beinhaltet den Kauf von umweltfreundlichen Produkten, die unter fairen Arbeitsbedingungen hergestellt wurden.

Förderung von umweltfreundlicher Mobilität: Das Krankenhaus sollte Anreize für umweltfreundliche Mobilitätsoptionen für Mitarbeiter, Patienten und Besucher schaffen. Dies kann durch den Ausbau von Fahrradinfrastruktur, die Bereitstellung von Ladestationen für Elektrofahrzeuge oder die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden.

Bildung und Sensibilisierung: Das Green Hospital sollte Aktivitäten zur Bildung und Sensibilisierung der Mitarbeiter, Patienten und der Gemeinschaft durchführen. Workshops, Schulungen und Informationsmaterialien können helfen, das Bewusstsein für ökologische Nachhaltigkeit und die Vorteile eines grünen Krankenhauses zu schärfen.

Die Umsetzung eines Green Hospital-Konzepts erfordert eine umfassende Planung, Investitionen und die Zusammenarbeit aller Beteiligten im Krankenhaus. Es ist wichtig, die Fortschritte und Ergebnisse zu überwachen und kontinuierlich zu verbessern, um eine nachhaltige und umweltfreundliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

16.2 Übergangsmaßnahmen zur Defizitreduzierung

16.2.1 Mitarbeitergewinnung – Konzept für Kampagnen gegen den Fachkräftemangel für den Erhalt der Kliniken im Übergang

Im Rahmen unseres Konzeptes der Personaloffensive haben wir uns entschieden mit dem Unternehmen Lead Anker aus Schwäbisch Gmünd zusammenzuarbeiten. Hierbei sind derzeit zwei Imagefilme für unser Unternehmen sowie ein Recruitingfilm [zweisprachig] beauftragt. Die Filme werden in den nächsten Wochen veröffentlicht werden.

Darüber hinaus haben wir in einigen medizinischen Fachbereichen das zunehmende Problem diese noch aufrecht zu erhalten. Die Gefahr ist, dass medizinische Versorgungsangebote dadurch im Ostalbkreis nicht mehr erbracht werden können. Die Folge Fachabteilungen müssen schließen.

Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, haben wir uns entschieden gezielte Kampagnen in der Personalgewinnung zu etablieren:

Informationskampagnen: Eine umfassende Informationskampagne kann die Attraktivität des Berufsfeldes erhöhen, indem sie potenziellen Fachkräften Einblicke in die Vorteile, Herausforderungen und Möglichkeiten des Berufs gibt. Dabei können verschiedene Medienkanäle wie Online-Plattformen, soziale Medien, Radiospots, Plakate oder Infobroschüren genutzt werden. Die Kampagne sollte den Fokus auf die Faszination und Bedeutung des Berufs legen und gleichzeitig Karrieremöglichkeiten und Fortbildungschancen aufzeigen.

Ausbildungsförderung: Kampagnen können darauf abzielen, das Interesse an medizinischen Berufen bereits in der Schulzeit zu wecken. Durch Kooperationen mit Schulen und Bildungseinrichtungen können Praktika, Workshops und Informationsveranstaltungen angeboten werden, um Schülerinnen und Schülern einen Einblick in die verschiedenen medizinischen Berufe zu geben. Dies kann auch die Förderung von Stipendien oder finanzielle Unterstützung für Ausbildungskosten umfassen, um den Einstieg in den Beruf attraktiver zu machen.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen: Eine Kampagne könnte darauf abzielen, die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld für Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Dazu gehört beispielsweise die Förderung flexibler Arbeitszeitmodelle, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtern, die Schaffung von Weiterbildungsmöglichkeiten und Karriereentwicklung sowie eine angemessene Vergütung und attraktive Sozialleistungen.

Ein Teil dessen bildet sich bereits in unserem Unternehmen ab und wird erfolgreich umgesetzt. Nun gilt es für die Bereiche Neonatologie, Pneumologie und Unfallchirurgie/Orthopädie aufgrund der zuspitzenden personellen Situation im ärztlichen Bereich zu starten. Dazu wird mit dem Unternehmen Lead Anker unserer Mitarbeiterin im Sozial Media Bereich und den medizinischen Fachabteilungen ein Konzept für eine solche Werbekampagne erstellt. Hierbei gehen wir wie folgt vor:

- **Zielgruppendefinition:** Identifizieren Sie die Zielgruppe, die Sie ansprechen möchten. Dies können zum Beispiel Ärzte in der Facharztausbildung, junge Medizinstudenten oder erfahrene Ärzte sein, die bereits in einem anderen Fachgebiet tätig sind und sich umorientieren möchten.
- **Botschaft und Positionierung:** Entwickeln Sie eine klare Botschaft, die die Attraktivität des Facharztberufs vermittelt. Betonen Sie die Vorteile wie berufliche Weiterentwicklung, Karrieremöglichkeiten, finanzielle Stabilität, intellektuelle Herausforderungen und die Möglichkeit, einen positiven Einfluss auf das Leben der Patienten zu nehmen. Positionieren Sie den Facharztberuf als erstrebenswerte Karriereoption.

- **Multi-Channel-Ansatz:** Nutzen Sie verschiedene Medienkanäle, um Ihre Botschaft zu verbreiten und potenzielle Kandidaten anzusprechen. Verwenden Sie Online-Plattformen, soziale Medien, medizinische Fachzeitschriften, Karrieremessen und gezielte Direktwerbung, um eine breite Reichweite zu erzielen.
- **Testimonials und Erfolgsgeschichten:** Zeigen Sie Erfolgsgeschichten von Fachärzten, die bereits in ihrem Fachgebiet erfolgreich sind. Diese können als Testimonials auftreten und ihre persönlichen Erfahrungen teilen, um potenzielle Kandidaten zu inspirieren. Veranschaulichen Sie die vielfältigen Karrierewege, die ein Facharzt einschlagen kann, und die positiven Auswirkungen, die sie auf die Gesundheit der Patienten haben können.
- **Partnerschaften und Netzwerke:** Arbeiten Sie mit medizinischen Einrichtungen, Krankenhäusern und medizinischen Fachgesellschaften zusammen, um Ihre Kampagne zu unterstützen. Bieten Sie Partnerschaften an, um Stipendien, Mentoring-Programme oder andere Anreize für angehende Fachärzte zu schaffen. Nutzen Sie auch bestehende Netzwerke und Alumni-Verbindungen, um potenzielle Kandidaten anzusprechen.
- **Internationaler Fokus:** Wenn Sie Fachärzte aus dem Ausland ansprechen möchten, berücksichtigen Sie die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen, mit denen sie konfrontiert sein könnten. Bieten Sie Unterstützung bei Visumsangelegenheiten, Sprachkursen und kultureller Integration an, um den Übergang in das neue Arbeitsumfeld zu erleichtern.
- **Langfristige Bindung:** Entwickeln Sie Programme und Anreize, um Fachärzte langfristig an Ihr Unternehmen oder Ihre medizinische Einrichtung zu binden. Bieten Sie Karrieremöglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung, flexible Arbeitsmodelle, attraktive Vergütungspakete, Fortbildungs- und Forschungsmöglichkeiten sowie ein unterstützendes Arbeitsumfeld an.
- **Evaluation:** Die Maßnahme wird laufend anhand von unterschiedlichen Faktoren zum Beispiel Anzahl der Aufrufe, Interaktion mit Usern, etc. evaluiert und entsprechend angepasst.

16.2.2 Verbesserung der finanziellen Situation der Kliniken Ostalb

Die Stellschrauben zur Verbesserung der finanziellen Situation in den Kliniken Ostalb ist durch folgende Maßnahmen denkbar:

- Effizientes Ressourcenmanagement: Implementierung eines effektiven Ressourcenmanagement-Systems, um den Einsatz von Personal, Materialien und Ausrüstung zu optimieren. Dabei sollen die Ressourcen entsprechend dem Bedarf zugewiesen werden und Verschwendung vermieden werden.
- Kostenkontrolle: Führen einer standardisierten gründlichen Kostenanalyse, um Bereiche zu identifizieren, in denen unnötige Ausgaben getätigt werden. Regelmäßige Überprüfung von Verträgen, Lieferantenkonditionen und andere Ausgabenposten, um mögliche Einsparungen zu ermitteln.
- Einnahmensteigerung: Entwickeln von Strategien zur Steigerung der Einnahmen. Dies kann durch eine verbesserte Auslastung der Betten, die Einführung neuer Dienstleistungen oder die Erweiterung des Leistungsangebots erreicht werden. Zu prüfen sind auch, ob Möglichkeiten zur Optimierung der Abrechnung und Kodierung bestehen, um sicherzustellen, dass alle erbrachten Leistungen angemessen abgerechnet werden.
- Verbesserte Patientenversorgung: Eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung kann zu einer besseren Patientenzufriedenheit führen und das Ansehen des Krankenhauses stärken. Dies kann dazu beitragen, dass mehr Patienten das Krankenhaus wählen und die Auslastung steigt.
- Effizientes Personalmanagement: Optimieren des Personaleinsatzes, um Überstunden und unproduktive Arbeitszeiten zu reduzieren. Überprüfung der Arbeitsabläufe, um Engpässe zu identifizieren und die Produktivität zu steigern.
- Nutzung von Technologie: Einsatz von geeigneten Technologien, um Arbeitsabläufe zu automatisieren, den Datenaustausch zu verbessern und administrative Prozesse zu optimieren. Dies kann die Effizienz steigern und die Kosten senken.

Hierbei ist eine umfassende Analyse der finanziellen Situation und der internen Prozesse der erste Schritt, um gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Situation zu identifizieren und umzusetzen.

Im nachfolgenden einige Projekte zur Identifikation und Entwicklung von Maßnahmen zur Defizitreduzierung.

16.2.2.1 Krankenhauslogistik

Ein Krankenhaus ist ein komplexes technisches System aus zahlreichen Abläufen, Strukturen sowie Material- und Personenströmen. Verschiedenste Bereiche, Stationen und Funktionsabteilungen sind im Krankenhausalltag involviert. Apotheke, Lager, Wäscherei, Küche, Verwaltung, Labor, Sterilisation, Reinigung, Entsorgung und andere Bereiche beeinflussen den Erfolg eines Krankenhauses enorm.

Als wirksames Instrument für Effizienz- und Qualitätssteigerungen sowie Kosteneinsparungen rücken daher auch die gesamten Strukturen und Prozesse von Krankenhauslogistik und Materialwirtschaft zunehmend in den Fokus – zurecht: Denn mit effizienten Versorgungsstrukturen senken wir nicht nur die Kosten bei gleichbleibender Versorgungsqualität. Sie erleichtern auch die Arbeit unserer Belegschaft und sorgen damit für höhere Zufriedenheit im Team.

Herausforderungen der Krankenhauslogistik

Steigende Anforderungen von Behörden, wirtschaftlicher Druck und Erwartungen des Krankenhausmanagements: Der Bereich Logistik sieht sich im Krankenhaus mit vielen Herausforderungen konfrontiert.

Effiziente Logistik-Prozesse schaffen, Lagerungshaltungskosten senken

Neben den medizinischen Leistungen tragen effiziente Abläufe und die Koordination der logistischen Ströme entscheidend zur Qualität im Krankenhaus bei. Denn eine durchschnittliche Klinik verwendet im Jahr mehr als 20.000 unterschiedliche Artikel – von winzigen Ersatzteilen für die Medizintechnik bis zu Massenwaren, die jede Woche per LKW angeliefert werden. Herausforderung für die Materiallogistik ist es, das richtige Produkt zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Menge am richtigen Platz bereitzustellen – ohne ausufernde Lagerungs- und Prozesskosten.

Kosteneffizient arbeiten durch reibungslose Prozesse

Sichere, effiziente und zeitlich optimierte logistische Prozesse nehmen somit maßgeblich Einfluss auf die Kosteneffizienz im Krankenhaus. Als effizient kann die Krankenhauslogistik dann bezeichnet werden, wenn sie ihre Funktion erfüllt, ohne dass das ärztliche und pflegerische Personal sie überhaupt bemerkt.

Aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen berücksichtigen

Bei allen Maßnahmen gilt es, den immer schnelleren Entwicklungen im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen, Chancen auszuloten, die eigenen Qualitäten zu kennen und in die richtige Richtung zu treiben. Die Erarbeitung und Realisierung eines fein abgestimmten, ganzheitlichen Logistiksystems sind für die Kliniken Ostalb schwierig umzusetzen.

Wie wir Logistik schrittweise verbessern können

Wir überprüfen dafür zunächst, ob unsere Abläufe und Systeme unseren internen Vorgaben sowie den aktuellen rechtlichen, technischen, qualitativen und wirtschaftlichen Standards entsprechen. Auf dieser Basis erarbeiten wir Empfehlungen für Verbesserungen. Darüber hinaus erfolgt dann Projektdefinition und Zielbildentwicklung sowie die Erstellung eines Maßnahmenkataloges.

Neben der Verfügbarkeit aller benötigten Materialien zur richtigen Zeit am richtigen Ort achten wir bei der Materiallogistik auch auf die Beseitigung von Kostentreibern, etwa durch Überprüfung von Lieferantenverträgen, die Reduzierung der Lagerbestände oder eine Anpassung des Sortiments. Zudem stellen wir sicher, dass verbrauchte Materialien sachgerecht und effizient entsorgt, der Verpackungsmüll reduziert wird.

Da wir in den Kliniken Ostalb leider keine Fachkompetenz für ein solches Projekt haben, wird dies durch ein externes Beratungsunternehmen beauftragt.

16.2.2.2. Reduzierung des Materialverbrauchsverhalten

Die Verbesserung des Materialverbrauchsverhaltens im Krankenhaus kann zu Kosteneinsparungen und einer effizienteren Nutzung der Ressourcen führen.

Hier sind einige Schritte, die dazu beitragen aufgeführt:

Analyse des aktuellen Verbrauchsverhaltens:

- Durchführung einer gründlichen Analyse des aktuellen Materialverbrauchsverhaltens.
- Erfassung, welche Materialien wie oft verwendet werden, wie viel verschwendet wird und wo Engpässe auftreten.

Schulung und Sensibilisierung des Personals:

- Schulung des medizinischen Personals, einschließlich Ärzte, Pflegekräfte und Administratoren, über den verantwortungsvollen Umgang mit Materialien.
- Sensibilisierung für die Auswirkungen von Verschwendung und die Bedeutung einer effizienten Ressourcennutzung.

Bestandsmanagement optimieren:

- Implementierung eines effektiven Bestandsmanagement-Systems, das eine genaue Überwachung und Verfolgung der Materialien ermöglicht. Dadurch können Materialbedarf besser prognostiziert und Überbestände sowie Engpässe vermieden werden.

Standardisierung von Verbrauchsmaterialien:

- Maximierung des Einsatzes von Standardverbrauchsmaterialien, um die Komplexität der Beschaffung und Lagerung zu verringern. Dies ermöglicht eine bessere Verhandlungsmacht bei der Beschaffung und reduziert die Kosten.

Recycling und Wiederverwendung:

- Prüfung von Möglichkeiten des Recyclings und der Wiederverwendung von bestimmten Materialien. Einige Artikel können nach der Reinigung oder Aufbereitung erneut verwendet werden, was den Bedarf an Neuanschaffungen verringert.

Zusammenarbeit mit Lieferanten:

- Enge Zusammenarbeit mit den Lieferanten, um die Effizienz in der Lieferkette zu verbessern. Verhandeln von besseren Preisen, Lieferbedingungen und suchen nach alternativen Lieferanten, um Kosten zu senken.

Überwachung und Analyse von Verbrauchsdaten:

- Einsatz von digitalen Systemen, um den Materialverbrauch kontinuierlich zu überwachen und regelmäßig analysieren der Daten. Identifizierung der Bereiche mit übermäßigem Verbrauch oder Verschwendung um gezielte Maßnahmen zur Verbesserung zu definieren.

Förderung einer Kultur des Bewusstseins und der Verantwortung:

- Entwicklung einer Kultur, in der Mitarbeiter sich für einen verantwortungsvollen Umgang mit Ressourcen engagieren.

Durch das Ergreifen dieser Maßnahmen, können wir das Materialverbrauchsverhalten im Krankenhaus verbessern und zur Effizienzsteigerung beitragen. Es ist wichtig, ein ganzheitliches und nachhaltiges Management-System einzuführen, das den Fokus auf Kostenreduzierung und eine optimale Nutzung der Ressourcen legt.

Auch hier haben wir in den Kliniken Ostalb nicht ausreichende Kompetenzen, um ein solches Projekt durchzuführen, so dass die Beauftragung durch ein externes Beratungsunternehmen erfolgen muss.

16.2.2.3 Konzept zur Verbesserung der Erlöse**1. Auslastungsoptimierung:**

- Implementierung effizienter Patientenaufnahme- und Entlassungsprozesse, um die Wartezeiten zu verkürzen und die Bettenfluktuation zu erhöhen.
- Verweildauersteuerung

- Identifizierung von Engpässen in der Patientenversorgung und Implementierung von Maßnahmen zur Reduzierung von Verzögerungen und Stornierungen von Eingriffen.

2. Verbesserte Abrechnung und Kodierung:

- Überprüfung der Abrechnungs- und Kodierungsprozesse, um sicherzustellen, dass alle erbrachten Leistungen korrekt und angemessen abgerechnet werden.
- Schulung des medizinischen Personals im Bereich der korrekten Dokumentation von Leistungen und Diagnosen.
- Implementierung von automatisierten Abrechnungssystemen und regelmäßige Überprüfung der Abrechnungsprozesse, um Fehler zu minimieren und den Cashflow zu optimieren.

Die o.g. Punkte werden durch den Bereich Medizincontrolling durch Peter Schmidt geprüft und etwaige Effektivitätsmöglichkeiten als Maßnahme umgesetzt.

16.3 Übergangsmaßnahmen Infrastruktur und Baumaßnahmen

1. Zur Aufrechterhaltung der Qualität ist die Sanierung bzw. Ersatzbeschaffung des Zentral OPs am Ostalb-Klinikum in Aalen in Höhe von gesamt ca. 34 Mio. Euro. Nach Stellung eines Förderantrags beim Land könnten mit ca. 12 Mio. Euro gerechnet werden. Der Abstimmungsprozess mit dem Sozialministerium findet bereits statt.
2. Zur Aufrechterhaltung der vor- und nachstationären Funktionsbereiche der zentralen Patientennotaufnahme am Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd sind die Bauabschnitte 2-4 mit Investitionen in Höhe von gesamt ca. 12 Mio. € umzusetzen. Hierzu hat der Verwaltungsrat Kliniken Ostalb/Betriebsausschuss Klinikimmobilien am 28.07.2020 ein Kostenvolumen in Höhe von 8,6 Mio. € beschlossen. Die weiteren Kosten [Bauabschnitt 4] wurden unter den Vorbehalt der Förderung durch das Land gestellt. Beim Land wurde entsprechend ein Förderantrag über die Gesamtkosten der Bauabschnitte 2-4 (inklusive Interimsendoskopie) in Höhe von 12 Mio. € gestellt. Die weitere Finanzierung des Gesamtprojektes ist gesichert.
3. Aufgrund von anhaltendem medizinischem Fachkräftemangel sowie umfassenden Struktur- und Personalvorgaben im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist die Zusammenlegung der stationären Klinik, teilstationären Tagesklinik sowie psychiatrischen Institutsambulanzen der Standorte Aalen und Ellwangen am Standort St. Anna-Virngrund-Klinik Ellwangen notwendig. Hierzu sind Investitionen in Höhe von ca. 1 Mio. Euro erforderlich [Integration der Tagesklinik

in die Klinik KJPP sowie Schaffung von Schulungsräumen und Institutsräumen im Bereich der jetzigen Erwachsenenpsychiatrie - sogenannter Gartenbau Dalkinger Straße].

4. Die Pathologien an den Standorten Ostalb-Klinikum Aalen und Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd müssen auf aktuelle rechtliche Vorgaben und quantitativer und qualitativer Klinik Anforderungen kernsaniert/erneuert werden. Die Kosten betragen insgesamt ca. 2,5 Mio. Euro und werden überwiegend [ca. 2 Mio. Euro] über Kredit finanziert [Mietflächen - Refinanzierung über Vermietung].
5. Zur Schaffung von ambulanten Strukturen, Zusammenlegungen und Spezialisierungen in der Übergangszeit können weitere Kosten entstehen. Diese sollen, wenn möglich, aus den jährlichen zur Verfügung stehenden Instandhaltungskosten innerhalb des Wirtschaftsplans abgedeckt sein.

Die weitere Konkretisierung der Baumaßnahmen sowie erforderlicher Investitionen und Beantragung von Fördermitteln wird entsprechend wie ausgeführt im Rahmen der weiteren Projektierung konkretisiert und umgesetzt.

17. Kommunikation im Prozess

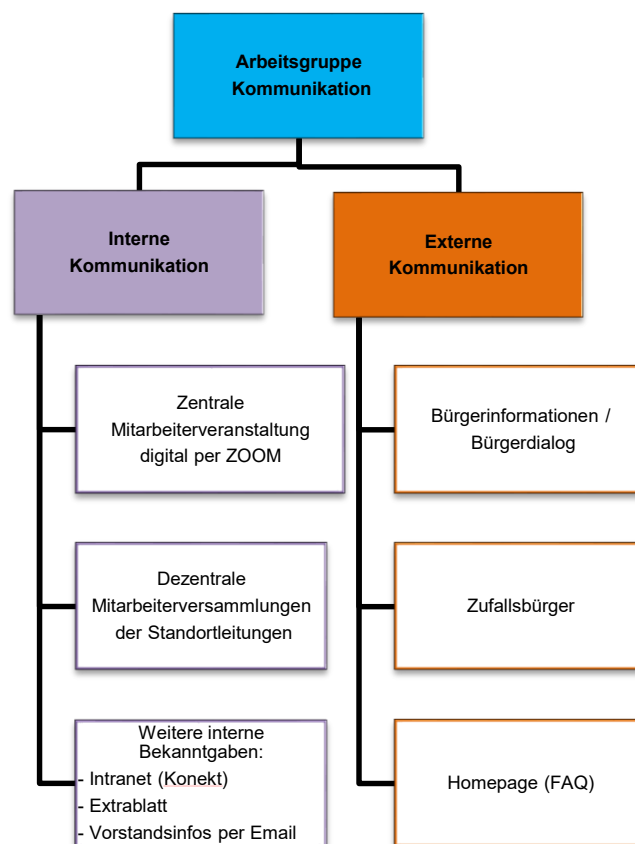
Kommunikation im Prozess ist ein wesentlicher Bestandteil effizienter und reibungsloser Abläufe in verschiedenen Bereichen. Sie bezieht sich auf den Austausch von Informationen, Anweisungen, Feedback und anderen relevanten Nachrichten zwischen den Beteiligten eines Prozesses, sei es innerhalb einer Organisation oder zwischen verschiedenen Parteien.

Eine gute Kommunikation im Prozess ermöglicht es den beteiligten Personen, klar zu verstehen, was von ihnen erwartet wird, wie die Aufgaben verteilt sind und welche Schritte erforderlich sind, um die Ziele zu erreichen. Durch effektive Kommunikation können Missverständnisse vermieden, Probleme rechtzeitig erkannt und gelöst sowie der allgemeine Fortschritt des Prozesses überwacht werden.

Da die Kommunikation den gesamten Strukturierungsprozess der Kliniken Ostalb gkAöR betrifft, wurde eine Arbeitsgruppe "Kommunikation" gegründet, welche aus den Teilnehmern der internen Abteilung "Unternehmenskommunikation" sowie dem externen Unternehmen "Kommunikationsbüro Ulmer" besteht. Diese Arbeitsgruppe unterstützt den gesamten Prozess von Anfang an und begleitet die interne Kommunikation gegenüber der Mitarbeiterschaft aber auch die externe Kommunikation gegenüber der Bürgerschaft.

Durch die professionelle Unterstützung des Kommunikationsbüros Ulmer können wertvolle Erfahrungen eingebracht und bewährte Methoden umgesetzt werden, um die Kommunikation effektiv zu gestalten. Das Ziel ist, eine klare, offene, ehrliche, frühzeitige und umfassende zielgruppenspezifische Kommunikation, bei welcher die Interaktion durch die Beteiligten erwünscht ist. Effektive Kommunikation im Prozess trägt dazu bei, Zeit zu sparen, Fehler zu reduzieren und die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten zu verbessern. Sie ist ein Schlüsselfaktor für den Erfolg von Projekten, Arbeitsabläufen und Organisationen im Allgemeinen.

In nachfolgendem Schaubild sind die Aufgaben der Arbeitsgruppe nochmals dargestellt:



17.1 Kommunikation Mitarbeiterschaft

Wie oben bereits erwähnt ist die interne Mitarbeiterkommunikation ein Teil des gesamten Kommunikationsprozesses bei der Neustrukturierung bezüglich des Zukunftskonzeptes der Kliniken Ostalb. Es ist sicherzustellen, dass alle betroffenen Mitarbeiter gut informiert sind um Ängste und Unsicherheiten abzubauen. Hier sind einige wichtige Aspekte der Mitarbeiterkommunikation, die hierbei zu berücksichtigen sind:

- Klarheit und Transparenz: Es ist wichtig, den Mitarbeitern klare und transparente Informationen über die Strukturierungsplanungen zu geben. Dies umfasst Details über

den Zweck, die Ziele, den Zeitplan und die Auswirkungen auf die Mitarbeiter und den Arbeitsplatz.

- Zeitnahe und umfassende Kommunikation: Die Kommunikation sollte zeitnah erfolgen, um Spekulationen und Gerüchten entgegenzuwirken. Es sollten regelmäßige Updates und Informationen bereitgestellt werden, um die Mitarbeiter über den Fortschritt des Zukunftskonzeptes auf dem Laufenden zu halten.
- Dialog und Feedback: Es ist wichtig, den Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, Fragen zu stellen, Bedenken zu äußern und Feedback zu geben. Dies kann durch Informationsveranstaltungen, E-Mail-Kommunikation oder andere Formen des Austauschs erreicht werden. Die Mitarbeiter sollten ermutigt werden, aktiv am Dialog teilzunehmen.
- Unterstützung und Ressourcen: Die Zukunftsstrategie der Kliniken Ostalb kann Veränderungen in der Organisation und den Arbeitsabläufen mit sich bringen. Es ist wichtig, den Mitarbeitern Unterstützung und Ressourcen anzubieten, um ihnen bei der Bewältigung dieser Veränderungen zu helfen. Dies kann Schulungen, Schulungsprogramme oder individuelle Beratung beinhalten.
- Werte und Kultur: Bei Neustrukturierungen treffen oft verschiedene Unternehmenskulturen und Werte aufeinander. Es ist wichtig, den Mitarbeitern zu vermitteln, wie die gemeinsamen Werte und die neue Kultur aussehen sollen. Dies hilft dabei, eine gemeinsame Identität und Zusammengehörigkeit zu schaffen.
- Integration der Teams: Die Kommunikation sollte darauf abzielen, die Zusammenarbeit und Integration der Teams aus den verschiedenen Kliniken zu fördern. Die Mitarbeiter sollten die Möglichkeit haben, sich gegenseitig kennenzulernen, Erfahrungen auszutauschen und gemeinsame Ziele zu entwickeln.
- Kontinuierliche Kommunikation: Die Mitarbeiterkommunikation sollte über den Zeitpunkt der Umsetzung hinaus fortgesetzt werden. Es ist wichtig, den Mitarbeitern regelmäßige Updates und Informationen über den Fortschritt der Integration zu geben und sie über die langfristigen Auswirkungen zu informieren.

Ein gut durchdachter und effektiver Kommunikationsplan für die Mitarbeiter trägt dazu bei, einen reibungslosen Übergang zu gewährleisten, das Vertrauen der Mitarbeiter zu stärken und eine positive Arbeitsumgebung zu schaffen.

Durch eine durchgeführte zentrale sowie je Standort durchgeführte dezentrale Mitarbeiterveranstaltung wurde zum Start des Zukunftskonzeptes versucht, den oben genannten Aspekten gerecht zu werden. Ferner wird die Mitarbeiterschaft kontinuierlich per Extrablatt, Intranet und Vorstandsinformationen per E-Mail informiert. Auch die Beteiligung in den einzelnen Projektgruppen trägt zu einer besseren Kommunikation bei.

17.2 Bürgerbeteiligung und Bürgerforum

Der andere Teil des gesamten Kommunikationsprozesses stellt die externe Kommunikation und Einbeziehung der Bürgerschaft dar.

Dieser Prozess wird in zwei Bereiche unterteilt, welche nachfolgend näher beschrieben werden:

Bürgerbeteiligung / Bürgerdialog

Das Ziel der Bürgerbeteiligung, auch Bürgerdialoge genannt, ist die Herstellung der Transparenz bezüglich des Entscheidungsfindungsprozesses und dessen Einflussfaktoren sowie die Unterstützung des Kreistages bei der Entscheidungsfindung durch Rückmeldungen der Bürgerschaft.

Insgesamt wurden in nachfolgenden vier Örtlichen Bürgerdialoge durchgeführt:

Schwäbisch Gmünd	Montag, 27.03.2023
Bopfingen	Dienstag, 28.03.2023
Aalen	Mittwoch, 29.03.2023
Ellwangen	Donnerstag, 30.03.2023

Bei den Veranstaltungen wurden durchschnittliche je Örtlichkeit etwa 100 Besucher verzeichnet.

Die Umsetzung erfolgte im persönlichen Dialog zwischen thematischen Fachexperten und Klinikmitarbeiter mit Bürgern. Es wurde informiert und Belange, Prüfaufträge und Bewertungen einzelner Bürger erhoben. Die Rückmeldungen der Bürgerschaft wurden themenbedingt in fünf Kategorien geclustert:

1. Notfallversorgung
2. Gesundheitsversorgung
3. Standort / Varianten
4. Sonstiges
5. Arbeitsbedingungen der Mitarbeiterschaft

Eine Zusammenfassung der Bürgerrückmeldungen findet sich in Anlage 5 dieses Konzeptes wieder. Die exakten Inhalte zu diesen Kategorien sind auf der Homepage der Kliniken OstalbgkAÖR für jeden Interessierten einsehbar:

Bürgerforum

Das Ziel der Bürgerforen ist ebenfalls wie bei den Bürgerdialogen die Herstellung der Transparenz bezüglich des Entscheidungsfindungsprozesses und dessen Einflussfaktoren. Das Bürgerforum mit Zufallsbürgern erweitert die Entscheidungsgrundlage des Kreistags und unterstützt die Experten bei der Erstellung des Zukunftskonzeptes. Die Ergebnisse aus dem Prozess finden genauso Gehör wie Expertenmeinungen, Gutachten sowie öffentlich bekannte Perspektiven verschiedener Menschen und Interessensgruppen im Kreis.

Es sollen möglichst vielfältige Sichtweisen und Bedürfnisse erhoben und sichtbar gemacht werden, die das Zukunftskonzept Kliniken Ostalb inhaltlich bereichern können. Es geht dabei nicht um eine Entscheidung. Die Gruppe ist nicht gewählt und spricht auf Basis ihrer lebensweltlichen Erfahrungen Empfehlungen aus. Diese müssen nicht einstimmig sein und können auch ein Empfehlungsbündel sein. Die Bürgerschaft soll sich nicht zu Gesundheitsexperten entwickeln, sondern ihre private Alltagsperspektiven und Bedarfe in den Prozess einbringen.

Bei diesem Prozess ist neben dem Kommunikationsbüro Ulmer auch die Servicestelle Bürgerbeteiligung des Staatsministerium BW beteiligt.

Die Servicestelle Bürgerbeteiligung setzt Qualitätsstandards, welche die Zufallsbürger rekrutiert und auswählt. Das Ziel ist, ein möglichst heterogenes Abbild der Demografie des Ostalbkreises in der Gruppe der Zufallsbürger widerzuspiegeln. Die Auswahlkriterien orientieren sich an Alter, Wohnort und Geschlecht.

Hinweis: Die Bürgerforen sind nicht repräsentativ im Sinne eines Bürgerentscheides und wollen es auch nicht sein.

Insgesamt werden 45 bis 50 Zufallsbürger aus dem gesamten Ostalbkreis ausgelost, welche an insgesamt fünf Terminen zu ausgewählten Fragen diskutieren. Die Fragen werden zum einen von den Arbeitsgruppen, die das Zukunftskonzept erstellen, erarbeitet. Zum anderen kann die Bürgerschaft weitere Themen einbringen und diskutieren. Eine Diskussionsgrundlage stellt zum Beispiel die Themenlandkarte aus dem Scoping dar, welche als Anlage 6 beigefügt ist.

Insgesamt finden 5 Sitzungen an folgenden Terminen statt:

Sitzung 1 [Online]	Donnerstag, 15.06.2023	18.00 Uhr bis 21.00 Uhr
Sitzung 2 [vor Ort]	Samstag, 24.06.2023	09.30 Uhr bis 17.00 Uhr
Sitzung 3 [Online]	Donnerstag, 06.07.2023	18.00 Uhr bis 21.00 Uhr
Sitzung 4 [Online]	Donnerstag, 13.07.2023	18.00 Uhr bis 21.00 Uhr
Sitzung 5 [vor Ort]	Samstag, 22.07.2023	09.30 Uhr bis 17.00 Uhr

18. Bewertung der Zielbilder

Im Kernteamtreffen am 16.06.2023 wurden die Zwischenergebnisse der Arbeitsgruppen vorgestellt und die Zielbilder bewertet. Hierbei haben sich die Teilnehmer mehrheitlich für das Zielbild 3 als das am besten geeignete ausgesprochen.

Äußerungen der Teilnehmenden zur Berücksichtigung in der Konzeption des Zielbildes 3:

- "Ich habe mir das Zukunftskonzept angesehen. Ich denke, das kann man so lassen. Ich sehe aber nicht das Personal, um an den Standorten Ellwangen und Schwäbisch Gmünd die Basisnotfallversorgung und die ganzen anderen Dinge vorzuhalten. Die Psychiatrie in Ellwangen zu verorten ist prima. Das MVZ und die Geriatrie sollten am Ort des Regionalversorgers sein, um die Wege kurz zu halten und Geräte und Personal optimal und flexibel zu nutzen. Dasselbe gilt für das Zentrum für Interventionen und Diagnostik in Schwäbisch Gmünd und die beiden Intensivstationen in Ellwangen und Schwäbisch Gmünd. Ambulantes operieren sollte ebenfalls am Zentrum erfolgen, um flexibel zu sein. Kurzum: Ein Regionalversorger mit allem drum und dran. An den Standorten Ellwangen und Schwäbisch Gmünd gerne Altenheime, Pflegeheime, Hausarztpraxen, evtl. KV-Notfallpraxen."
- "Ich denke, dass dieses Zielbild so auf jeden Fall gut passen könnte. Die Bündelung im Regionalversorger ist unabdingbar und die einzig sinnvolle Variante für eine bestmögliche und ganzheitliche Versorgung der Patienten. ..."
- "Schaffen wir personell zweimal Basisnotfallversorgung?"
- "Warum nicht KV Praxis in Ellwangen statt Basisnotfallversorgung?"
- "Erfolgreiche Finanzierung der Grundversorger schwierig"

19. Zielbildempfehlung zur weiteren Konkretisierung in der Konzeption

Zusammenfassend könnte die Gesundheitsversorgung im Ostalbkreis zukünftig nach dem Zielbild 3 der 3 Klinikstandorte im groben wie folgt aussehen könnte:

Kliniken Ostalb gkAöR

lokaler Grundversorger Schwäbisch Gmünd

- Notfallversorgung Basisstufe (INZ) mit Innere Medizin und Chirurgie
- Anästhesie
- Intensiv/IMC (3/3)
- Kurzliegerstation (20 Betten)
- MVZ mit niedergelassenen Ärzten
- Zentrum für ambulante Krebstherapie
- SAPV
- Altersmedizin (ambulant/stationär)
- interdisziplinäres ambulantes/stationäres OP-Zentrum
- Stauferrehabilitation (AHB) orthopädische Patienten
- Radiologie
- Telemedizin
- Zentralapotheke
- Kurzzeitpflege
- Pathologie
- Laborpraxis
- Betriebskindergarten
- ggf. Betriebspflegeeinrichtung für pflegende Angehörige
- ggf. denkbar: Geburtshilfe mit pädiatrischer Betreuung

Regionalversorger des Ostalbkreises

- Notfallstufe 3
- Intensivstation 20 Betten
- IMC
- Chest pain Unit
- Viszeralchirurgie
- Neurologie incl. Stroke unit
- Radiologie/ interventionelle Neuroradiologie
- Orthopädie (Endo Max)
- Unfallchirurgie
- Neurochirurgie
- Adipositaschirurgie
- Gefäß - und Thoraxchirurgie
- plastische Chirurgie
- Urologie
- Kardiologie
- Pneumologie (Ecmo)
- Palliativmedizin
- Gastroenterologie
- Akutgeriatrie
- allgemeine Innere Medizin mit Infektiologie
- Pädiatrie mit Neonatologie Level 1/2 Versorgung
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Anästhesie
- Psychosomatik
- Schmerztherapie
- ambulantes OP-Zentrum in einer separaten Einheit
- Rechenzentrum (IT)
- Kooperationen: Strahlentherapie, Dialyse, HNO, Augenheilkunde, Pathologie, MKG
- Kindergarten

lokaler Grundversorger Ellwangen

- Notfallversorgung Basisstufe (INZ) mit Innere Medizin und Chirurgie
- Anästhesie
- Intensiv/IMC (3/3)
- Kurzliegerstation (20 Betten)
- Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - somatik und Psychotherapie
- Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - somatik und Psychotherapie
- Institutsambulanz (PIA)
- **Zentrum für Altersmedizin**
- geriatrische Rehabilitation (AHB)
- geriatrische Tagesklinik
- geriatrische Institutsambulanz
- **Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung**
- Radiologie
- Laborpraxis
- interdisziplinäres ambulantes/stationäres OP-Zentrum
- Kurzzeitpflege
- ggf. Betriebspflegeeinrichtung für pflegende Angehörige
- Gesundheitsakademie

Digitale Vernetzung ambulant und stationär
Telemedizinische Versorgung durch den Regionalversorger
Zentrale Krankenhauslogistik von Materialien, Labor, Apotheke etc.

Lokaler Grundversorger Schwäbisch Gmünd

Notfallversorgung (INZ)	Zentrum für Interventionen und Diagnostik	Niedergelassener Bereich und Kooperationspartner	Sonstige Angebote
• Basisnotfallversorgung • ambulante KV Notfall-Praxis • Innere Medizin mit Geriatrie • Chirurgie • Kurzliegerstation (20 Betten)	• ambulantes Operieren • Funktionsdiagnostik • Intensivmedizin • IMC • Medikamentöse Interventionen	• Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin • Fachärzte (Beispiele) • Pädiatrie • Gynäkologie • Gastroenterologie • Hämatologie/Onkologie • Kardiologie • Orthopädie • Kooperationspartner • Pathologie Synlab • Nephrocare (Dialyse)	• Therapiezentrum • Kurzzeitpflege • orthopädische Reha • Sozialdienst • Hygiene • ambulantes Krebstherapiezentrum • ambulante Palliativmedizin (SAPV) • ggf. Geburtshilfe

Gemeinsame Nutzung der gesamten Infrastruktur
Telemedizinische Vernetzung mit dem Regionalversorger



Sekundärbereiche

Laborpraxis, Anästhesie, Radiologie (CT, MRT, EKG, Sono), Zentralapotheke, Betriebskindergarten

Regionalversorger des Ostalbkreises

Zentrale Notaufnahme

Notfallstufe 3

KV - Notfallpraxis

Aufnahmestation

Intensivstation 20 Betten

IMC

Chest pain Unit

regionales Traumazentrum

Diagnostische und interventionelle Radiologie und Neuroradiologie

chirurgische Fachbereiche

Viszeralchirurgie
Adipositaschirurgie

Gefäß - und Thoraxchirurgie

Unfallchirurgie
Orthopädie

plastische Chirurgie

Urologie

Gynäkologie

Neurochirurgie

Anästhesiologie

ambulantes OP-Zentrum

internistische Fachbereiche

Hämatologie
Onkologie

Kardiologie mit EPU

Gastroenterologie

Infektiologie

Pneumologie

Neurologie
Stroke Unit

Akutgeriatrie

Palliativmedizin

sonstige Fachbereiche

Gynäkologie und Geburtshilfe

Pädiatrie mit Neonatologie

Psychosomatik

multimodale Schmerztherapie

Therapiezentrum

Hygiene

Ambulanzen

Sozialdienst

Zentren

Onkologisches Zentrum mit allen Fachbereichen, EndoMax, Perinatalzentrum, Gefäßzentrum, Altersmedizin, Adipositaszentrum, regionales Traumazentrum

Kooperationen/Belegabteilungen

Strahlentherapie, MKG, HNO, Augen, Pathologie, Dialyse

Sekundärbereiche:

Zentrallabor, Rechenzentrum, Zentralverwaltung, Betriebskindergarten, Telemedizin, KH-Logistikzentrum, Hygiene, QM

Lokaler Grundversorger Ellwangen
(ambulant/stationäre Gesundheitsversorgung)

Notfallversorgung	Fachklinik für Kinder - und Jugendpsychiatrie, - somatik und Psychiatrie	Zentrum für Altersmedizin	Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung
• Basisnotfallstufe 1 • Innere Medizin/ Geriatric • Chirurgie • Kurzliegerstation • Intensivstation • Radiologie • Laborpraxis • Telemedizin mit Regionalversorger • Funktionsdiagnostik	• Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - somatik und Psychiatrie • Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - somatik und Psychiatrie • Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - somatik und Psychotherapie	• geriatrische Rehabilitation (AHB) • geriatrische Tagesklinik • geriatrische Institutsambulanz • Kurzzeitpflege	• Ernährung • Bewegung • Gesundheits- kommunikation • Präventionsmedizin • Therapiezentrum • Sozialdienst

Weitere Bereiche:

Belegärzte mit ambulanten Operieren (Kooperationspartner)
Dialyse (Nephrocare)
MVZ der Kliniken Ostalb mit Fachärzten und ggf. weitere Praxen
Gesundheitsakademie mit Skills Lab
Pflegeeinrichtung für pflegende Angehörige (betrieblich und Patienten)

Hier ist die Problematik der Notfallmedizin mit nur einer KV Notfallpraxis auch reduziert angeboten werden könnte. Derzeit lassen die rechtlichen Rahmenbedingungen für ein solches Modell nicht zu.

Übergangsmaßnahmen:

Die Übergangsmaßnahmen sind nur bedingt möglich umzusetzen, da vor allem die räumliche und personelle Infrastruktur der Kliniken Ostalb eine vorzeitige Bündelung es teilweise unmöglich in der Umsetzung machen. Eine personelle Fusion zweimal zu machen ist ebenso nicht abbildbar.

Aus der Konzeption ergeben sich nun einige Übergangsmaßnahmen in folgenden Bereichen:

Konzeptpunkt	Maßnahme	Bearbeitungsschritt	Ziel
Defizitreduzierung			
16.2.2.1	Zentrale Krankenhauslogistik	Beauftragung ca. 100 T€	Defizitreduzierung
16.2.2.2	Reduzierung des Materialverbrauchsverhalten	Beauftragung ca. 70 T€	Defizitreduzierung
16.2.2.3	Verbesserung der Erlöse	Ist laufend	Erhöhung der Einnahmen
Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel			
13.1	Station der Zukunft	Beauftragung Pflege	Prozessverbesserung
13.4	Lean Management	Beauftragung Pflege	Prozessverbesserung
16.2.1	Kampagnen	Beauftragte	Besetzung der unbesetzten Stellen
Notwendige Übergangsmaßnahmen zur Umsetzung des Zukunftskonzeptes			
5.2	Ambulantisierung	Schaffung effektiver ambulanter Strukturen	Möglichst Kostendeckende Abwicklung ambulanter Leistungen
5.3	Altersmedizin	Konzeption eines Übergangs zum Aufbau eines altersmedizinischen Zentrums in Ellwangen und Erhalt der Inneren Medizin in Ellwangen [Rentenbedingter Austritt]	Neuausrichtung der medizinischen Angebote am Standort Ellwangen
5.4	Neurologie	Prüfung des "Ein-Pforten-Prinzips" bei der Schlaganfallbehandlung	Qualitätsverbesserung
5.6	Neurochirurgie	OP-Kapazitäten und Ausbau des Fachbereiches	Steigerung der Erlöse

Konzept-punkt	Maßnahme	Bearbeitungsschritt	Ziel
5.7	Onkologische Versorgung	Termin OnkoZert mit anschließender Konzeption im Übergang und Zukunft	Erhalt und Aufbau der onkologischen Gesundheitsangebote
5.7	Urologie	Mit Ausscheiden des Chefarztes, Nachbesetzung durch einen leitenden Arzt und Erhalt der Urologie mit ggf. mobiler Robotik (HUGO) am Standort Ellwangen	Vorbereitung Fusion in Regionalversorger
5.9	Unfallchirurgie – und Orthopädie	Standortübergreifende Konzeption	Spezialisierung der Standorte
5.10	Kinderklinik/Pädiatrie	Fusion, falls personelle Vorgaben und Qualitätsvorgaben dies notwendig machen	Erhalt der Pädiatrie mit allen medizinischen Angeboten
5.11.	Ausbau von Bettenkapazitäten	Konzeption Innere Medizin	Strukturerweiterung und ggf. Ausbau von medizinischen Angeboten
5.12	Schließung Geburtshilfe Ellwangen	Sinkende Geburten/personelle Vorgaben	Schließung Geburtshilfe Ellwangen
8	Ausscheiden Dr. Nissen	Verhandlung Kooperation mit Dr. Görner incl. Aufbau Neuroradiologie	Qualitäts- und Erlösverbesserung
16.3	Baumaßnahmen im Übergang	- Fertigstellung der zentralen Notaufnahme in Muttlangen - Zentral OP Aalen - Zusammenführung Tagesklinik KJPP an Standort Ellwangen	Erhalt der medizinischen Leistungen
Prozessoptimierung			
11	Digitalisierung und Prozessverbesserung	Umsetzung KHZG und Weiterentwicklung zum Ziel Krankenhaus 4.0	Zufriedenheit Patient und Mitarbeiter Steigerung der Erlöse
13.3	Patientensteuerung der Zukunft	Beauftragung an die Pflege	Verbesserung der Prozessabläufe
16.2.2	Einführung eines effektiven Ressourcen - Management	Externe Beauftragung	Verbesserung der Prozessabläufe

20. Ausblick

Wenn Kreistag und Verwaltungsrat mit unserem Zielbildvorschlag einverstanden sind, erfolgt die weitere Konkretisierung des Zukunftskonzeptes sowie die Timeline für die Umsetzung der sich daraus ergebenden Übergangs- und Sofortmaßnahmen.

Zu prüfen sind im Rahmen der Notfallversorgung folgende Punkte:

- Machbarkeit der Notfallversorgung - Portalpraxis/Notfallpraxis/INZ...
- Vorhaltung der Unfallchirurgie hinsichtlich Notfallversorgung
- Definition, welche Fälle in welchem Haus behandelt werden können/sollen und welche nicht.
- Es gilt vor allem die präklinische Patientensteuerung zu optimieren und ganz transparent sowie eindeutig zu planen und zu gestalten.
- Konzeption einer engen Verknüpfung und transparenten Zusammenarbeit der 3 Häuser.
- Beim Bau des Regionalversorger ist zu berücksichtigen, dass dieser nicht zu klein geplant wird, falls dann im Laufe der Jahre die peripheren Häuser ggf. doch nicht mehr zu halten sein sollten.

Anlagen

Anlage 1 Eckpunktepapier Krankenhausreform

Anlage 2 Gesamtauswertung HCB

Anlage 3 Zielbilder

Anlage 4 Bau und Investitionen

Anlage 5 Bürgerbeteiligung

Anlage 6 Themenlandkarte

Eckpunktepapier

- Krankenhausreform -

Präambel

Mit der Krankenhausreform werden drei zentrale Ziele verfolgt: Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung. Es gilt, auch vor dem Hintergrund der Entwicklung der medizinischen und pflegerischen Fachkräftesituation in Deutschland eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen. Um diese Ziele zu erreichen, erhalten die Krankenhäuser künftig eine Vorhaltevergütung für Leistungsgruppen, die ihnen durch die Planungsbehörde der Länder zugewiesen wurden und deren Qualitätskriterien sie erfüllen. Die Qualitätsziele werden durch Leistungsgruppen und dafür hinterlegte Qualitätsvoraussetzungen erreicht. Ausgangspunkt sind die Vorarbeiten in NRW. Um die Qualitätsziele zu erreichen, ist auch eine bessere Transparenz der Krankenhausversorgung für die Patientinnen und Patienten notwendig. Dafür soll sich die Krankenhausversorgung an einer Einteilung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen (Leveln) orientieren. Diese dienen der Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten die Qualität über das Leistungsangebot des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland.

Die Erreichung dieser Reformziele erfolgt im Rahmen der bestehenden verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen; die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung verbleibt ausschließlich bei den Ländern. Unberührt bleibt insofern auch die primäre Verpflichtung der Länder zur Vorhaltung einer bedarfsgerechten Krankenhausstruktur sowie zur auskömmlichen Finanzierung der notwendigen Investitionen in diese Krankenhausstruktur. Zur ergänzenden Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen, die sich **unmittelbar** aus der Umsetzung dieser Krankenhausreform ergeben, wird **mit Inkrafttreten der Reformstufen** eine Verlängerung und Ergänzung des Krankenhausstrukturfonds **aus Mitteln von Bund und Ländern** angestrebt.

Alle nachfolgenden Eckpunkte stehen unter dem ausdrücklichen Vorbehalt einer zukünftigen finalen Gesamteinigung zwischen Bund und Ländern über die Grundstruktur einer Krankenhausreform. Eine solche Einigung umfasst auch die notwendige finanzielle Ausstattung durch Bund und Länder für den Transformationsprozess.

1. Begriffsdefinition Krankenhaus

Die Reform der Krankenhausfinanzierung gilt für zugelassene Krankenhäuser, die der Definition des § 108 SGB V unterfallen.

Um eine einheitliche Finanzierung und einheitliche Qualitätsstandards für alle bedarfsgerechten Krankenhäuser zu gewährleisten, soll der Anspruch auf Zahlung der Vorhaltevergütung für alle zugelassenen Krankenhäuser gelten, d. h. auch für Fachkliniken, Vertrags-, Bundeswehr- und BG-Krankenhäuser im Umfang ihrer Zulassung. Für diese gelten die ergänzenden Ausführungen übergreifend für alle nachfolgend formulierten Themenkomplexe der Krankenhausreform.

1.1. **Vertragskrankenhäuser**

Bei Vertragskrankenhäusern handelt es sich um Krankenhäuser, die durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 109 Absatz 1 SGB V zur Krankenhausbehandlung der GKV-Versicherten zugelassen sind. Da für Vertragskrankenhäuser dieselben Qualitätskriterien und im Wesentlichen dieselben Vergütungsregeln wie für andere zugelassene Krankenhäuser (Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan der Länder aufgenommen sind und Hochschulkliniken) gelten, wäre eine unterschiedliche Behandlung dieser Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausreform nicht sachgerecht.

1.2. **Bundeswehr- und BG-Krankenhäuser**

Bundeswehrkrankenhäuser sind medizinische Behandlungseinrichtungen der Bundeswehr mit dem besonderen Auftrag, die jederzeitige Abstellung von ärztlichem und nichtärztlichem Fachpersonal für Einsätze der Bundeswehr – einschließlich der Landes- und Bündnisverteidigung – sicherzustellen. Zudem sind die Bundeswehrkrankenhäuser zur GKV-Versorgung von Zivilpatientinnen und -patienten zugelassen. Für die zivile Versorgung verfügen die Bundeswehrkrankenhäuser über Versorgungsverträge oder sind als Plankrankenhäuser in die Krankenhauspläne der Länder aufgenommen.

Die BG Kliniken werden von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung vorgehalten. Sie haben den Auftrag, Versicherte nach einem Arbeits- oder Wegeunfall oder mit einer Berufskrankheit medizinisch zu versorgen. Auch durch Kooperationen miteinander sind BG Kliniken und Bundeswehrkrankenhäuser ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung insbesondere in der Unfall- und Notfallversorgung. Die BG Kliniken übernehmen regelmäßig einen Versorgungsauftrag (§ 108 Nr. 2 SGB V) für die Gesamtbevölkerung und stehen somit auch Personen im System der GKV und PKV offen. Hierzu sind BG Kliniken anteilig in den Krankenhausplänen der Länder berücksichtigt.

Infolge ihrer besonderen Versorgungsaufträge und ihrer Spezialisierung kommt den Bundeswehrkrankenhäusern und den BG Kliniken eine Sonderrolle im gesundheitlichen Versorgungssystem zu, die im Rahmen der Krankenhausreform berücksichtigt wird.

1.3. Fachkliniken

Fachkliniken sind in den Landeskrankenhausplänen ausgewiesene Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung oder Krankheitsgruppe spezialisiert haben und die in relevantem Umfang zur Behandlung in ihrem Spezialisierungsbereich beitragen.

Sie behandeln (auch) schwere, komplexe oder chronische Krankheitsbilder des Fachgebietes.

Bei Fachkliniken kann es sich nicht um Fachabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern handeln. Es können auch Krankenhäuser Fachkliniken sein, die spezifische Patientengruppen mit besonderen Bedarfen bzgl. der fachmedizinischen und pflegerischen Versorgung behandeln, z. B. Kinder und Jugendliche oder Menschen mit Behinderungen.

2. Vorhaltevergütung

Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung wird die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert.

Krankenhäuser erhalten temporär unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ihrer Leistungen eine in ihrer Höhe festgelegte Vorhaltevergütung.

2.1. Anwendungsbereich

Die bundesweit einheitlich gestaltete Systematik der Vorhaltefinanzierung bezieht sich nur auf Leistungen somatischer Krankenhäuser (außer auf Leistungen besonderer Einrichtungen gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG).

2.2. Keine Erhöhung des Erlösvolumens

Vorhaltekosten der Krankenhäuser werden bislang insbesondere im Rahmen der Fallpauschalen finanziert. Durch die Einführung der Vorhaltefinanzierung erfolgt eine neue Verteilung des bestehenden Erlösvolumens, ohne dass sich das Erlösvolumen durch die Einführung der Vorhaltevergütung insgesamt erhöht.

2.3. Herkunft der Mittel

Die Mittel für die Vorhaltefinanzierung werden dadurch generiert, dass die Fallpauschalen abgesenkt werden. Hierdurch wird der Anreiz auf eine möglichst hohe Fallzahl gesenkt. Die Absenkung erfolgt perspektivisch auf der Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen. Hierzu werden die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene gesetzlich verpflichtet, die tatsächlichen Vorhaltekosten der Krankenhausbehandlungen auf Basis der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu kalkulieren.

Da dies jedoch bereits eine Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen sowie der relevanten Qualitätskriterien voraussetzt, sollen – um den Krankenhäusern schnellstmöglich eine von der Leistungserbringung unabhängige Vorhaltevergütung zukommen zu lassen – die Vorhalteanteile zunächst normativ ermittelt werden. In einer Übergangsphase wird die Absenkung der Fallpauschalen daher pauschal um einen gesetzlich vorgegebenen, zunächst einheitlichen Vorhalteanteil (in Höhe eines erheblichen Teils der Vergütung; die Kosten für Pflegepersonal am Bett und Sachkosten werden vorher abgezogen) erfolgen. Alle anderen Entgeltarten (Zu-/Abschläge, Zusatzentgelte, krankenhausindividuelle Entgelte) bleiben im Kontext dieser Umstellung unberührt. **Änderungen sind hierbei im Zusammenhang mit Maßnahmen der Entbürokratisierung zu prüfen.**

Sofern die neuen gesetzlichen Vorgaben zum Jahresbeginn 2024 in Kraft treten, kann die Verlagerung der Vergütung durch Fallpauschalen auf Vorhaltepauschalen erstmalig für das Jahr 2025 erfolgen.

2.4. Pflegebudget

Die Ermittlung des Pflegebudgets bleibt unberührt. **Auch zukünftig werden die Personalkosten für die Pflege am Bett krankenhausindividuell nach dem Selbstkostendeckungsprinzip durch das Pflegebudget finanziert. Die Höhe der bereits heute im Fallpauschalenkatalog enthaltenen Pflegebewertungsrelationen wird durch die Einführung der Vorhaltevergütung nicht verändert.**

2.5. Vorhaltebewertungsrelationen

Die Vorhaltebewertungsrelationen ergeben sich aus der Absenkung der bisherigen aDRG um einen Vorhalteanteil. Eine Differenzierung des Vorhalteanteils nach Schweregraden und Leistungsmengen wird im weiteren Verfahren geprüft, wobei eine starre Verknüpfung an Fallzahlen ausgeschlossen wird. Für die Höhe des Vorhaltebudgets ist die bedarfsbezogene Zuweisung der Leistungsgruppen an die Krankenhäuser durch das Land maßgeblich. Eine landesspezifische Verteilung des Vorhaltebudgets soll berücksichtigt werden.

2.6. Ermittlung Vorhaltebudget

Das Vorhaltebudget eines Krankenhauses wird zunächst für eine budgetneutrale Phase auf Basis der Fallzahlen ermittelt. Mit der bedarfsbezogenen Zuweisung der Leistungsgruppen an die Krankenhäuser durch das Land wird das Vorhaltebudget unabhängig von der Zahl der erbrachten Fälle ermittelt.

2.7. Konvergenzphase

Um für die Krankenhäuser die finanziellen Veränderungen abzufedern, die sich aus der Anwendung der Leistungsgruppen ergeben, ist die Implementierung einer mehrjährigen Konvergenzphase vorgesehen. Krankenhäuser bekommen hierbei Planungssicherheit hinsichtlich der ihnen jeweils zur Verfügung stehenden Budgets.

2.8. Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung

Voraussetzung für die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit den Leistungsgruppen ist eine eindeutige Zuordnung aller Fälle zu Leistungsgruppen. Ab dem Jahr 2024 weisen die Länder den Krankenhäusern Leistungsgruppen, die sich zunächst neben einzelnen, fachlich gebotenen Ergänzungen an dem NRW-Modell orientieren, als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung zu. In den Jahren 2025 und 2026 erfolgt eine budgetneutrale Anwendung der Vorhaltebewertungsrelationen. Dies bedeutet, dass Krankenhäuser dieses neue Instrument der Vorhaltevergütung bereits bei ihrer Abrechnung anwenden, ohne dass sich hieraus Veränderungen für die Rechnungshöhe ergeben. In der Folge entfalten die Leistungsgruppen, zunächst im Rahmen einer mehrjährigen Konvergenzphase, finanzielle Wirkung auf die Vorhaltefinanzierung.

2.9. Qualitätskriterien

Voraussetzung für die Zahlung der Vorhaltevergütung für die zugewiesenen Leistungsgruppen ist die Einhaltung ihrer jeweiligen bundeseinheitlichen Qualitätskriterien.

2.10. Auszahlung des Vorhaltebudgets

Für die Finanzierung und die Auszahlung werden zur Begrenzung des bürokratischen Zusatzaufwands bereits etablierte Zahlungswege genutzt. Eine Einbindung des Bundesamtes für Soziale Sicherung unterbleibt. Um eine möglichst zeitnahe Auszahlung des Vorhaltebudgets zu erreichen, werden bei bestehendem krankenhausindividuellem Bedarf Aufschläge etabliert. Wird das Vorhaltebudget unterschritten, erfolgt innerhalb eines Korridors ein vollständiger Mindererlösausgleich.

3. Leistungsgruppen

Leistungsgruppen bilden medizinische Leistungen ab und dienen damit als Instrument einer leistungsdifferenzierten Krankenhausplanung. Durch die Festlegung und Fortentwicklung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen wird die Qualität der medizinischen Versorgung gestärkt. Unberührt davon bleiben Möglichkeiten für Länder, in der Fläche eine bedarfsnotwendige stationäre Versorgung sicherzustellen. Zugleich werden Leistungsgruppen als Kriterium für die Zuordnung einer Vorhaltevergütung genutzt.

3.1. Verfahren zur Definition und Zuordnung von Leistungsgruppen

Die Definition von Leistungsgruppen beinhaltet die Zuordnung von OPS und ICD-Kodes und die Festlegung von sachgerechten, bundeseinheitlichen Qualitätskriterien je Leistungsgruppe. Zu den Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe zählt nach dem Vorbild des NRW-Konzeptes auch die Festlegung von verwandten Leistungsgruppen, die ebenfalls an demselben Krankenhausstandort zu erbringen sind. Die Qualitätskriterien je Leistungsgruppe beziehen sich auf den jeweiligen Krankenhausstandort.

3.2. Erstmalige Definition und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen

Die erstmalige Definition der Leistungsgruppen erfolgt auf der Grundlage der in NRW eingeführten Leistungsgruppen zuzüglich ergänzender, fachlich gebotener Leistungsgruppen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) arbeiten unter Einbeziehung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Mitgliedern der Regierungskommission an einer Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen. Die fachlich-qualitative Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und deren Voraussetzungen bereiten weiterhin zentral die Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vor. Ein Gremium aus Vertreterinnen bzw. Vertretern der Länder sowie dem BMG erarbeiten auf dieser Basis den Entwurf einer Rechtsverordnung. Diese wird in der Folge vom BMG mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Die konkrete Entscheidung über die Definition und Festlegung von Leistungsgruppen sowie deren Qualitätskriterien verbleibt demnach beim Gesetz-/Verordnungsgeber und beinhaltet insoweit ein Mitentscheidungsrecht eine direkte Beteiligung der Länder bei Entstehung und Inkraftsetzung. Es werden nur somatische Leistungsgruppen definiert; die Integration des psychiatrischen und psychosomatischen Bereichs erfolgt nicht im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens.

3.3. Eindeutige Zuordnung von Behandlungsfällen

Jeder Behandlungsfall muss anhand des Abrechnungsdatensatzes eindeutig einer Leistungsgruppe zugeordnet werden.

3.4. Zuordnung von Leistungsgruppen

Die zuständige Landesbehörde weist den Krankenhäusern einzelne Leistungsgruppen per Bescheid zu. Voraussetzung hierfür ist, dass das Krankenhaus die Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllt, einschließlich der verwandten Leistungsgruppen, die an demselben Standort zu erbringen sind. Für Fachkliniken gelten Qualitätskriterien, die ihrem spezialisierten Leistungsangebot entsprechen. Die Zuordnung durch die Landesbehörde einschließlich der Einhaltung der entsprechenden Qualitätskriterien der Leistungsgruppe ist Voraussetzung für den Anspruch auf Zahlung der vorgesehenen Vorhaltevergütung.

Dem besonderen Versorgungsauftrag von Bundeswehr-Krankenhäusern und BG-Kliniken wird gesondert Rechnung getragen.

3.5. Prüfung der Qualitätskriterien für Leistungsgruppen

Das Vorliegen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen wird nach bundeseinheitlichen Vorgaben regelmäßig geprüft. Um bundeseinheitliche Prüfmaßstäbe sicherzustellen, übernimmt diese Aufgabe der Medizinische Dienst (MD). Die Frequenz der Prüfungen durch den MD sowie die konkrete Ausgestaltung der Folgen bei Nichterfüllung der Qualitätskriterien sind im weiteren Verfahren zu klären. Dabei soll nach Möglichkeit kein zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Krankenhäuser entstehen. [Position NRW: Möglichkeiten für abweichende Prüfmechanismen / -institutionen]

3.6. Einheitliche Ausnahmen zur Zuordnung von Leistungsgruppen

Neben der Zuordnung von Leistungsgruppen verbleiben Möglichkeiten für Länder, in der Fläche eine bedarfsnotwendige stationäre Versorgung sicherzustellen. So werden bundesweit einheitliche Kriterien entwickelt, nach denen Planungsbehörden Optionen erhalten, bedarfsnotwendige Leistungen auch Kliniken zuzuweisen, die nicht alle Vorgaben der Leistungsgruppe erfüllen. Diese Zuweisungen als Ausnahmen sollen grundsätzlich zeitlich befristet und deren Ergebnisse evaluiert werden.

4. Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level)

Um eine größere Transparenz über die Krankenhausversorgung für Patientinnen und Patienten zu erreichen, werden alle zugelassenen Krankenhäuser bundeseinheitlichen Versorgungsstufen, sogenannten Levels, zugeordnet. Die vorgesehene Vorhaltevergütung orientiert sich dabei an den Leistungsgruppen und nicht an der Levelzuordnung.

Auf allen Versorgungsstufen findet qualitativ hochwertige und für den jeweiligen Fall erforderliche und ausreichende Versorgung statt. Level I Krankenhäusern erwächst besondere Bedeutung als lokale Anlaufstellen, Level II Krankenhäusern bilden durch die Kombination bestimmter Leistungsgruppen das fachlich umfassende Rückgrat der allgemeinen Versorgung und der Notfallversorgung in Regionen und in Deutschland. Daneben ergänzen spezialisierte Fachkliniken das Versorgungsangebot. Level III Krankenhäuser bieten das breiteste und tiefste Spektrum für komplexe Versorgungsnotwendigkeiten und können spezifische Koordinationsaufgaben übernehmen.

4.1. Transparenz über Strukturqualität durch Level

Die Zuordnung zu einem Level erfolgt auf der Grundlage einer bundeseinheitlichen Definition der Level. Sie wird zur Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten über die Strukturqualität der stationären Versorgung veröffentlicht.

4.2. Definition der Level

Level werden bundeseinheitlich definiert. Maßgeblich für die Definition der Level sind zum einen die derzeit geltenden Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufenkonzept) und zum anderen das Maß, in dem Krankenhäusern Leistungsgruppen zugewiesen sind, deren Qualitätskriterien sie erfüllen. ~~Darüber hinaus können für ein Level weitere Mindeststrukturvoraussetzungen festgelegt werden.~~ Die genaue Ausgestaltung der Level-Mindeststrukturvoraussetzungen **als Folge der jeweiligen Strukturvoraussetzungen der zugrundeliegenden Leistungsgruppen** sowie die Frage, inwieweit diese auch im Verbund mit anderen Krankenhäusern erfüllt werden können, wird im weiteren Prozess gemeinsam abgestimmt und festgelegt. Die vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und des technologischen Fortschritts erforderliche systemische Weiterentwicklung der ~~Level~~-Mindeststrukturvoraussetzungen erfolgt im gleichen Verfahren und unter Berücksichtigung der Erfahrungen aufgrund der Umsetzung durch die Länder.

4.3. Zuordnung der Krankenhäuser zu Leveln

Die Zuordnung der Krankenhäuser zu Leveln erfolgt **über die unmittelbare Zuordnung von Leistungsgruppen** durch die Planungsbehörden der Länder auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Definition der Level. Die Länder haben die Möglichkeit, anstelle einer Zuordnung zu den bundeseinheitlichen Leveln eine Zuordnung zu äquivalenten Versorgungsstufen vorzunehmen. Bei Krankenhäusern, die nicht einem bundeseinheitlichen Level zugeordnet worden sind, wird zur Erreichung des Transparenzzwecks eine Levelzuordnung auf Basis der Leistungsgruppenzuweisungen und der damit verbundenen Vorhaltevergütung simuliert und in der bundesweiten Veröffentlichung entsprechend gekennzeichnet. Außerdem werden im SGB V Regelungen zur Verbesserung der Transparenz des stationären Leistungsgeschehens geschaffen, denen ebenfalls die bundeseinheitlichen Level zu Grunde gelegt werden.

4.4. Überregionale Koordination

Für eine effiziente Versorgung können insbesondere Krankenhäuser, die die Mindeststrukturvoraussetzungen des **höchsten Levels III** erfüllen, Aufgaben der überregionalen Koordination übernehmen. Der konkrete Inhalt dieser Aufgaben ist im weiteren Verfahren zu präzisieren.

5. Sektorenübergreifende Konzepte („Level II“)

Den Krankenhäusern des Levels II **sind Plankrankenhäuser nach § 108 Nummer 2 SGB V, denen** eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zukommt. Sie verbinden stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung

wohnortnah sowohl mit ambulanten fachärztlichen Leistungen als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen und zeichnen sich durch eine enge Zusammenarbeit mit anderen weiteren Leistungserbringern im Bereich der gesundheitlichen Versorgung aus. Die Standorte der Level Ii-Krankenhäuser sollen wesentlicher Bestandteil in der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung sowie weiterer Gesundheitsberufe sein. Im Verbund mit anderen Kliniken sollen sie eine zentrale Rolle in der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal bekommen. Ihre Attraktivität als Arbeitgeber soll darüber hinaus durch eine weitgehende Entbürokratisierung der Versorgung in dieser Stufe erhöht werden. Mit dem Level Ii steht ein weiteres Werkzeug im Instrumentenkasten der ärztlichen und pflegerischen Vor-Ort-Versorgung in Deutschland zur Verfügung. Zudem sind Level Ii-Krankenhäuser perspektivisch gut geeignet für die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsleistungen sowie Case Management.

5.1. Zuweisungsvoraussetzungen für Level Ii

Der Versorgungsstufe Level Ii können diejenigen Krankenhäuser zugeordnet werden, die weder die Voraussetzungen des Levels In noch die Voraussetzungen der Level F (vgl. 1.3.), Level II oder III bzw. IIIU erfüllen. Sie können nicht dadurch entstehen, dass aus Krankenhäusern eines höheren Levels Teilbereiche abgetrennt werden, die dann formal die Kriterien für ein Level Ii-Krankenhaus erfüllen.

5.2. Planungshoheit der Länder

Die Länder entscheiden im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung, welchen Krankenhäusern, die ab Inkrafttreten der Krankenhausreform definitiv dem Level Ii zuzuordnen sind, tatsächlich das Level Ii zugewiesen wird.

Dem Level Ii können grundsätzlich nur bestehende Krankenhäuser zugeordnet werden; Ausnahmen von diesem Grundsatz sind nur möglich, wenn dies zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung unabdingbar ist. Es besteht kein Anspruch, als Level Ii-Klinik in den Krankenhausplan aufgenommen zu werden.

5.3. Krankenhausdefinition

Grundsätzlich gelten auch für Level Ii-Krankenhäuser die Voraussetzungen der Definition eines Krankenhauses gemäß § 107 Absatz 1 SGB V. Fachlich-medizinisch stehen Level Ii-Krankenhäuser weiterhin unter ständiger ärztlicher Leitung; seitens der pflegerischen Leitung besteht keinerlei fachliche Weisungsbefugnis gegenüber dem ärztlichen Personal. Zur Führung der Geschäfte der Level Ii-Krankenhäuser kann jedoch eine pflegerische Leitung vorgesehen werden. Gegebenenfalls notwendige Anpassungen oder Ergänzungen der Krankenhausdefinition im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V werden im Gesetzgebungsverfahren entsprechend berücksichtigt.

5.4. Leistungsgegenstand

Um den Leistungsumfang der Level Ii-Krankenhäuser zu bestimmen, wird bundesgesetzlich ein Katalog von Leistungen definiert, die zukünftig nicht von Level Ii-Krankenhäusern erbracht werden dürfen. Im Umkehrschluss ergibt sich hieraus der Leistungsrahmen, der für die Level Ii-Krankenhäuser maximal zur stationären Versorgung zur Verfügung steht. Neben der allgemeinen stationären Behandlung (mindestens Innere Medizin, Chirurgie oder Allgemeinmedizin) sollen Level Ii-Krankenhäuser beispielsweise folgende Leistungen erbringen können:

- Ambulante Leistungen aufgrund einer vertragsärztlichen Ermächtigung,
- Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V,
- Leistungen nach 115f SGB V (Hybrid-DRGs),
- belegärztliche Leistungen,
- Leistungen der Pflege nach SGB V oder SGB XI (mit Ausnahme der stationären Langzeitpflege), insbesondere Übergangspflege nach § 39e SGB V und Kurzzeitpflege.

Bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung in Level Ii-Krankenhäusern sollen die bestehenden Möglichkeiten der Telemedizin (etwa Telekonsile, telemedizinische Fallbesprechungen) genutzt werden, um die entsprechenden Leistungen erbringen zu können. Innerhalb dieses Leistungsrahmens sowie unter Beachtung etwaiger Festlegungen der Krankenhaus-Planungsbehörden und der Zulassungsausschüsse wird der konkrete Leistungsgegenstand und der Leistungsumfang des jeweiligen Level Ii-Krankenhauses durch Verhandlungen auf Ortsebene vereinbart. Im Fall der Nichteinigung wird die Vereinbarung durch die Landesschiedsstelle nach § 18a KHG ersetzt. Die Vereinbarung und die Festsetzung durch die Landesschiedsstelle bedürfen der Zustimmung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde.

Es ist sicherzustellen, dass Level Ii-Häuser Leistungen nur dann erbringen können, wenn sie die für die jeweilige Leistung festgelegten Qualitätskriterien erfüllen.

Level Ii-Krankenhäuser nehmen nicht an der Notfallversorgung im Sinne des G-BA Notfallstufenkonzepts teil und werden damit grundsätzlich nicht vom Rettungsdienst angefahren; die allgemeinen Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall bleiben davon jedoch ebenso unberührt wie die Möglichkeit zur Durchführung ambulanter Akutbehandlungen und Akutaufnahmen.

5.5. Vergütung

Die Vergütung der Level Ii-Krankenhäuser besteht aus einem Finanzierungsmix. Neben der Vergütung für stationär erbrachte Leistungen über Tagespauschalen werden die sonstigen von den Level Ii-Krankenhäusern erbrachten Leistungen (z.B. ambulante Leistungen nach §§ 115b und 115f SGB V, Übergangspflege nach § 39e SGB V) nach den für sie geltenden Vergütungsregelungen abgerechnet.

Perspektivisch soll eine sektorenübergreifende Vergütung erreicht werden.

Bis dahin erhalten die Vertragsparteien auf Ortsebene für die von einem Level II-Krankenhaus – innerhalb des vom Land zugewiesenen Versorgungsauftrags – erbrachten stationären Leistungen den Auftrag zur kurzfristigen Vereinbarung eines krankenhausindividuellen Tagessatzes sowie dessen Degression. Sofern dies für eine sachgerechte Vergütung der erbrachten Leistungen erforderlich ist, können die Vertragsparteien vor Ort mehrere Tagespauschalen vereinbaren.

Die Ausgestaltung der Vergütung soll das Interesse der Patientinnen und Patienten an einer wohnortnahen Behandlung sowie die Notwendigkeit der Schaffung von Verlegungsmöglichkeiten unterstützen, aber auch das Wirtschaftlichkeitsgebot berücksichtigen sowie Fehlanreize vermeiden.

Im Tagessatz sind die Kosten des Krankenhauses für die stationäre Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu berücksichtigen. Der Tagessatz umfasst darüber hinaus auch den Leistungserbringeranteil von an dem Level II-Krankenhaus festgestellten Ärztinnen und Ärzten.

Ferner vereinbaren die Vertragsparteien auf Ortsebene einen verringerten krankenhausindividuellen Behandlungstagesatz bei Leistungserbringung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Für den Leistungserbringungsanteil, der durch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen oder Ärzte erbracht wird, gilt grundsätzlich der mit dem gemäß § 87a Abs. 2 SGB V vereinbarten Punktwert bewertete ärztliche Leistungsanteil der jeweiligen EBM-Gebührenordnungsposition. Privatärztliche Leistungen werden durch die niedergelassenen Ärzte auf Grundlage der GÖA berechnet. Bei Nichteinigung über die Höhe der Tagessätze entscheidet die Landesschiedsstelle nach § 18a KHG. Zur sachgerechten Kostenabbildung ist eine regelhafte Neuvereinbarung der o.g. krankenhausindividuellen Tagessätze entsprechend Leistungsinhalt und -umfang vorzusehen.

5.6. Übergangszeitraum

Bis zur Ausweisung durch die Länder (vgl. 5.2.) erfolgt zunächst eine Teilnahme an der Vergütungssystematik, die für Krankenhäuser der anderen Level gelten soll. Anschließend kommen krankenhausindividuelle Tagessätze zur Anwendung.

5.7. Investitionskostenförderung

Level II-Krankenhäuser haben für ihre stationär erbrachten Leistungen Anspruch auf Förderung ihrer Investitionskosten, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und in das Investitionsprogramm aufgenommen.



Ausgangslage: Analyse medizinische Entwicklung der Kliniken Ostalb

20. März 2023

Annika Emde, Mike Angelkorte, Claudia Rösen, Dr. Sven Lueke

Projektziel

Darstellung der **medizinischen IST-Situation** der Kliniken Ostalb und Erstellung einer **Prognose** des Leistungsspektrums bis zum Jahr **2035**.



Agenda



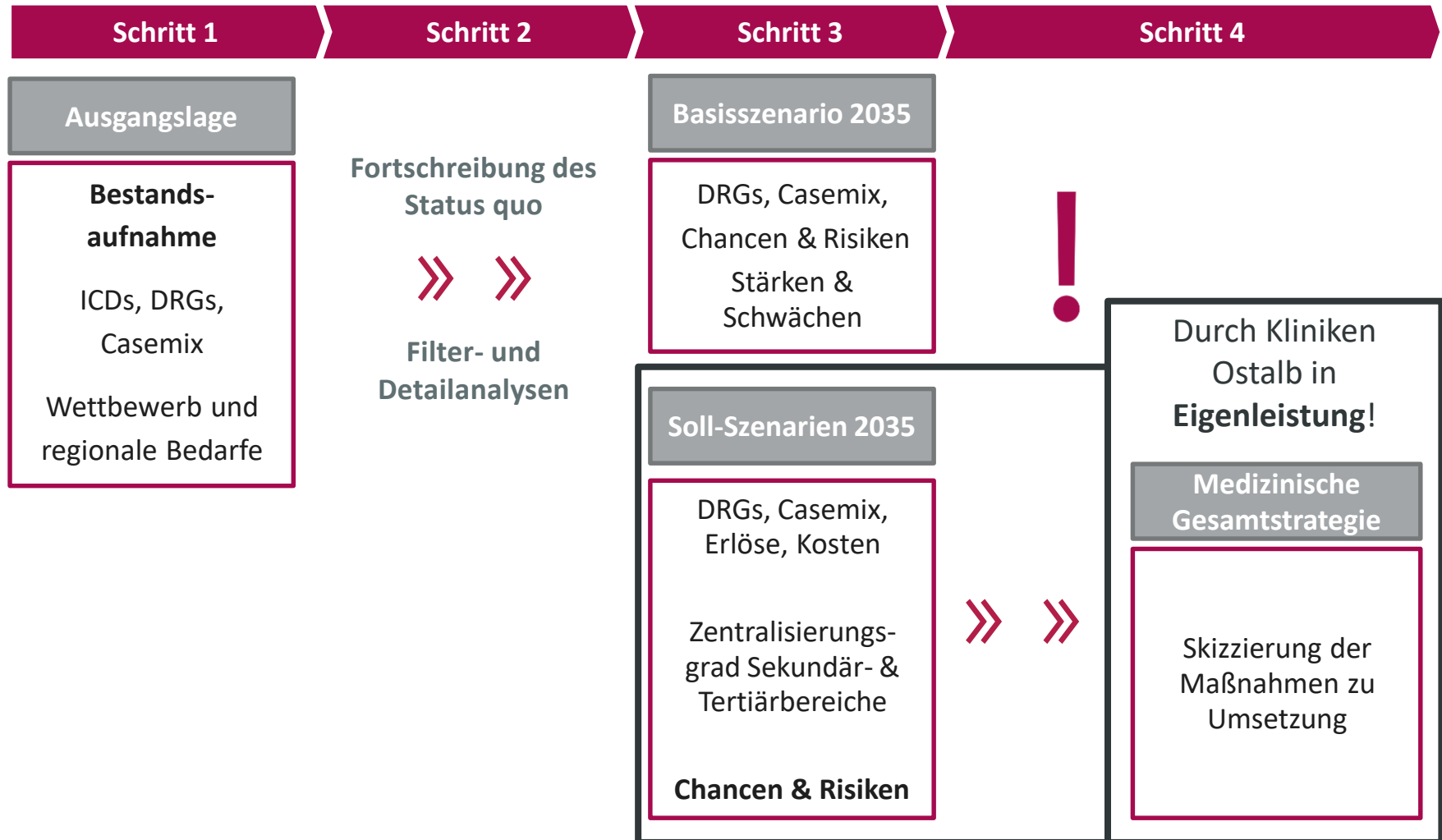
Methodik

Zusammenfassung Kliniken Ostalb

- Ausgangslage Standort Aalen
- Ausgangslage Mutlangen
- Ausgangslage Ellwangen

Einzelanalysen der Fachabteilungen pro Standort

Erarbeitung der medizinischen Strategie



Harmonisierung der Datengrundlage für Vergleichsanalyse notwendig

Übersicht

	§21-er Daten		QB-Daten
	DRG	PEPP	
Top ICDs Top DRGs	2019, 2020, 2021, 2022	2019, 2020, 2021, 2023	2019
Einzugsgebiete	2021	2021	2019
Delta Einzugsgebiete	2019, 2021	2019, 2021	2019
Marktanteile	2019, 2021	2019, 2021	2019
Konkurrenzanalyse	2021	2021	2019
Szenarien	2021	2021	
SWOT-Analyse	2019, 2020, 2021, 2022	2019, 2020, 2021, 2022	



Wichtiger Hinweis für Standort Mutlangen:

Für **Analysen mit Zeitreihenvergleichen**, musste eine **übergeordnete Fachabteilungsebene** erzeugt werden.

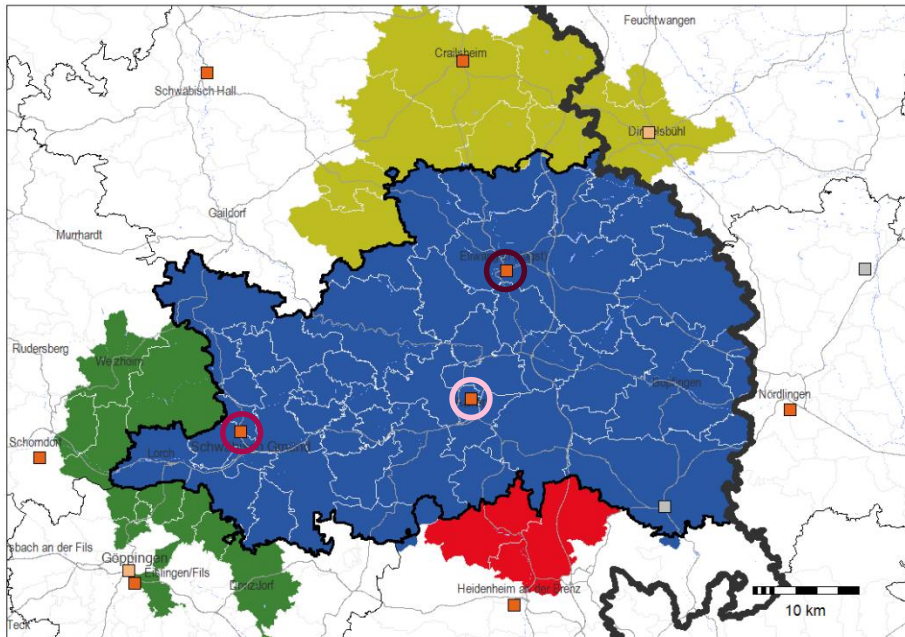
Das betrifft:

- Aggregation der **Schwerpunkte** der **Inneren Medizin** – Kardiologie, Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie und Schlaganfall **zu einer Inneren Medizin**.
- Aggregation **Allgemeine Chirurgie** und **Gefäßchirurgie** **innerhalb** der **Allgemeinen Chirurgie**.
- Aggregation Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu einer Fachabteilung.

Notwendigkeit gegeben, da es **2022 unterjährig** eine **neue Fachabteilungsaufschlüsselung** gab. **Ohne** dieses künstliche **Eingreifen** wäre die **Vergleichbarkeit** innerhalb bestimmter Analysen **nicht** möglich gewesen. Dieses **Vorgehen** wurde **mit dem Auftraggeber** im Vorfeld der Analysen **abgestimmt**.

Statistische Ermittlung der Marktanteile im Standortumkreis

Fallpotenzial nach Marktbereich



PLZ-Zonen je Marktbereich (Beispiel Top 30 ICDs):

- | | |
|--|--|
| Ostalbkreis | Klinikum Ostalbk Aalen |
| Zusätzliche Gebiete mit 30 min Erreichbarkeit um Aalen | Stauferklinikum Mutlangen |
| um Mutlangen | St. Anna Ellwangen |
| um Ellwangen | Ostalbkreis |

Methodik

Leistung: Auswahl von relevanten ICDs/OPS der Abteilung oder Leistungsbereiche und des Marktes

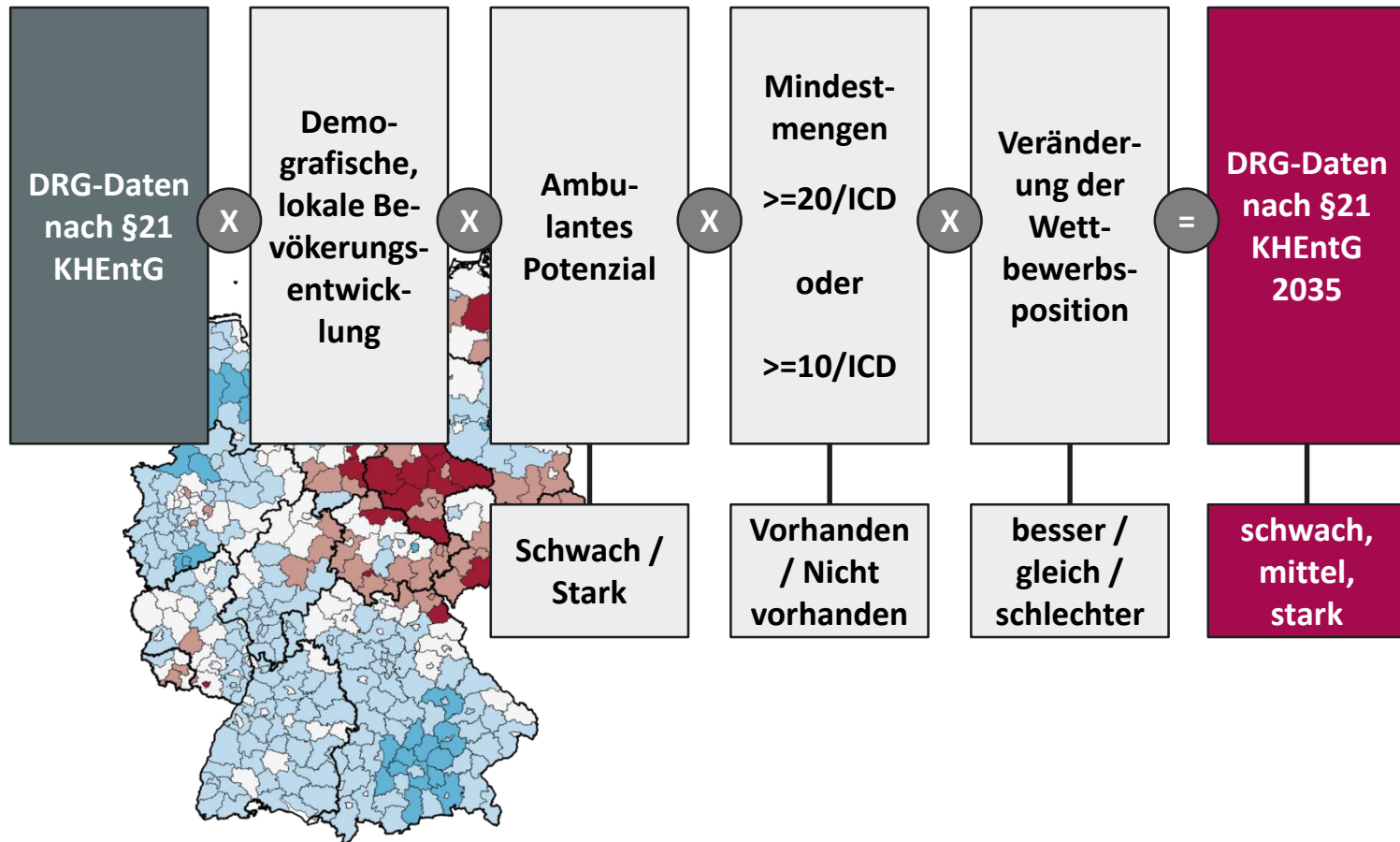
Zielmarkt: Ostalbkreis und umliegende Regionen mit 30 Minuten Erreichbarkeit um die Standorte

Methode: Je ICD/OPS Abgleich der eigenen Fallzahlen (2021) mit **statistisch zu erwartenden Fallzahlen im Umkreis** (aufgrund Krankenhaus-häufigkeit (2019))

Ergebnis: Marktanteile und Fallpotenziale je ICD/OPS und PLZ

DRG-Leistungsprognose bis 2035

... berücksichtigt neben lokaler Demografie weitere Einflussfaktoren



Verschiedene Cases (Best, Medium, Worst Case) für 2035

Definition der Cases zur Projektion der Leistungsmengen

Best Case		Medium Case		Worst Case	
 Demografische Entwicklung	Aktiviert	 Demografische Entwicklung	Aktiviert	 Demografische Entwicklung	Aktiviert
 Ambulantes Potenzial	„Mild“	 Ambulantes Potenzial	„Mild“	 Ambulantes Potenzial	„Scharf“
 Mindestmengen	keine	 Mindestmengen	> 10	 Mindestmengen	> 20
 Wettbewerbsposition	+ 1% p.a.	 Wettbewerbsposition	keine	 Wettbewerbsposition	- 1% p.a.
 VWD-Rückgang	90% MVD FPK ⁽¹⁾	 VWD-Rückgang	90% MVD FPK ⁽¹⁾	 VWD-Rückgang	90% MVD FPK ⁽¹⁾

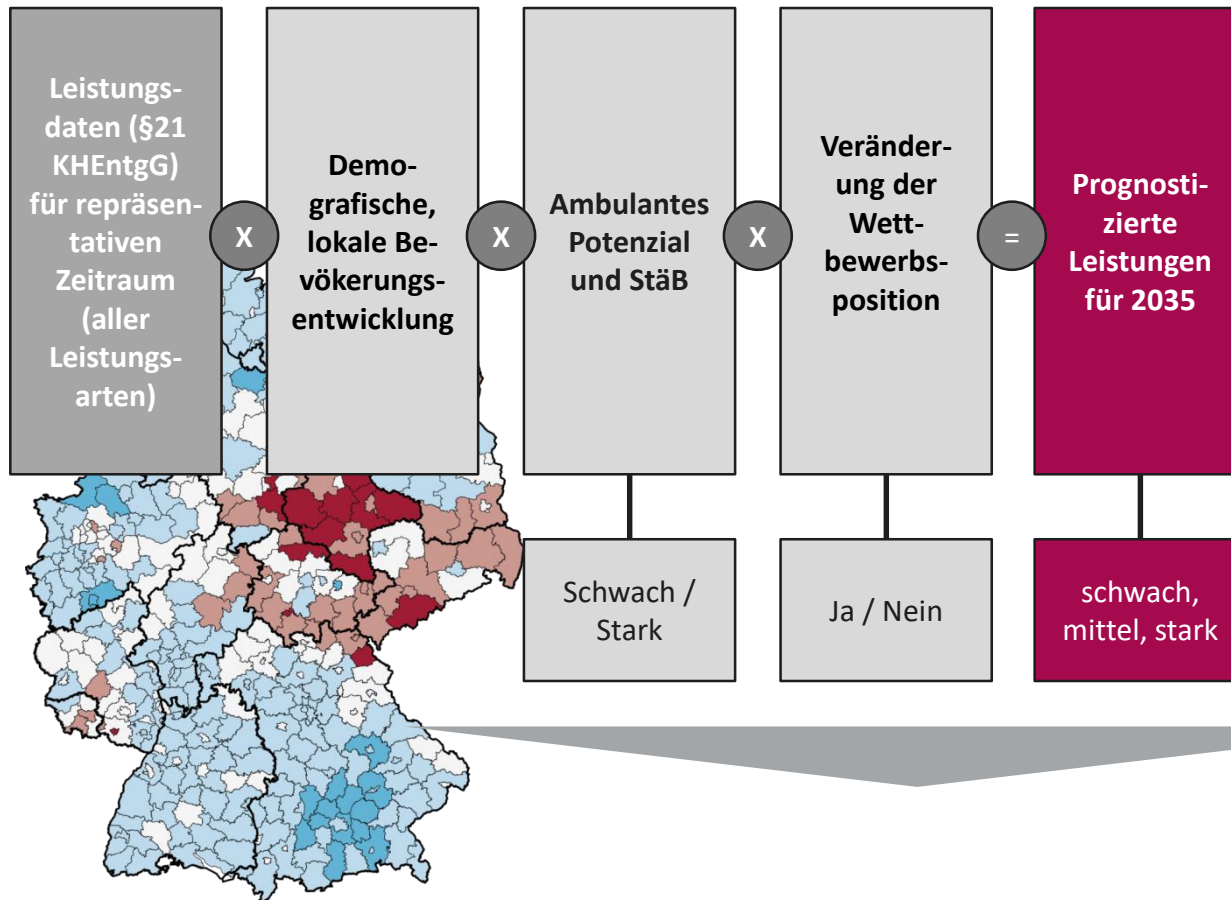
(1) Reduktion der MVD nach FPK gemäß der Entwicklung der vergangenen Jahre

Anmerkung: Die Filter „Mindestmengen“ wird nicht für Notfälle verwendet, der Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Budgetierung wird nicht berücksichtigt. VWD = Verweildauer. FPK = Fallpauschalenkatalog

Quelle: hcb

PEPP Prognosemodell bis 2035

... berücksichtigt neben lokaler Demografie weitere Einflussfaktoren



Verschiedene Cases (Best, Medium, Worst Case) für 2035

Agenda



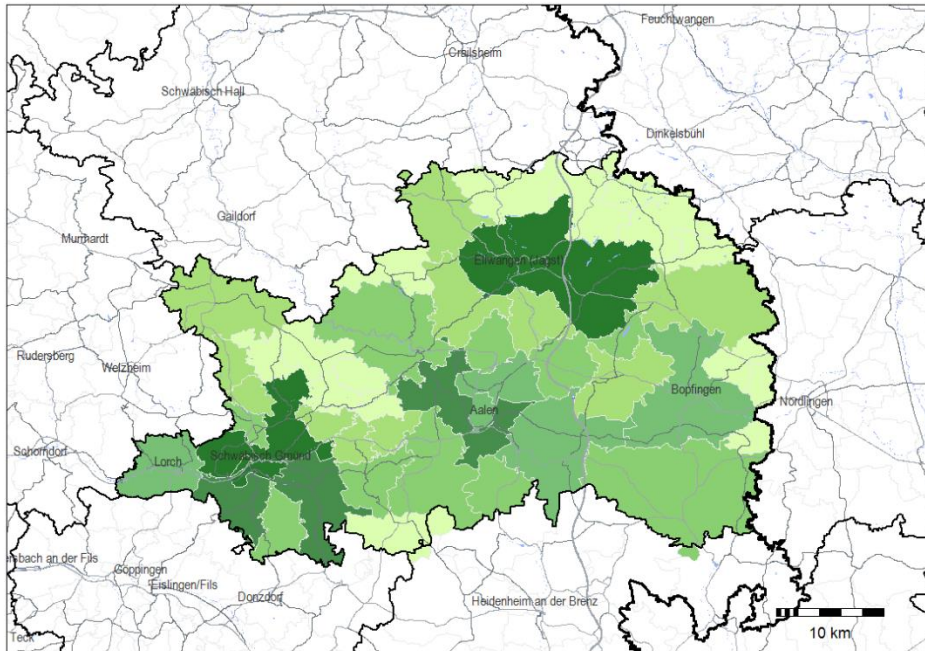
Methodik

Zusammenfassung Kliniken Ostalb

- Ausgangslage Standort Aalen
- Ausgangslage Mutlangen
- Ausgangslage Ellwangen

Einzelanalysen der Fachabteilungen pro Standort

Ostalbkreis: drei Große Kreisstädte und rund 315.000 Einwohner



Landkreis Ostalbkreis

Bevölkerung: 315.009 (Stand: 2021)

Bevölkerungsdichte: 208 Einwohner/km² (DE: 233 E/km²)

Fläche: 1.511 km²

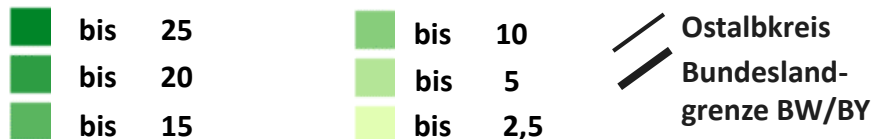
Region: Ostwürttemberg (mit LK Heidenheim)

Große Kreisstädte: Aalen, Ellwangen, Schwäbisch Gmünd

Medizinische Versorgung:

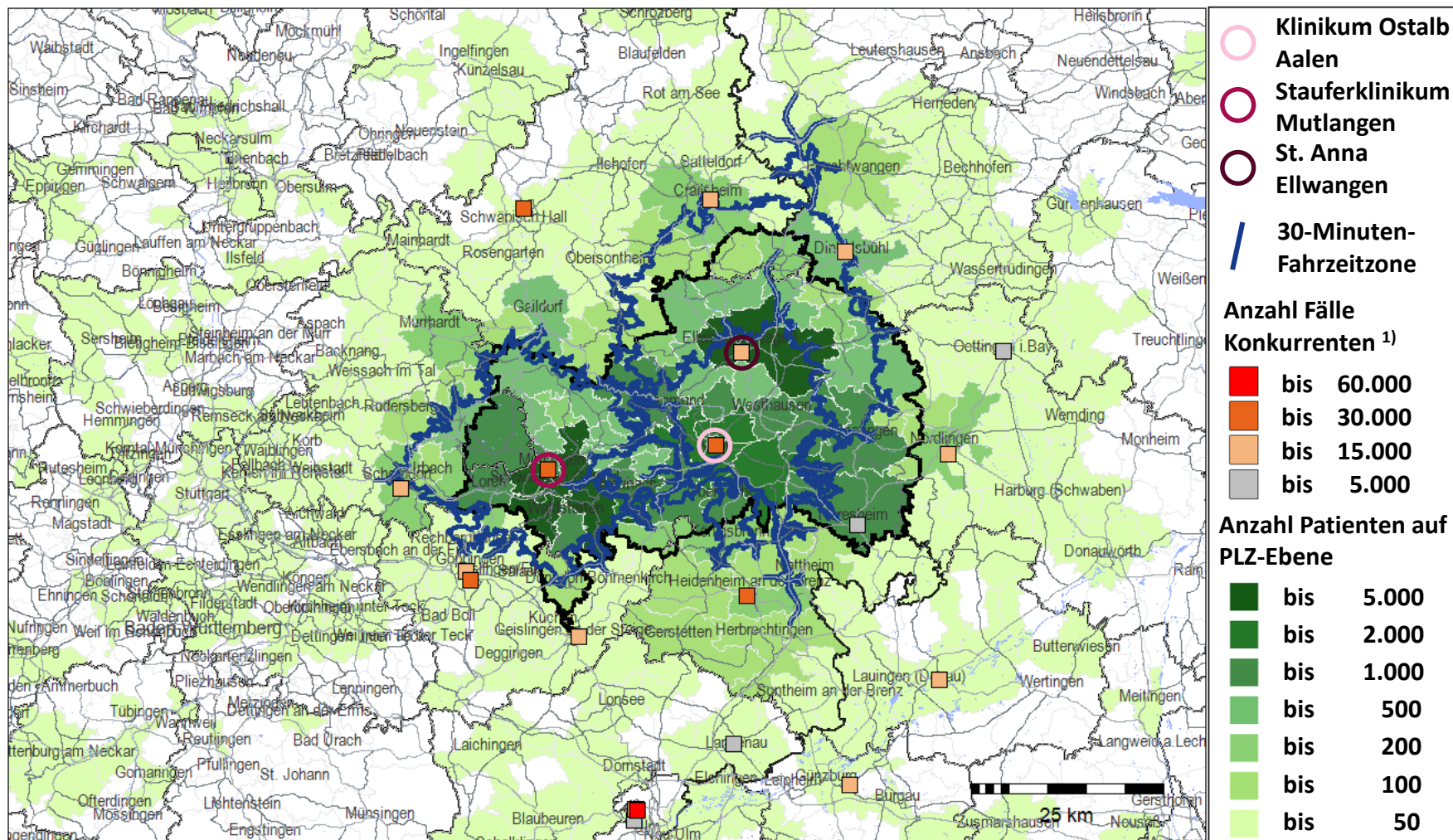
- Ostalb-Klinikum Aalen (399 Betten)
- St. Anna-Virngrund-Klinik Ellwangen (242 Betten)
- Stauferklinikum Mutlangen (401 Betten)
- 5 weitere medizinische Einrichtungen

Anzahl Einwohner in Tausend auf PLZ-Ebene



Einzugsgebiete innerhalb des Ostalbkreises fallzahlstark, reicht über Landkreisgrenze hinaus

100% Einzugsgebiet - Verbund

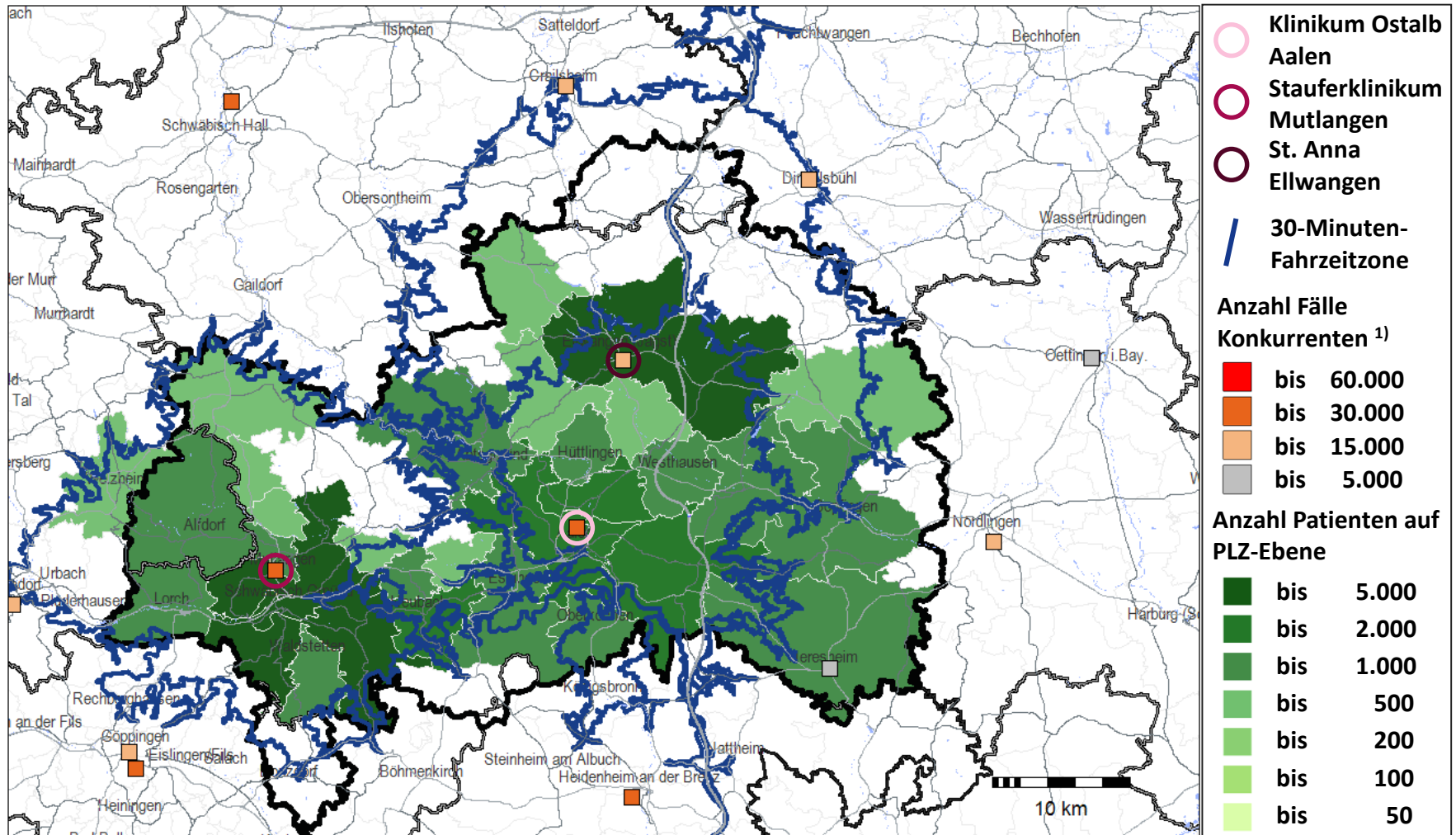


1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Die Kerneinzugsgebiete der Standorte liegen im Landkreis und konzentrieren sich im nahen Klinikumfeld

80% Einzugsgebiet - Verbund

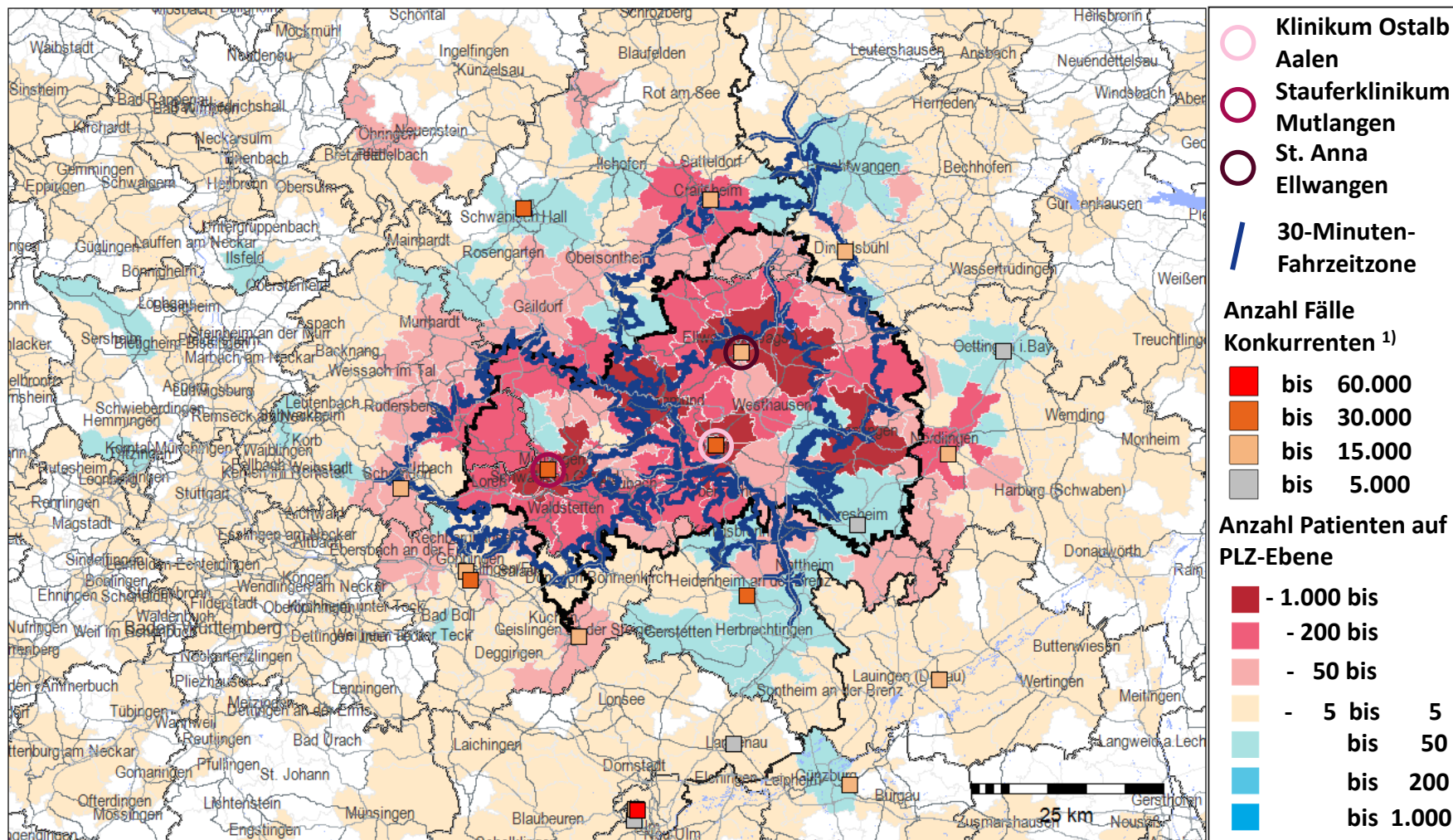


1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Viele Fallzahlverluste im Ostalbkreis, Fallzahlgewinne punktuell eher außerhalb des Landkreises zu verzeichnen

Delta 2019-2021 - Verbund



1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb 2019, 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Agenda



Methodik

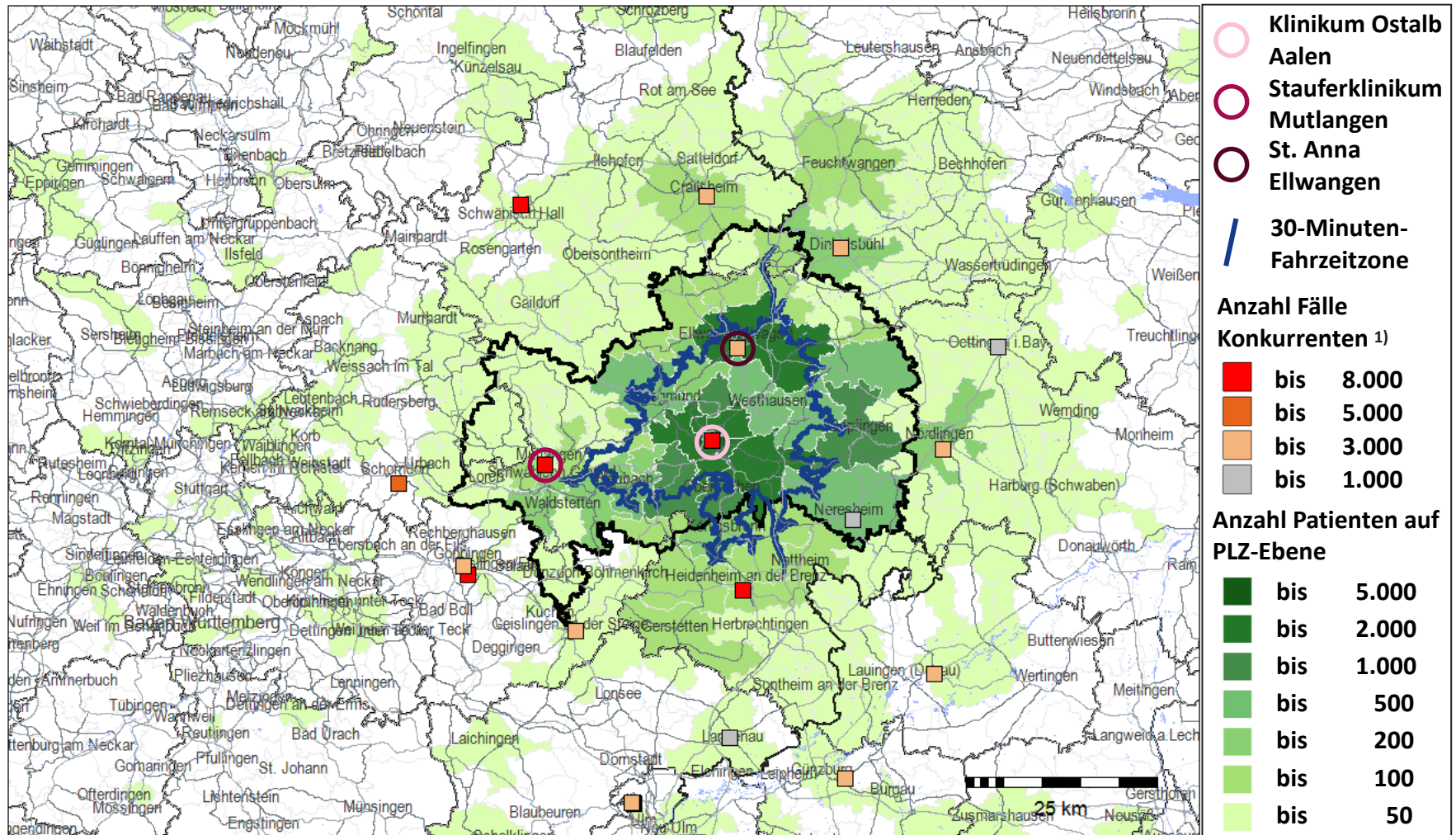
Zusammenfassung Kliniken Ostalb

- Ausgangslage Standort Aalen
- Ausgangslage Mutlangen
- Ausgangslage Ellwangen

Einzelanalysen der Fachabteilungen pro Standort

Einzugsgebiet reicht über die 30 Minuten Fahrzeitzone und die Landkreisgrenze hinaus

100% Einzugsgebiet - Gesamthaus, Aalen

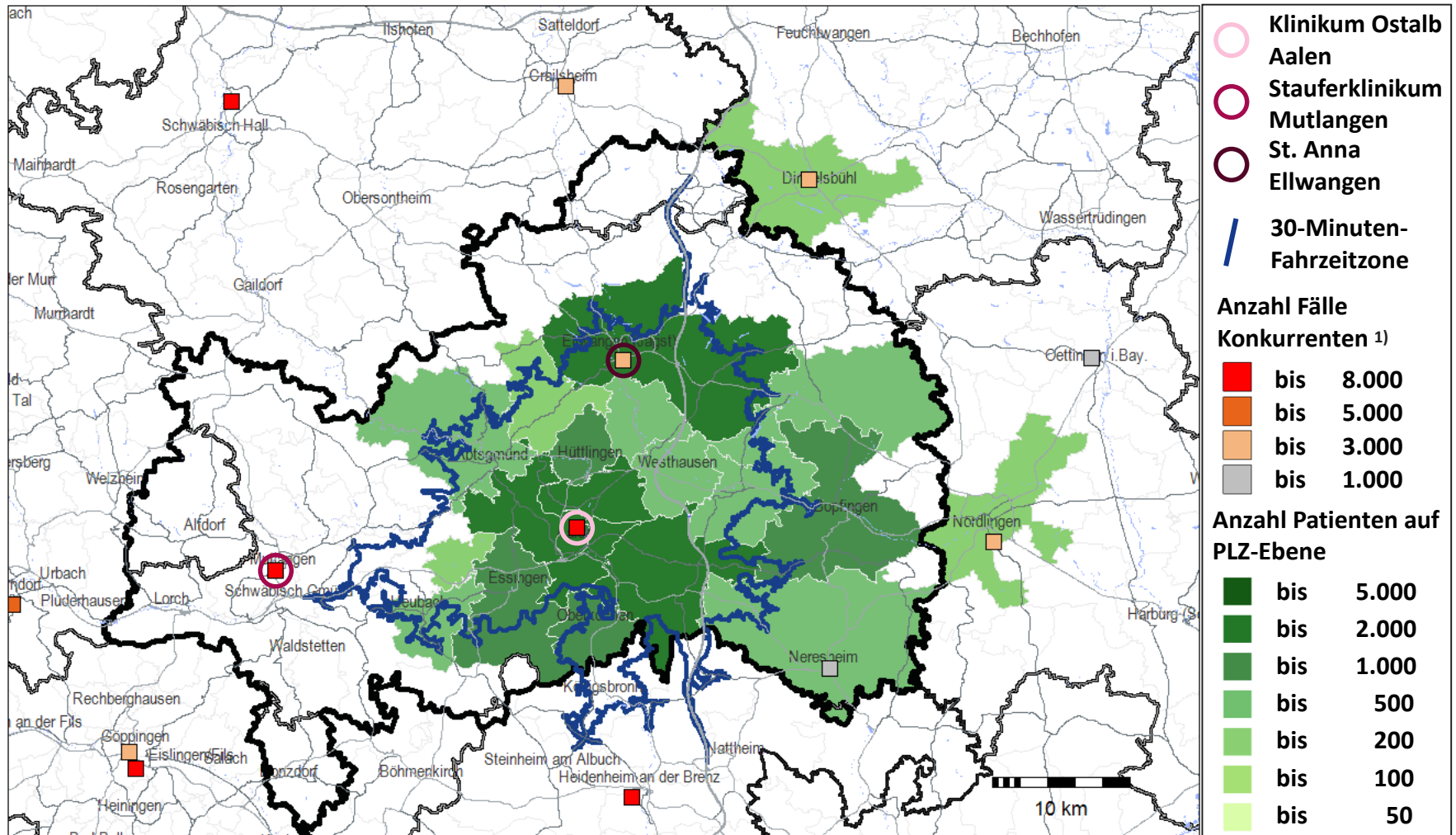


1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Aalen 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Kerneinzugsgebiet orientiert sich an 30 Minuten Fahrzeitzone und reicht bis zur östlichen Kreisgrenze

80% Einzugsgebiet - Gesamthaus, Aalen

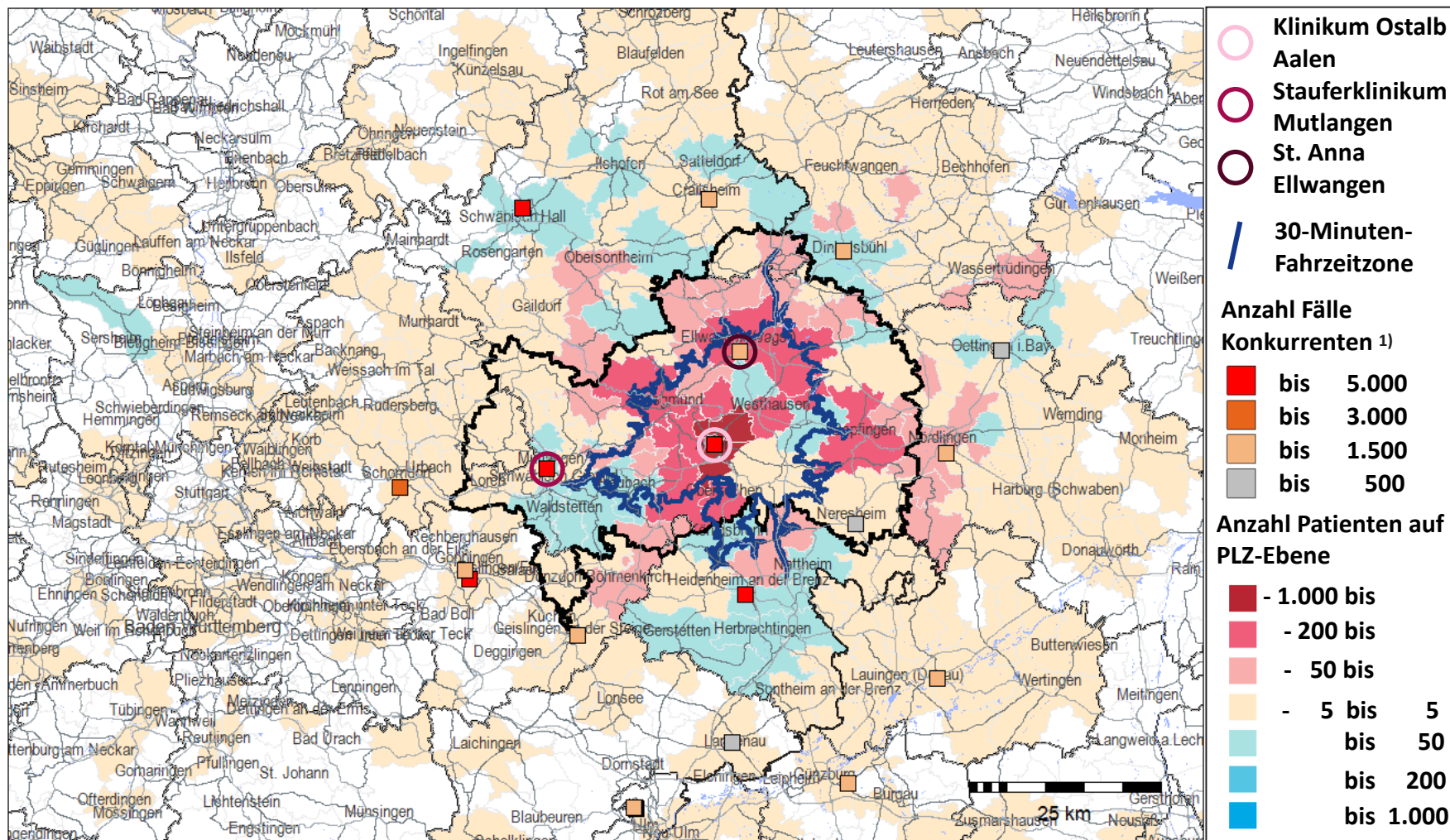


1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Aalen 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Viele Fallzahlverluste im direkten Standortumfeld und um Ellwangen, Fallzahlgewinne um Mutlangen und außerhalb des Ostalbkreises

Delta 2019-2021 - Gesamthaus, Aalen



1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Aalen 2019, 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Rückläufige Fallzahlen und Case Mix in fast allen Fachabteilungen

Gesamthaus

Fachabteilung	Fälle					Casemix				
	2019	2020	2021	2022	Trend '19-'22	2019	2020	2021	2022	Trend '19-'22
Innere Medizin/Kardiologie	2.799	2.650	2.514	2.636		2.126	2.513	2.510	2.850	
Innere Medizin/Gastroenterologie	3.582	3.071	3.140	2.769		1.790	1.687	1.801	1.653	
Internistische Abteilungen	6.381	5.721	5.654	5.405		3.916	4.199	4.311	4.503	
Veränderungen zum Vorjahr in %	-10,3%	-1,2%	-4,4%			7,2%	2,7%	4,5%		
Allgemeine Chirurgie	1.748	1.438	1.379	1.381		2.085	1.814	1.766	1.645	
Unfallchirurgie	1.473	1.210	1.147	1.231		1.927	1.609	1.553	1.620	
Neurochirurgie	311	313	380	335		429	424	524	458	
Chirurgische Abteilungen	3.532	2.961	2.906	2.947		4.441	3.846	3.843	3.723	
Veränderungen zum Vorjahr in %	-16,2%	-1,9%	1,4%			-13,4%	-0,1%	-3,1%		
Frauenheilkunde	774	659	658	643		677	607	612	585	
Geburtshilfe	3.092	3.373	3.697	3.564		1.281	1.377	1.541	1.458	
Pädiatrie/Neonatologie	2.695	1.949	2.297	2.578		1.267	1.053	1.205	1.291	
Frauen und Kinder	6.561	5.981	6.652	6.785		3.226	3.037	3.357	3.334	
Veränderungen zum Vorjahr in %	-8,8%	11,2%	2,0%			-5,9%	10,6%	-0,7%		
HNO (BA)	6	0	0	0		2	0	0	0	
Neurologie	1.674	1.537	1.458	1.348		1.290	1.196	1.158	1.040	
Intensivmedizin	249	248	234	223		456	610	548	523	
Sonstige Abteilungen	1.923	1.785	1.692	1.571		1.747	1.806	1.706	1.563	
Veränderungen zum Vorjahr in %	-7,2%	-5,2%	-7,2%			3,4%	-5,6%	-8,4%		
Gesamt Aalen	18.397	16.448	16.904	16.708		13.329	12.889	13.217	13.124	
Veränderungen zum Vorjahr in %	-10,6%	2,8%	-1,2%			-3,3%	2,6%	-0,7%		

BA = Belegabteilung

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Aalen 2019, 2020, 2021, 2022

Rückläufige Fallzahlen und Day Mix an beiden Standorten, leichte Erholung 2022 am Standort Aalen

Gesamthaus

Fachabteilung	Fälle				Daymix			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Psychosomatik/Psychotherapie	152	127	106	116	5.096	5.010	4.209	4.201
Standort Aalen	152	127	106	116	5.096	5.010	4.209	4.201
Veränderungen zum Vorjahr in %		-16,4%	-16,5%	9,4%		-1,7%	-16,0%	-0,2%
Kinder und Jugendpsychiatrie	256	247	233	231	13.015	11.083	13.190	11.456
Standort Ellwangen	256	247	233	231	13.051	11.083	13.190	11.456
Veränderungen zum Vorjahr in %		-3,5%	-5,7%	-0,9%		-15,1%	19,0%	-13,1%
Verbund	408	374	339	347	18.147	16.093	17.399	15.657
Veränderungen zum Vorjahr in %		-8,3%	-9,4%	2,4%		-11,3%	8,1%	-10,0%

Größere Fallzahlverluste bei Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems

... Zugewinne insb. im Bereich Geburten und Krankheiten des Kreislaufsystems

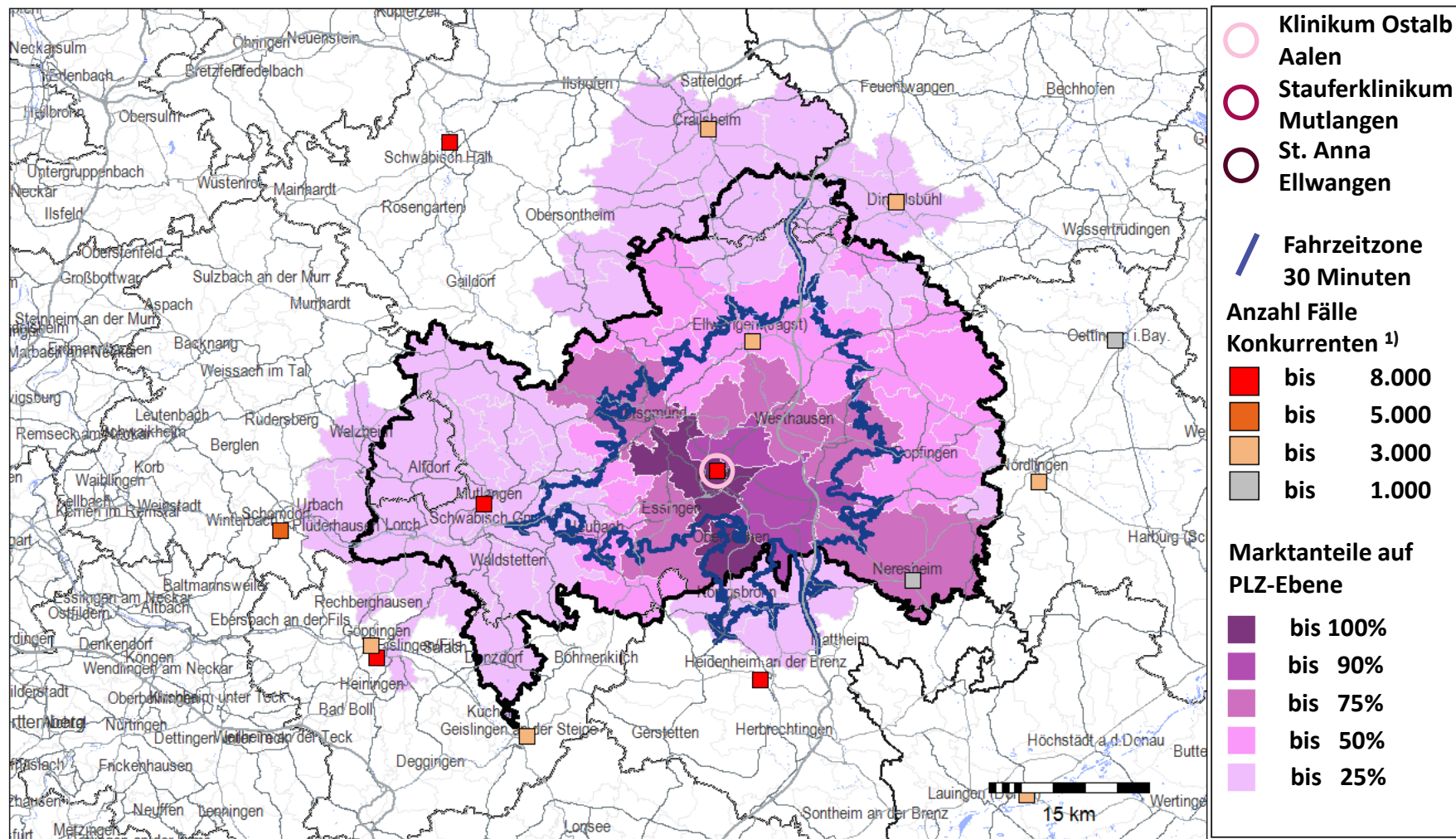
ICD-Kapitelbezeichnung	Fälle Standort Aalen					
	2019	2020	2021	2022	Veränderung in %	Trend '19-'22
Gesamthaus	18.555	16.577	17.010	16.823	-9,3%	
Krankheiten des Kreislaufsystems	2.795	2.866	2.898	2.875	2,9%	
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1.935	2.008	2.207	2.143	10,7%	
Krankheiten des Verdauungssystems	2.134	1.751	1.782	1.788	-16,2%	
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2.225	1.821	1.771	1.768	-20,5%	
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1.212	1.368	1.464	1.466	21,0%	
Krankheiten des Atmungssystems	1.302	934	1.016	1.237	-5,0%	
Neubildungen	1.086	993	1.072	955	-12,1%	
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	835	566	562	698	-16,4%	
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	535	595	682	622	16,3%	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	809	661	647	622	-23,1%	
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	1.009	832	808	622	-38,4%	
Krankheiten des Nervensystems	714	673	554	519	-27,3%	
Krankheiten des Urogenitalsystems	589	486	488	462	-21,6%	
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	499	345	379	406	-18,6%	
Psychische und Verhaltensstörungen	390	278	255	249	-36,2%	
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	167	112	133	122	-26,9%	
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	113	78	101	88	-22,1%	
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	114	133	110	82	-28,1%	
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	28	37	44	53	89,3%	
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	64	40	37	46	-28,1%	

Anmerkung: Geburtshilfe inkl. Neugeborene Aufenthalt < 24 Stunden

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Aalen 2019-2022

Standort mit hohen Marktanteilen im direkten Standortumfeld, nördlich und südlich über Landkreisgrenze hinaus

Marktanteile – Gesamthaus, Aalen



1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Aalen 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Aalen mit hohem Anteil der Top Diagnosen im Ostalbkreis, geringere Abdeckung der 30 Minuten Fahrzeitzone außerhalb des Kreises

Top 30 Diagnosen somatische Fälle 2021, Gesamthaus, Aalen

Nr.	ICD	ICD Text	Marktanteile Aalen					Marktanteile KOA gesamt				
			Ostalb-kreis	Aalen 30 min	Ellw. 30 min	Mutl. 30 min	Gesamt	Ostalb-kreis	Aalen 30 min	Ellw. 30 min	Mutl. 30 min	Gesamt
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	50%	25%	15%	0%	35%	100%	25%	27%	35%	78%
2	I50	Herzinsuffizienz	37%	1%	1%	0%	22%	91%	1%	2%	9%	56%
3	S06	Intrakranielle Verletzung	46%	9%	9%	0%	32%	87%	10%	10%	12%	60%
4	I63	Hirnfarkt	42%	1%	3%	0%	27%	71%	1%	3%	9%	47%
5	O42	Vorzeitiger Blasensprung	61%	24%	48%	0%	51%	100%	24%	56%	58%	95%
6	I21	Akuter Myokardinfarkt	49%	0%	2%	0%	32%	72%	0%	2%	6%	48%
7	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	41%	1%	0%	3%	25%	72%	1%	1%	10%	45%
8	K80	Cholelithiasis	38%	9%	3%	0%	25%	82%	9%	4%	7%	55%
9	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	48%	33%	22%	1%	39%	81%	33%	24%	44%	70%
10	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	I20	Angina pectoris	39%	0%	2%	0%	24%	59%	0%	2%	4%	37%
12	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	100%	87%	32%	0%	81%	100%	87%	36%	38%	100%
13	K40	Hernia inguinalis	28%	0%	0%	0%	19%	64%	3%	4%	10%	45%
14	S72	Fraktur des Femurs	37%	4%	1%	0%	22%	96%	4%	3%	11%	60%
15	O48	Übertragene Schwangerschaft	100%	100%	24%	0%	77%	100%	100%	44%	16%	100%
16	G40	Epilepsie	48%	3%	0%	2%	29%	72%	3%	0%	12%	45%
17	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	33%	0%	4%	0%	23%	76%	0%	5%	5%	52%
18	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	29%	0%	0%	0%	18%	97%	0%	4%	7%	63%
19	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	100%	100%	48%	0%	100%	100%	100%	48%	6%	100%
20	K35	Akute Appendizitis	52%	14%	3%	0%	32%	100%	14%	11%	26%	82%
21	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	46%	4%	1%	0%	27%	56%	4%	1%	2%	33%
22	O70	Dammriss unter der Geburt	36%	17%	10%	0%	25%	91%	17%	12%	39%	64%
23	K57	Divertikelkrankheit des Darmes	32%	0%	0%	1%	20%	75%	0%	5%	18%	52%
24	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	31%	4%	11%	0%	20%	78%	4%	12%	24%	53%
25	M48	Sonstige Spondylopathien	48%	13%	1%	0%	30%	60%	16%	3%	6%	40%
26	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	28%	0%	1%	1%	19%	60%	0%	1%	17%	44%
27	R55	Synkope und Kollaps	22%	0%	1%	0%	15%	51%	4%	1%	10%	36%
28	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	29%	0%	2%	0%	19%	80%	0%	7%	9%	56%
29	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	27%	4%	1%	0%	17%	75%	4%	1%	11%	49%
30	O80	Spontangeburt eines Einlings	27%	15%	4%	0%	14%	95%	15%	22%	16%	54%
Gesamtergebnis Top 30 ICD			43%	8%	6%	0%	29%	88%	9%	10%	16%	60%

Marktanteil
gering



Marktanteil
hoch

Anmerkung: Standort: rot: <10% , gelb >10% <35%, grün >35% ; Verbund: rot: <50% , gelb >50% <70%, grün >70%

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Aalen 2021, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2019

Aalen deckt häufigsten Diagnose auf dem Markt durchschnittlich ab, Fallpotenziale sowohl am Standort als auch im Verbund vorhanden

Top 30 Diagnosen DRG-Fälle 2021, Markt, Aalen

Nr.	ICD	ICD Text	Fälle Markt	Marktanteil	
				Aalen	KOA Gesamt
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	3.178	35%	78%
2	I50	Herzinsuffizienz	2.241	22%	56%
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	1.533	25%	45%
4	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.435	4%	14%
5	I63	Hirnininfarkt	1.504	27%	47%
6	S06	Intrakranielle Verletzung	1.338	32%	60%
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1.150	5%	19%
8	K80	Cholelithiasis	1.209	25%	55%
9	I21	Akuter Myokardinfarkt	1.188	32%	48%
10	I20	Angina pectoris	1.037	24%	37%
11	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	986	6%	17%
12	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	993	6%	35%
13	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	978	9%	31%
14	I70	Atherosklerose	1.059	3%	34%
15	S72	Fraktur des Femurs	926	22%	60%
16	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	982	10%	21%
17	K40	Hernia inguinalis	1.073	19%	45%
18	F33	Rezidivierende depressive Störung	830	0%	0%
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	925	18%	63%
20	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	673	12%	46%
21	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	813	8%	38%
22	O80	Spontangeburt eines Einlings	697	14%	54%
23	M54	Rückenschmerzen	649	8%	26%
24	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	589	1%	33%
25	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	550	27%	33%
26	R55	Synkope und Kollaps	789	15%	36%
27	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	655	20%	53%
28	K57	Divertikelkrankheit des Darmes	712	20%	52%
29	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	619	17%	49%
30	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	623	15%	28%
Gesamtergebnis Top 30 ICD			31.934	18%	44%

Fallpotenziale

- Kardiologie
- Pneumologie
- Orthopädie
- Alterstraumatologie
- Gastroenterologie

Marktanteil
gering



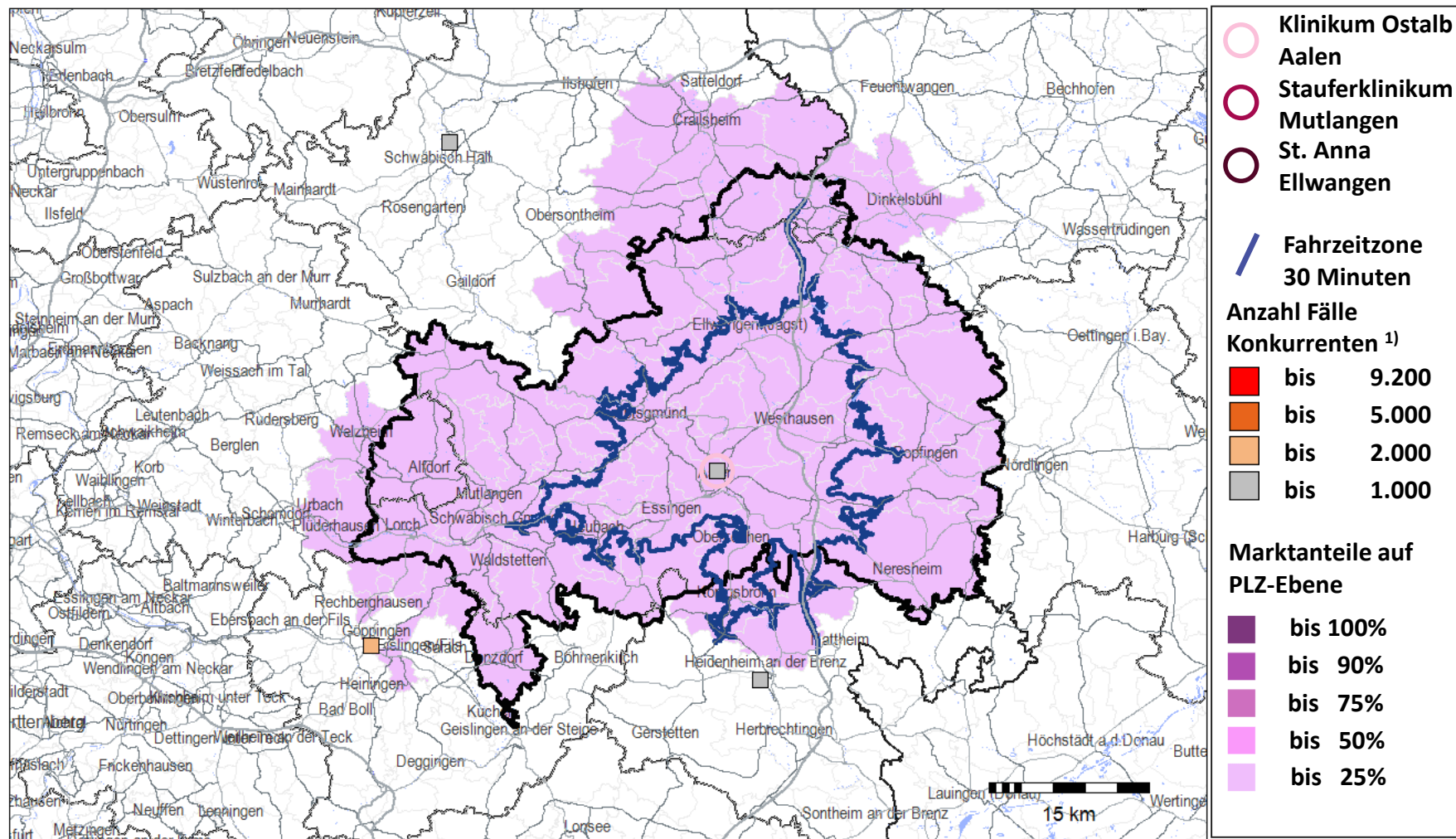
Marktanteil
hoch

Anmerkung: Standort: rot: <10% , gelb >10% <35%, grün >35% ; Verbund: rot: <50% , gelb >50% <70%, grün >70%

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Aalen 2021, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2019

Keine relevanten Marktanteile in der Psychiatrie

Marktanteile – Psychosomatik/Psychotherapie, Aalen



1) Bezogen auf die Top 20 ICDs

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Aalen 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Geringe Marktabdeckung in vielen Bereichen, Somatoforme Störungen und Andauernde Persönlichkeitsstörungen mit hohen Marktanteilen

Top 30 Diagnosen PEPP-Fälle 2021, Psychosomatik/Psychotherapie, Aalen

Nr.	ICD	ICD Text	Marktanteile Aalen					Marktanteile KOA gesamt				
			Ostalb-kreis	Aalen 30 min	Ellw. 30 min	Mutl. 30 min	Gesamt	Ostalb-kreis	Aalen 30 min	Ellw. 30 min	Mutl. 30 min	Gesamt
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	4%	4%	1%	0%	3%	4%	4%	1%	0%	3%
2	F45	Somatoforme Störungen	38%	0%	14%	0%	28%	38%	0%	14%	0%	28%
3	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4%	14%	5%	0%	4%	4%	14%	5%	0%	4%
4	F50	Essstörungen	24%	100%	0%	0%	18%	24%	100%	0%	0%	18%
5	F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung	100%	0%	0%	0%	86%	100%	0%	0%	0%	86%
6	F41	Andere Angststörungen	10%	0%	8%	0%	8%	10%	0%	8%	0%	8%
7	F40	Phobische Störungen	6%	0%	18%	0%	8%	6%	0%	18%	0%	8%
8	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	2%	11%	0%	0%	2%	2%	11%	0%	0%	2%
9	F32	Depressive Episode	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
10	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	7%	0%	0%	0%	5%	7%	0%	0%	0%	5%
Gesamtergebnis Top 10 ICD			5%	7%	3%	0%	4%	5%	7%	3%	0%	4%

Marktanteil
gering



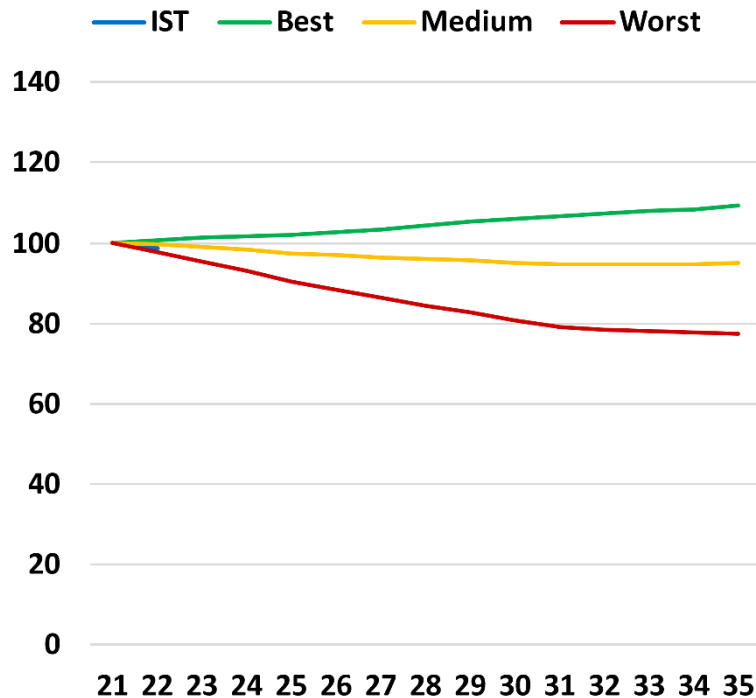
Marktanteil
hoch

Anmerkung: Standort: rot: <10% , gelb >10% <35%, grün >35% ; Verbund: rot: <50% , gelb >50% <70%, grün >70%

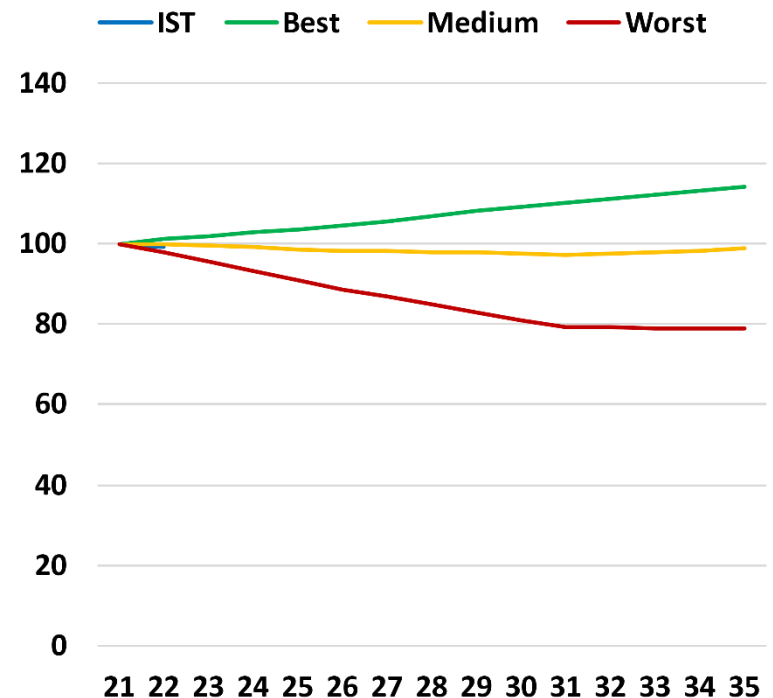
Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Aalen 2021, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2019

Nur im Best Case mit positiver Fallzahl- und Casemixentwicklung Gesamthaus, DRG

Fallzahlentwicklung in %



Casemixentwicklung in %



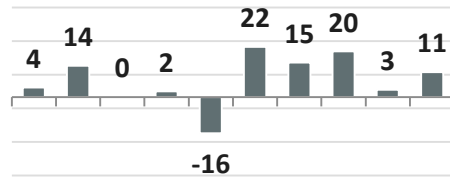
Fallzahlwachstum kaum zu erwarten, Rückgang bei Casemix

Angaben 2035 in % Veränderung zum Datenjahr 2021

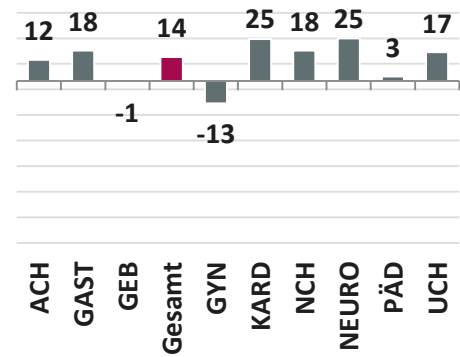
Fälle

Best Case

(Proaktive Weiterentwicklung)

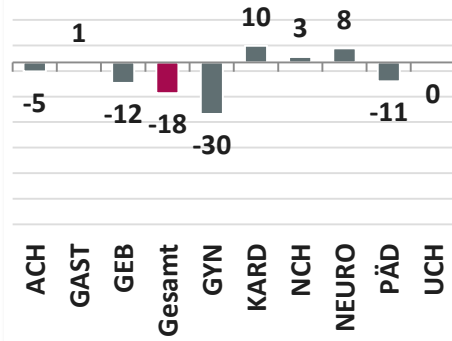
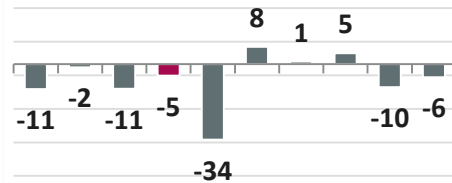


Casemix



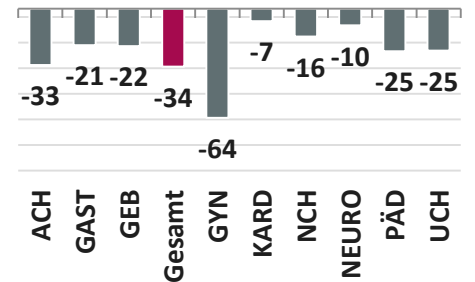
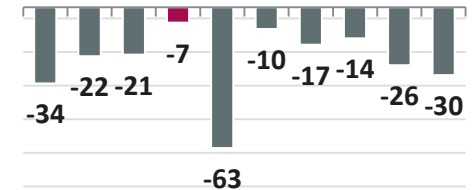
Medium Case

(Fortführung ohne Änderungen)



Worst Case

(Mehrere Negativereignisse)

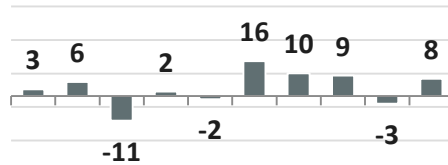


Positiver Fallzahleffekt durch Demografie, mäßiges Ambulantisierungspotenzial

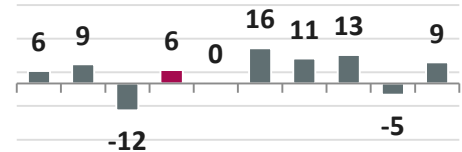
Angaben 2035 in % Veränderung zum Datenjahr 2021

Fälle

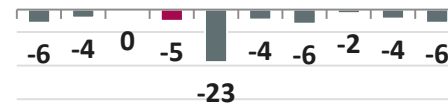
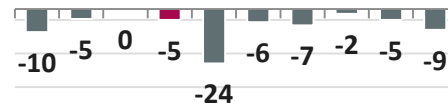
Einzelfilter
Demografie



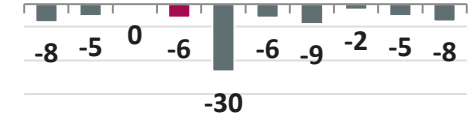
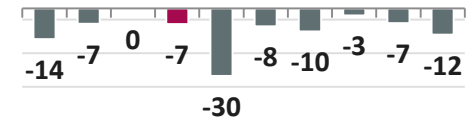
Casemix



Einzelfilter
Amb. Potenzial schwach



Einzelfilter
Amb. Potenzial stark



Kennzahlenentwicklung 2035 nach Best, Medium und Worst Case

Gesamthaus, DRG

Kennzahlen Aalen	Basisjahr 2021	best 2035		medium 2035		worst 2035	
Fallzahl	16.904	18.486	9%	16.055	-5%	13.067	-23%
DRG-Erlöse in T€	49.571	56.648	14%	48.947	-1%	39.094	-21%
Case Mix effektiv	13.220	15.107	14%	13.054	-1%	10.425	-21%
CMI effektiv	0,782	0,817	4%	0,813	4%	0,798	2%
CMI relativ	0,820	0,851	4%	0,848	3%	0,831	1%
Anzahl Basis-DRGs	350	350	0%	269	-23%	199	-43%
Ø Verweildauer	4,8	4,4	-9%	4,4	-9%	4,3	-11%
Ø Verweildauer nach FPK	5,3	4,9	-7%	4,9	-7%	4,8	-9%
Ø altersadjustierte Verweildauer FPK	5,3	4,9	-7%	4,9	-7%	4,8	-9%
Bettenbedarf (85% Auslastung, 365 Tage)	263,0	261,9	0%	226,7	-14%	181,6	-31%
Alter Patient	46,6	49,9	7%	49,7	7%	48,9	5%
Anteil Patienten Alter ab 75 Jahre	24,5%	29,1%	19%	29,0%	19%	28,9%	18%
PCCL = 0	67,4%	64,6%	-4%	64,9%	-4%	65,7%	-2%
PCCL = 1	12,3%	12,9%	5%	13,0%	5%	12,9%	4%
PCCL = 2	8,0%	8,7%	9%	8,6%	7%	8,5%	6%
PCCL = 3	8,7%	9,8%	13%	9,7%	11%	9,3%	7%
PCCL = 4	3,1%	3,5%	12%	3,4%	9%	3,2%	2%
Anteil operativer DRGs	29,5%	28,6%	-3%	27,9%	-5%	26,4%	-10%
Anteil Notfälle	61,0%	64,6%	6%	64,5%	6%	65,6%	8%

Anmerkung: Der Filter „Mindestmengen“ wird nicht für Notfälle verwendet, der Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Budgetierung wird nicht berücksichtigt. VWD = Verweildauer, FP = Fallpauschalenkatalog, PCCL = Patient Clinical Complexity Level, OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel.

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Aalen

Kennzahlenentwicklung 2035 nach Best, Medium und Worst Case

Gesamthaus, PEPP

Kennzahlen Aalen	Basisjahr 2021	best 2035		medium 2035		worst 2035	
Fallzahl	106	107	1%	95	-10%	84	-21%
Ø Verweildauer	49,4	44,6	-10%	44,6	-10%	44,6	-10%
Ø Verweildauer nach FPK	0,0	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%
Alter Patient	46,9	49,2	5%	49,1	5%	49,1	5%
Anteil Patienten Alter ab 75 Jahre	3,8%	5,9%	56%	5,9%	56%	5,9%	56%
Anteil Notfälle	3,8%	4,5%	18%	4,5%	18%	4,5%	19%

Anmerkung: Der Filter „Mindestmengen“ wird nicht für Notfälle verwendet, der Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Budgetierung wird nicht berücksichtigt. VWD = Verweildauer, FP = Fallpauschalenkatalog, PCCL = Patient Clinical Complexity Level, OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel.

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Aalen

Kennzahlenentwicklung 2035 nach Einzelfilter

Demografie und ambulant Potenzial

Gesamthaus, DRG

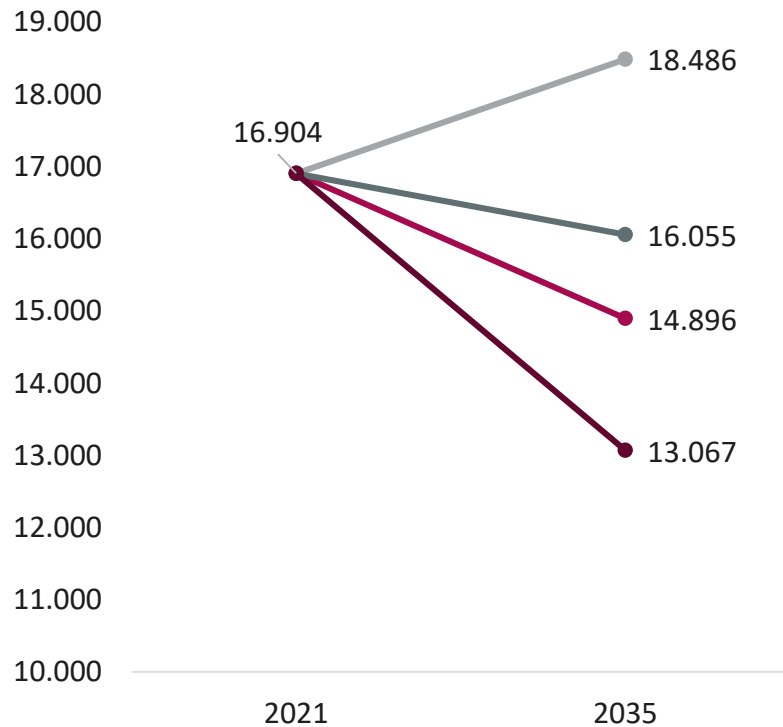
Kennzahlen Aalen	Basisjahr 2021	Demografie 2035		Amb. schwach 2035		Amb. stark 2035	
Fallzahl	16.904	17.320	2%	16.028	-5%	15.732	-7%
DRG-Erlöse in T€	49.571	52.695	6%	47.267	-5%	46.487	-6%
Case Mix effektiv	13.220	14.053	6%	12.606	-5%	12.397	-6%
CMI effektiv	0,782	0,811	4%	0,786	1%	0,788	1%
CMI relativ	0,820	0,849	4%	0,821	0%	0,821	0%
Anzahl Basis-DRGs	350	350	0%	350	0%	350	0%
Ø Verweildauer	4,8	5,0	3%	5,0	3%	5,0	4%
Ø Verweildauer nach FPK	5,3	5,4	3%	5,3	1%	5,3	2%
Ø altersadjustierte Verweildauer FPK	5,3	5,4	3%	5,3	1%	5,3	2%
Bettenbedarf (85% Auslastung, 365 Tage)	263,0	278,9	6%	256,9	-2%	254,5	-3%
Alter Patient	46,6	50,2	8%	46,3	-1%	46,2	-1%
Anteil Patienten Alter ab 75 Jahre	24,5%	28,8%	17%	24,8%	1%	24,9%	2%
PCCL = 0	67,4%	65,6%	-3%	66,4%	-1%	66,2%	-2%
PCCL = 1	12,3%	12,7%	3%	12,6%	2%	12,6%	2%
PCCL = 2	8,0%	8,5%	7%	8,1%	2%	8,1%	2%
PCCL = 3	8,7%	9,4%	8%	9,1%	4%	9,2%	6%
PCCL = 4	3,1%	3,3%	6%	3,3%	5%	3,3%	7%
Anteil operativer DRGs	29,5%	30,3%	3%	27,7%	-6%	27,3%	-7%
Anteil Notfälle	61,0%	61,6%	1%	63,9%	5%	65,0%	7%

Anmerkung: Der Filter „Mindestmengen“ wird nicht für Notfälle verwendet, der Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Budgetierung wird nicht berücksichtigt. VWD = Verweildauer, FP = Fallpauschalenkatalog, PCCL = Patient Clinical Complexity Level, OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel.

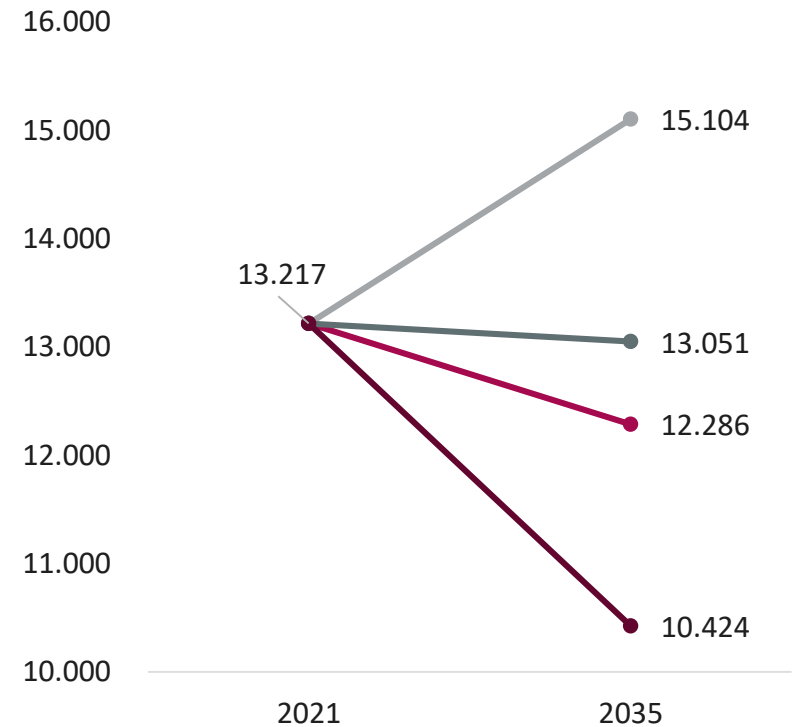
Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Aalen

Umsetzung von IGES könnte Fallzahlen und Casemix aller drei Szenarien deutlich verschlechtern

Fallzahlen, 2021 und 2035



Casemix, 2021 und 2035



Best case

Medium case

Worst case

Ambulantisierung IGES

Anmerkung: IGES-Szenario berücksichtigt IGES-Kriterien zzgl. Alterskriterium und weiterer Kriterien (höherer Nachsorgebedarf und erhöhter Schweregrad)

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Aalen

Fallzahl nach Szenarien

Fachabteilung Aalen	Anzahl Fälle								
	2021	IGES 2035 absolut	IGES 2035 relativ	Best Case 2035	Medium Case 2035	Worst Case 2035	Demografie 2035	Amb. Pot. Schwach 2035	Amb. Pot. Stark 2035
KARD	2.514	2.429	-3%	3.078	2.705	2.268	2.905	2.366	2.313
GAST	3.140	2.502	-20%	3.579	3.093	2.453	3.335	2.997	2.925
PÄD	2.297	2.233	-3%	2.372	2.059	1.702	2.217	2.182	2.147
ACH	1.379	961	-30%	1.438	1.225	909	1.420	1.236	1.190
UCH	1.147	1.002	-13%	1.275	1.079	799	1.235	1.040	1.013
NCH	380	362	-5%	438	384	317	418	352	341
GYN	658	530	-19%	551	436	244	648	498	460
GEB	3.697	3.464	-6%	3.704	3.287	2.913	3.288	3.696	3.695
NEURO	1.458	1.183	-19%	1.755	1.528	1.255	1.591	1.427	1.414
Intensiv	234	230	-2%	295	259	207	262	234	234
Gesamt	16.904	14.896	-12%	18.486	16.055	13.067	17.320	16.028	15.732
<i>Delta zu 2021</i>				9%	-5%	-23%	2%	-5%	-7%

Anmerkung: IGES-Szenario berücksichtigt IGES-Kriterien zzgl. Alterskriterium und weiterer Kriterien (höherer Nachsorgebedarf und erhöhter Schweregrad)

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Aalen

Casemix nach Szenarien

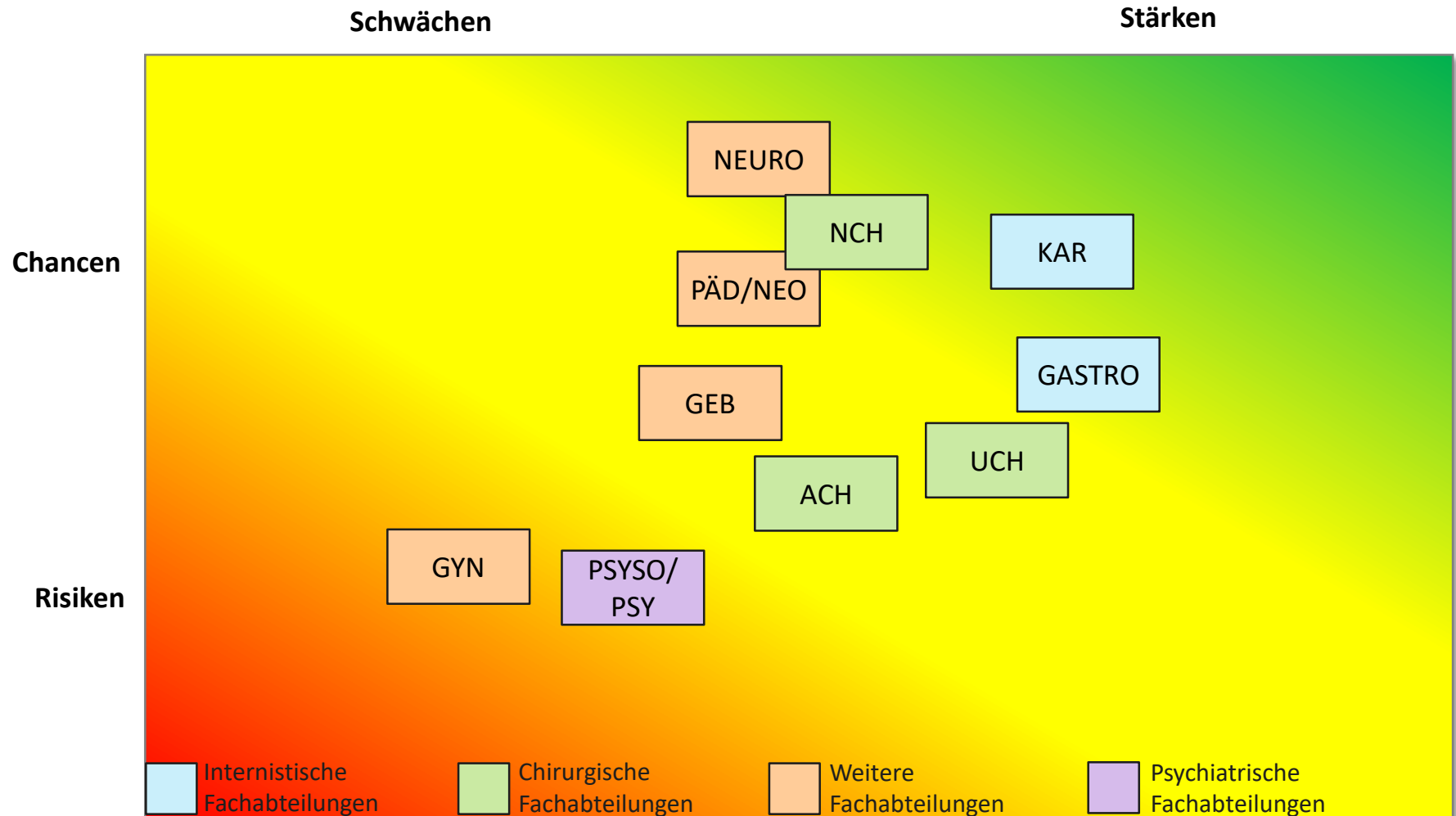
Fachabteilung Aalen	Casemix								
	2021	IGES 2035 absolut	IGES 2035 relativ	Best Case 2035	Medium Case 2035	Worst Case 2035	Demografie 2035	Amb. Pot. Schwach 2035	Amb. Pot. Stark 2035
KARD	2.510	2.467	-2%	3.127	2.757	2.324	2.906	2.400	2.361
GAST	1.801	1.612	-10%	2.122	1.812	1.416	1.955	1.737	1.707
PÄD	1.205	1.180	-2%	1.235	1.072	903	1.145	1.156	1.142
ACH	1.766	1.476	-16%	1.983	1.672	1.181	1.866	1.662	1.626
UCH	1.553	1.454	-6%	1.814	1.549	1.172	1.700	1.462	1.435
NCH	524	517	-1%	617	541	438	582	491	478
GYN	612	545	-11%	531	427	219	614	468	429
GEB	1.541	1.436	-7%	1.529	1.357	1.202	1.357	1.540	1.540
NEURO	1.158	1.053	-9%	1.446	1.253	1.043	1.305	1.139	1.131
Intensiv	548	547	0%	699	612	526	620	548	548
Gesamt	13.217	12.286	-7%	15.104	13.051	10.424	14.051	12.603	12.395
<i>Delta zu 2021</i>				14%	-1%	-21%	6%	-5%	-6%

Anmerkung: IGES-Szenario berücksichtigt IGES-Kriterien zzgl. Alterskriterium und weiterer Kriterien (höherer Nachsorgebedarf und erhöhter Schweregrad)

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Aalen

Vereinzelt Fachabteilungen mit Chancen aufgrund hoher Fallzahlsteigerung durch Demografie

SWOT-Analyse



Zusammenfassung der internistischen Fachabteilungen

Kardiologie, Gastroenterologie

	Kardiologie	Gastroenterologie
2019 – 2022	Fallzahlrückgang seit 2019, ab 2022 wieder steigend ; Casemix seit 2019 steigend	Fallzahl sinkend mit leichter Erholung im Jahr 2021; Casemix zeigt gleiche Entwicklung
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: +10% davon Demografie: +16%	Casemix im Medium Case: +1% davon Demografie: +9%
Leistungs- spektrum	Kardiologie mit konstanter CMI Steigerung, Positive Fallzahlentwicklung besonders bei Vorhofflimmern und Vorhofflattern Mäßiges amb. Potenzial: -4%	Gastroenterologie mit leicht steigenden CMI, Zunahme an Viruspneumonien und steigende Fallzahlen beim paralytischen Ileus Mäßiges amb. Potenzial: -4%
Einzugsgebiet	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und teilweise über Landkreisgrenze hinaus	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und südöstliche Landkreisgrenze hinaus
Konkurrenz	Nur Standort Ellwangen mit kardiologischen Angebot innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone	Stärksten Konkurrenten außerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone und Landkreisgrenze

Zusammenfassung der chirurgischen Fachabteilungen

Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie

	Allgemeine Chirurgie	Unfallchirurgie	Neurochirurgie
2019 – 2022	Fallzahlen und Casemix seit 2019 rückläufig	Fallzahl und Casemix von 2019 bis 2021 rückläufig; 2022 wieder Niveau 2020	Fallzahl bis 2021 steigend, in 2022 rückläufig; Casemix schwankend
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: -5% davon Demografie: +6%	Casemix im Medium Case: 0% davon Demografie: +9%	Casemix im Medium Case: +3% davon Demografie: +11%
Leistungs- spektrum	Instabile CMI-Entwicklung, Fallzahlrückgang bei Hernia inguinalis und Cholelithiasis Mäßiges amb. Potenzial: -6%	Konstanter CMI , Fallzahlgewinne besonders bei Frakturen des Femurs und Unterarm, Rückgang elektiv orthopädische Eingriffe Mäßiges amb. Potenzial: -6%	Konstanter CMI , Schwerpunkt Wirbelsäulen, Fallzahlgewinne besonders bei zervikalen Bandscheibenschäden und Rückenschmerzen Mäßiges amb. Potenzial: -6%
Einzugsgebiet	Überregionales Einzugsgebiet , reicht in westlicher Richtung über 30-Minuten-Fahrzeitzone hinaus, südlich außerhalb Ostalbkreis	Leicht überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und nördlich über Landkreisgrenze hinaus	Einzugsgebiet reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und südöstliche Landkreisgrenze hinaus
Konkurrenz	Stärkste Konkurrenten außerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone	Stärkste Konkurrenten um Landkreisgrenze herum	Stärkste Konkurrenten außerhalb des Ostalbkreises

Zusammenfassung der psychiatrische Fachabteilungen

Psychosomatik/Psychotherapie

	Psychosomatik/Psychotherapie
2019 – 2022	Fallzahlen schwankend; Daymix seit 2019 rückläufig
2021 – 2035	Daymix im Medium Case: -10%
Leistungs- spektrum	Konstanter DMI, Fallzahlrückgang besonders bei rezidivierenden depressiven Störungen
Einzugsgebiet	Einzugsgebiet zeigt weiße Flecken innerhalb 30-Minuten-Fahrzeitzone, südliche Ausstrahlung
Konkurrenz	Konkurrent liegen außerhalb des Ostalbkreises

Zusammenfassung der weiteren Fachabteilungen I

Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Pädiatrie/Neonatologie, Neurologie

	Frauenheilkunde	Geburtshilfe	Pädiatrie/Neonatologie
2019 – 2022	Fallzahlen seit 2019 rückläufig; Casemix schwankend	Fallzahl und Casemix von 2019 bis 2021 steigend; 2022 rückläufig	Nach 2020 Fallzahl und Casemix wieder steigend
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: -30% davon Demografie: 0%	Casemix im Medium Case: -12% davon Demografie: -12%	Casemix im Medium Case: -11% davon Demografie: -5%
Leistungs- spektrum	Frauenheilkunde mit konstanten CMI , Stärkster Fallzahlrückgang bei Leiomyom des Uterus Hohes amb. Potenzial: -23%	Geburtshilfe mit konstantem CMI , Fallzahlgewinne besonders im Bereich der Geburten Kein amb. Potenzial: 0%	Konstanter CMI , Fallzahlrückgang bei intrakraniellen Verletzungen, Fallzuwachs besonders bei sonst. angeborenen infektiösen und parasitären Krankheiten Geringes amb. Potenzial: -4%
Einzugsgebiet	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone hinaus, nord-südlich Ausbreitung	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und Landkreisgrenze hinaus	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und Landkreisgrenze hinaus
Konkurrenz	Ein Verbundhaus innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone, stärkere Konkurrenten außerhalb des Landkreises	Ein Verbundhaus innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone, stärkster Konkurrent außerhalb des Landkreises ist Uni Ulm	Stärkster Konkurrent mit Uni Ulm außerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone und des Ostalbkreises

Zusammenfassung der weiteren Fachabteilungen II

Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Pädiatrie/Neonatologie, Neurologie

	Neurologie
2019 – 2022	Fallzahlen und Casemix seit 2019 rückläufig
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: +8% davon Demografie: +13%
Leistungs- spektrum	Konstanter CMI, Fallzahlrückgang bei den Hirnfarkten von 2019 zu 2022 Geringes amb. Potenzial: -2%
Einzugsgebiet	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und südöstliche Bundeslandgrenze hinaus
Konkurrenz	Kein Konkurrent innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone; Konkurrenten außerhalb des Ostalbkreises lokalisiert

Agenda



Methodik

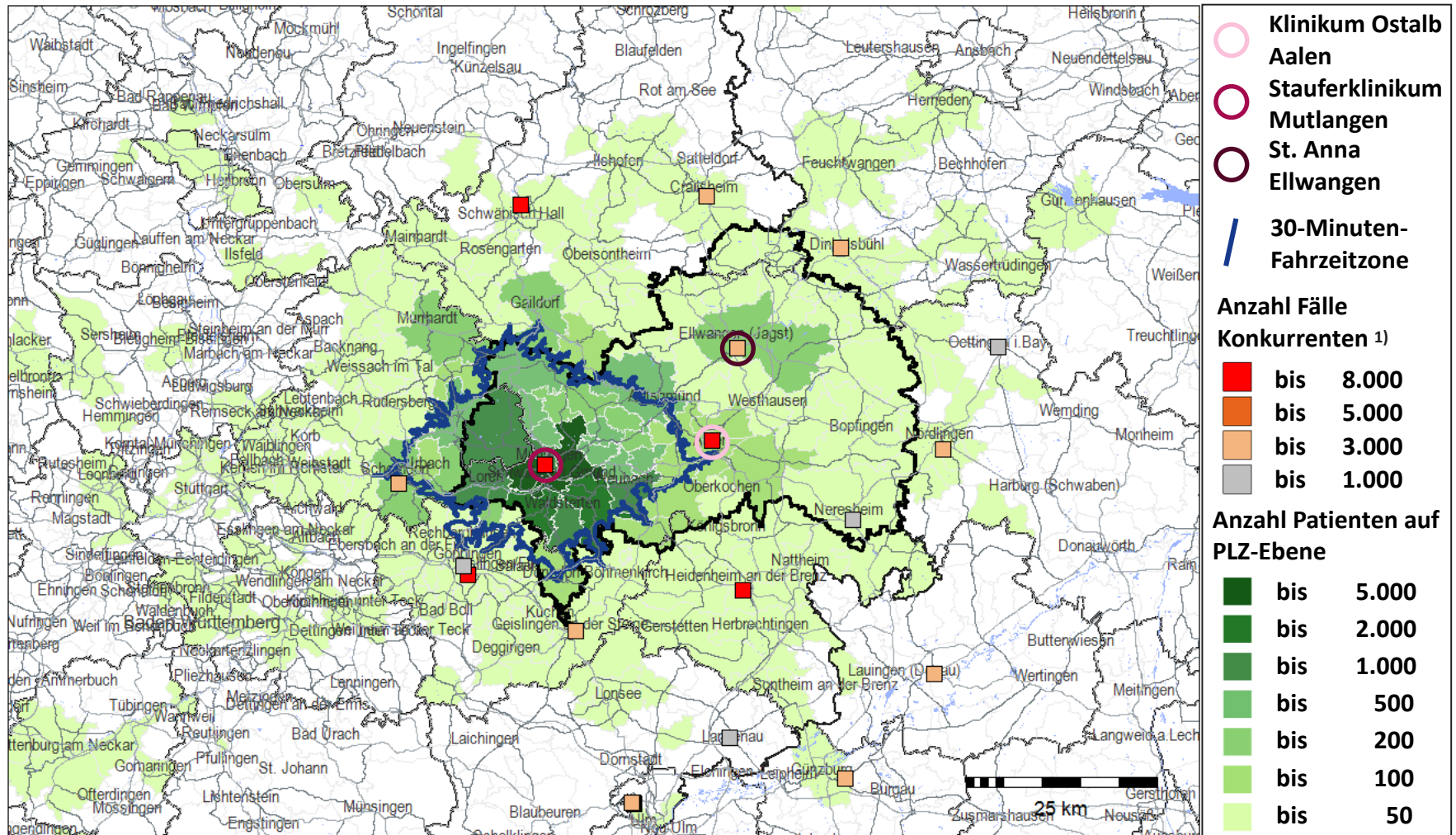
Zusammenfassung Kliniken Ostalb

- Ausgangslage Standort Aalen
- **Ausgangslage Mutlangen**
- Ausgangslage Ellwangen

Einzelanalysen der Fachabteilungen pro Standort

Einzugsgebiet reicht über die 30 Minuten Fahrzeitzone und die Landkreisgrenze hinaus

100% Einzugsgebiet - Gesamthaus, Mutlangen

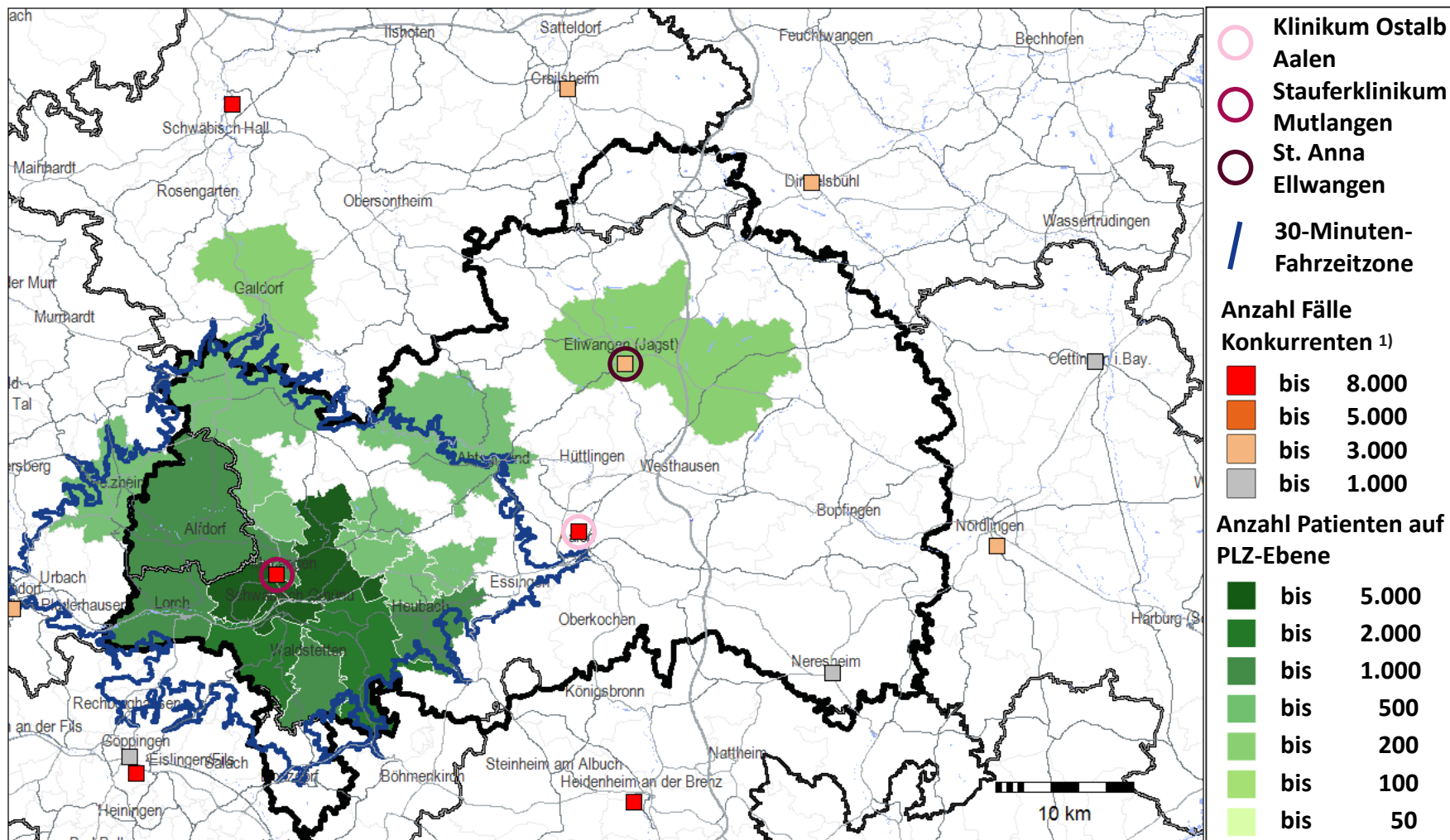


1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Mutlangen 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Kerneinzugsgebiet orientiert sich an Fahrzeitzone innerhalb des Kreises mit weißen Flecken im Nordosten, außerdem Fälle aus Ellwangen

80% Einzugsgebiet - Gesamthaus, Mutlangen

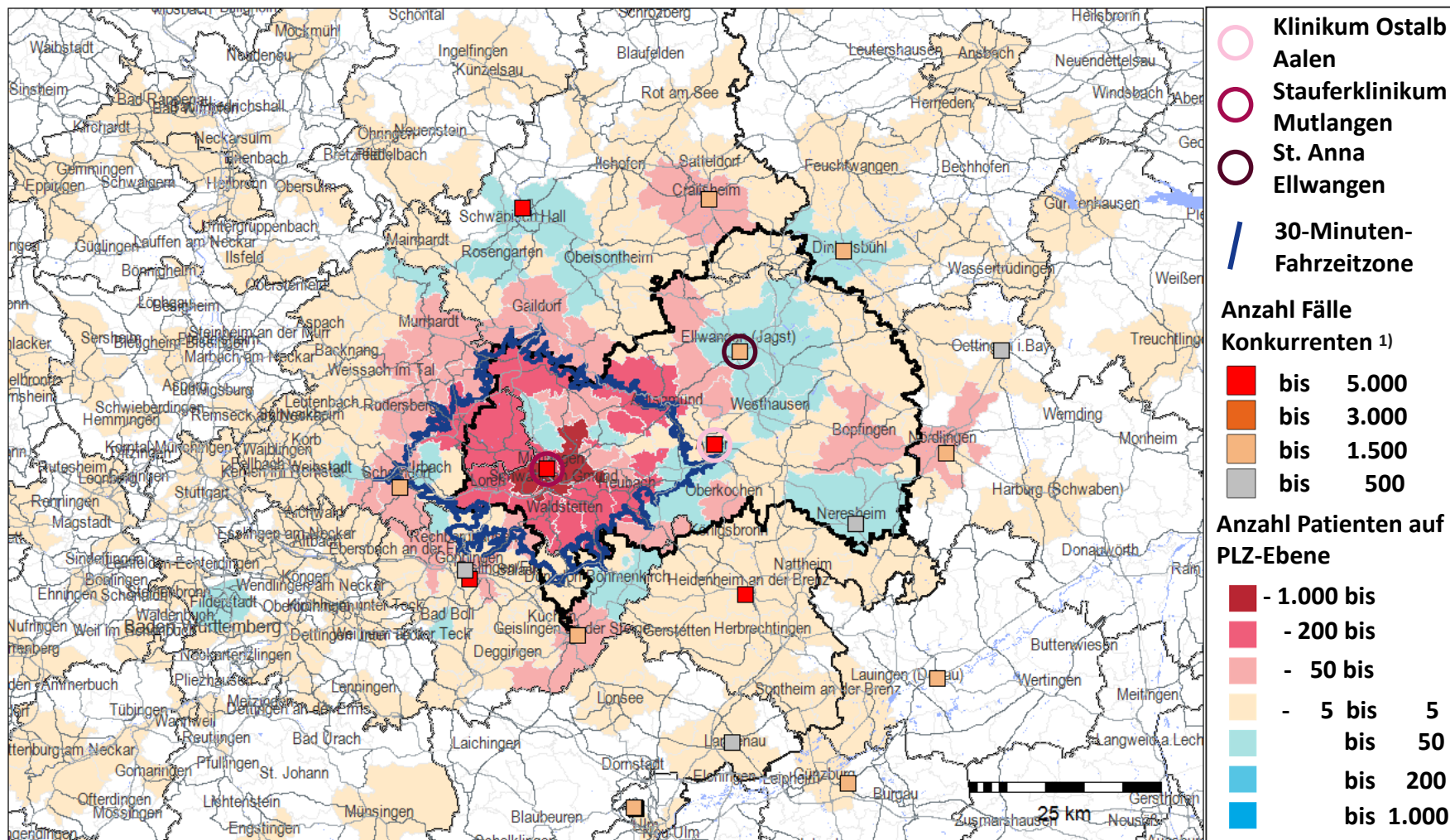


1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Mutlangen 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Hohe Fallzahlverluste im direkten Standortumfeld und an der westlichen Landkreisgrenze, Fallzahlgewinne um Ellwangen

Delta 2019-2021 - Gesamthaus, Mutlangen



1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Mutlangen 2019, 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Seit 2019 kontinuierlicher Fallzahlrückgang am Standort Mutlangen

Gesamthaus

Fachabteilungen	Fälle					Case Mix				
	2019	2020	2021	2022	Trend '19-'22	2019	2020	2021	2022	Trend '19-'22
Innere Medizin	7.338	6.556	6.218	5.988		4.752	4.593	4.482	4.329	
Internistische Abteilungen	7.338	6.556	6.218	5.988		4.752	4.593	4.482	4.329	
Veränderungen zum Vorjahr in %	-10,7% -5,2% -3,7%					-3,3% -2,4% -3,4%				
Allgemeine Chirurgie	2.478	2.243	2.143	2.080		2.882	2.649	2.596	2.381	
Unfallchirurgie	2.015	1.758	1.684	1.768		2.730	2.562	2.299	2.408	
Urologie	22	10	5	2		9	4	2	1	
Chirurgische Abteilungen	4.515	4.011	3.832	3.850		5.621	5.215	4.897	4.790	
Veränderungen zum Vorjahr in %	-11,2% -4,5% 0,5%					-7,2% -6,1% -2,2%				
Pädiatrie	1.971	1.500	1.598	1.884		765	562	629	695	
Neonatologie	383	392	472	341		597	707	714	517	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4.845	4.610	4.636	4.419		2.520	2.411	2.375	2.302	
Frauen und Kinder	7.199	6.502	6.706	6.644		3.882	3.680	3.719	3.515	
Veränderungen zum Vorjahr in %	-9,7% 3,1% -0,9%					-5,2% 1,1% -5,5%				
HNO (BA)	94	19	0	0		33	6	0	0	
MKG (BA)	27	20	15	7		11	12	11	3	
Intensivmedizin	87	185	325	309		301	383	617	552	
Palliativmedizin	412	214	0	0		392	217	0	0	
Sonstige Abteilungen	620	438	340	316		738	619	628	555	
Veränderungen zum Vorjahr in %	-29,4% -22,4% -7,1%					-16,2% 1,5% -11,6%				
Gesamt Mutlangen	19.672	17.507	17.096	16.798		14.993	14.107	13.725	13.189	
Veränderungen zum Vorjahr in %	-11,0% -2,3% -1,7%					-5,9% -2,7% -3,9%				

BA = Belegabteilung

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Mutlangen 2019, 2020, 2021, 2022

Größere Fallzahlverluste in den fallzahlstarken Bereichen, insbesondere bei Krankheiten des Verdauungssystems und des Kreislaufsystems

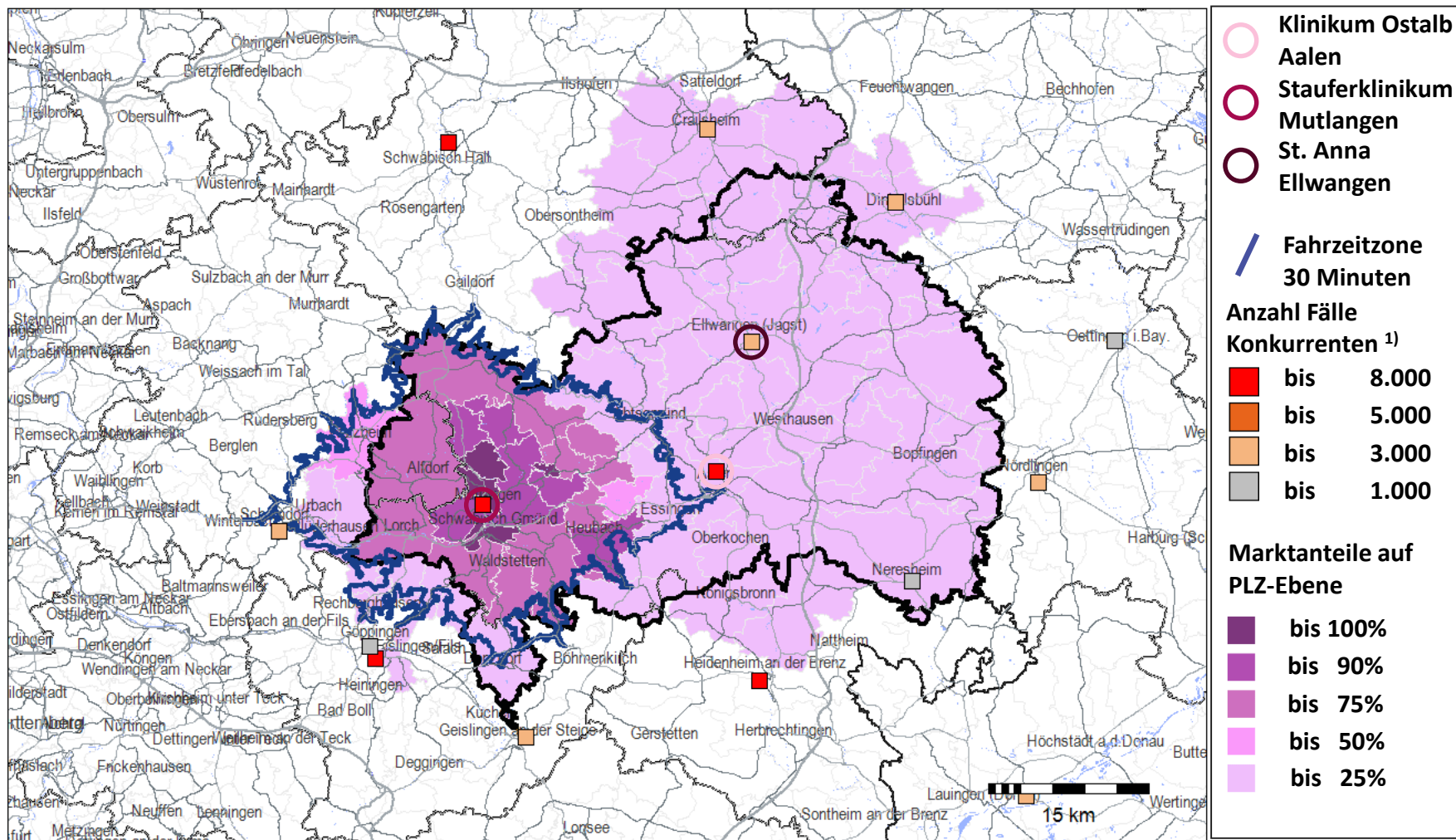
... geringe Zugewinne nur im Bereich der Fehlbildungen

ICD-Kapitelbezeichnung	Fälle Standort Mutlangen					
	2019	2020	2021	2022	Veränderung in %	Trend '19-'22
Gesamthaus	19.672	17.506	17.096	16.797	-14,6%	
Krankheiten des Kreislaufsystems	2.763	2.558	2.436	2.460	-11,0%	
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2.510	2.373	2.456	2.258	-10,0%	
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2.001	1.844	1.829	1.831	-8,5%	
Krankheiten des Verdauungssystems	2.108	1.956	1.723	1.631	-22,6%	
Neubildungen	1.664	1.539	1.531	1.392	-16,3%	
Krankheiten des Atmungssystems	1.633	1.242	1.271	1.335	-18,2%	
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1.273	1.245	1.281	1.246	-2,1%	
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	1.130	873	780	836	-26,0%	
Krankheiten des Urogenitalsystems	1.005	880	797	809	-19,5%	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	811	642	589	650	-19,9%	
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	764	526	593	636	-16,8%	
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	573	502	473	503	-12,2%	
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	437	451	505	405	-7,3%	
Krankheiten des Nervensystems	431	345	348	313	-27,4%	
Psychische und Verhaltensstörungen	155	171	127	155	0,0%	
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	172	138	138	143	-16,9%	
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	149	122	129	122	-18,1%	
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	18	18	18	28	55,6%	
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	52	68	59	28	-46,2%	
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	23	13	13	16	-30,4%	

Anmerkung: Geburtshilfe inkl. Neugeborene Aufenthalt < 24 Stunden
 Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Mutlangen 2019-2022

Hohe Marktanteile innerhalb des Kreises in der 30 Minuten Fahrzeitzone

Marktanteile – Gesamthaus, Mutlangen



1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Mutlangen 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Mutlangen mit hohen Marktanteilen im Ostalbkreis

Top 30 Diagnosen DRG-Fälle 2021, Gesamthaus, Mutlangen

Nr.	ICD	ICD Text	Marktanteile Mutlangen					Marktanteile KOA gesamt				
			Ostalbkreis	Aalen 30 min	Ellw. 30 min	Mutl. 30 min	Gesamt	Ostalbkreis	Aalen 30 min	Ellw. 30 min	Mutl. 30 min	Gesamt
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	41%	0%	0%	35%	32%	100%	25%	27%	35%	78%
2	I50	Herzinsuffizienz	36%	0%	0%	9%	23%	91%	1%	2%	9%	56%
3	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	O42	Vorzeitiger Blasensprung	44%	0%	3%	58%	40%	100%	24%	56%	58%	95%
5	I70	Atherosklerose	45%	0%	0%	5%	30%	51%	0%	2%	5%	34%
6	I63	Hirnfarkt	28%	0%	0%	9%	20%	71%	1%	3%	9%	47%
7	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	46%	0%	1%	24%	33%	78%	4%	12%	24%	53%
8	K80	Cholelithiasis	31%	0%	0%	7%	21%	82%	9%	4%	7%	55%
9	S72	Fraktur des Femurs	41%	0%	0%	11%	26%	96%	4%	3%	11%	60%
10	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	24%	0%	0%	7%	16%	72%	1%	1%	10%	45%
11	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	37%	0%	0%	7%	25%	97%	0%	4%	7%	63%
12	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	31%	0%	0%	43%	29%	81%	33%	24%	44%	70%
13	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	57%	7%	0%	15%	32%	86%	7%	0%	15%	46%
14	S06	Intrakranielle Verletzung	21%	0%	0%	11%	15%	87%	10%	10%	12%	60%
15	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	36%	0%	0%	11%	24%	59%	6%	1%	11%	38%
16	O70	Dammriss unter der Geburt	49%	0%	0%	39%	36%	91%	17%	12%	39%	64%
17	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	62%	0%	2%	32%	43%	81%	0%	12%	34%	56%
18	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	32%	0%	0%	16%	24%	60%	0%	1%	17%	44%
19	I21	Akuter Myokardinfarkt	20%	0%	0%	6%	14%	72%	0%	2%	6%	48%
20	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	25%	0%	1%	26%	21%	56%	4%	12%	26%	46%
21	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	26%	0%	0%	3%	17%	48%	0%	1%	3%	31%
22	K40	Hernia inguinalis	20%	0%	0%	8%	15%	64%	3%	4%	10%	45%
23	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	100%	0%	1%	12%	39%	100%	0%	1%	12%	56%
24	S52	Fraktur des Unterarmes	42%	0%	0%	15%	28%	98%	3%	3%	15%	61%
25	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	34%	0%	0%	11%	23%	75%	4%	1%	11%	49%
26	O80	Spontangeburt eines Einlings	32%	0%	0%	16%	19%	95%	15%	22%	16%	54%
27	K35	Akute Appendizitis	47%	0%	0%	26%	34%	100%	14%	11%	26%	82%
28	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	81%	0%	0%	100%	72%	93%	39%	3%	100%	83%
29	R55	Synkope und Kollaps	22%	4%	0%	10%	16%	51%	4%	1%	10%	36%
30	K57	Divertikelkrankheit des Darms	26%	0%	0%	16%	20%	75%	0%	5%	18%	52%
Gesamtergebnis Top 30 ICD			37%	0%	0%	17%	26%	86%	7%	8%	17%	58%

Marktanteil
gering



Marktanteil
hoch

Anmerkung: Standort: rot: <10% , gelb >10% <35%, grün >35% ; Verbund: rot: <50% , gelb >50% <70%, grün >70%

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Mutlangen 2021, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2019

Mutlangen deckt häufigsten Diagnose auf dem Markt durchschnittlich ab, Fallpotenziale sowohl am Standort als auch im Verbund vorhanden

Top 30 Diagnosen DRG-Fälle 2021, Markt, Mutlangen

Nr.	ICD	ICD Text	Fälle Markt	Marktanteil	
				Mut- langen	KOA Gesamt
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	3.178	32%	78%
2	I50	Herzinsuffizienz	2.241	23%	56%
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	1.533	16%	45%
4	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.435	4%	14%
5	I63	Hirninfrakt	1.504	20%	47%
6	S06	Intrakranielle Verletzung	1.338	15%	60%
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1.150	5%	19%
8	K80	Cholelithiasis	1.209	21%	55%
9	I21	Akuter Myokardinfarkt	1.188	14%	48%
10	I20	Angina pectoris	1.037	13%	37%
11	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	986	8%	17%
12	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	993	13%	35%
13	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	978	17%	31%
14	I70	Atherosklerose	1.059	30%	34%
15	S72	Fraktur des Femurs	926	26%	60%
16	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	982	4%	21%
17	K40	Hernia inguinalis	1.073	15%	45%
18	F33	Rezidivierende depressive Störung	830	0%	0%
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	925	25%	63%
20	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	673	32%	46%
21	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	813	24%	38%
22	O80	Spontangeburt eines Einlings	697	19%	54%
23	M54	Rückenschmerzen	649	7%	26%
24	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	589	4%	33%
25	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	550	6%	33%
26	R55	Synkope und Kollaps	789	16%	36%
27	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	655	33%	53%
28	K57	Divertikelkrankheit des Darmes	712	20%	52%
29	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	619	23%	49%
30	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	623	10%	28%
Gesamtergebnis Top 30 ICD			31.934	18%	44%

Fallpotenziale

- Kardiologie
- Pneumologie
- Orthopädie
- Alterstraumatologie
- Gastroenterologie

Marktanteil
gering



Marktanteil
hoch

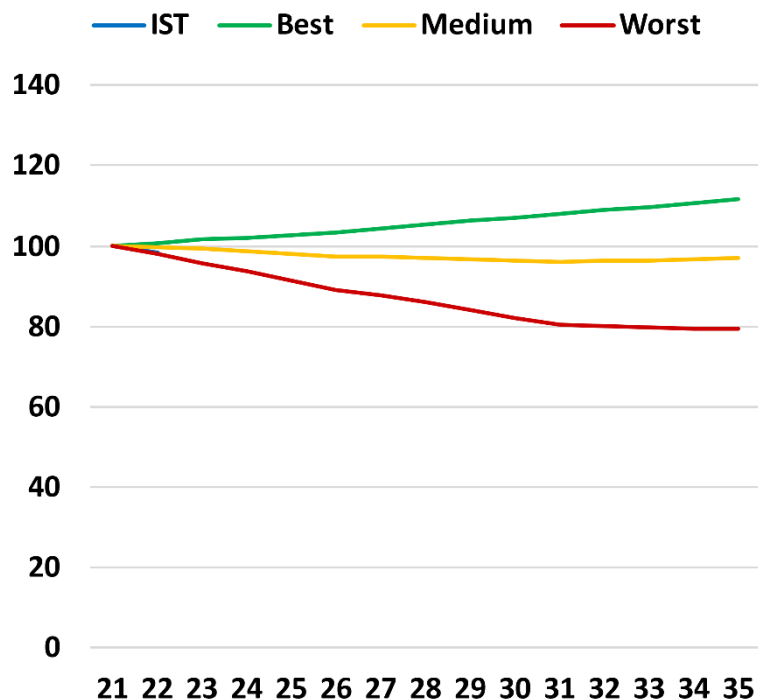
Anmerkung: Standort: rot: <10% , gelb >10% <35%, grün >35% ; Verbund: rot: <50% , gelb >50% <70%, grün >70%

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Mutlangen 2021, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2019

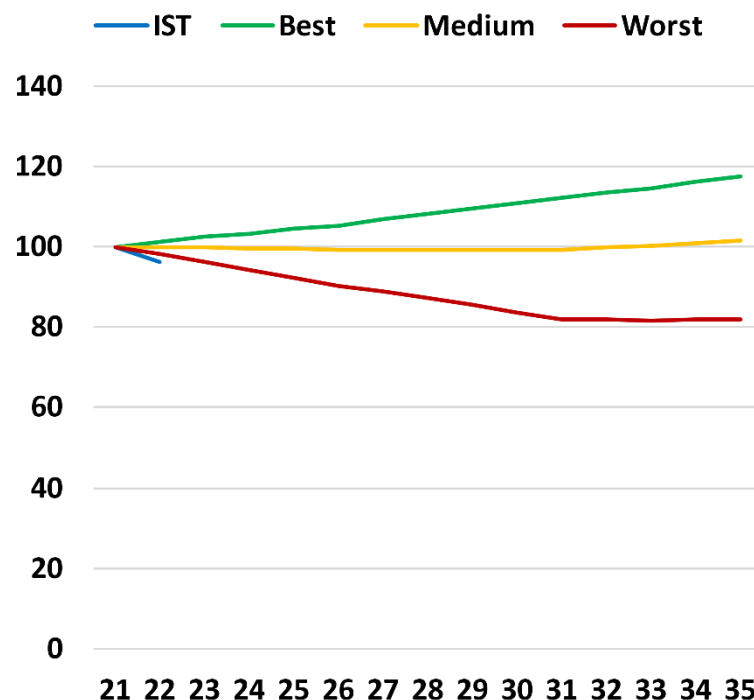
Fallzahl im Medium Case rückläufig, aber Casemix stabil

Gesamthaus, DRG

Fallzahlentwicklung in %



Casemixentwicklung in %



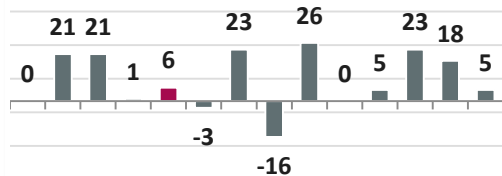
Fallzahlwachstum im Medium Case schwierig, Rückgang bei Casemix

Angaben 2035 in % Veränderung zum Datenjahr 2021

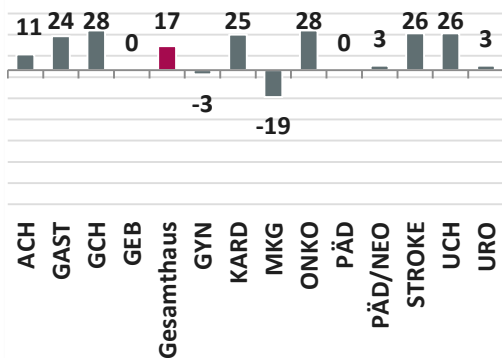
Fälle

Best Case

(Proaktive Weiterentwicklung)

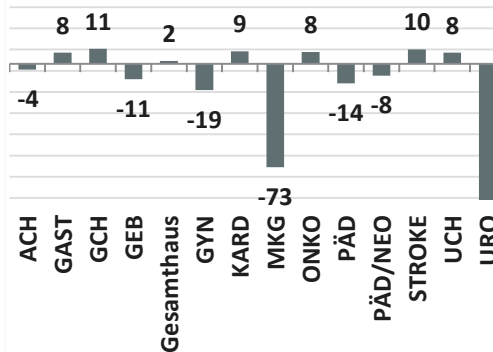
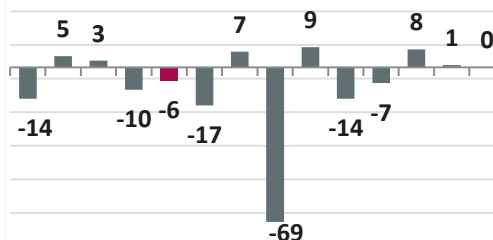


Casemix



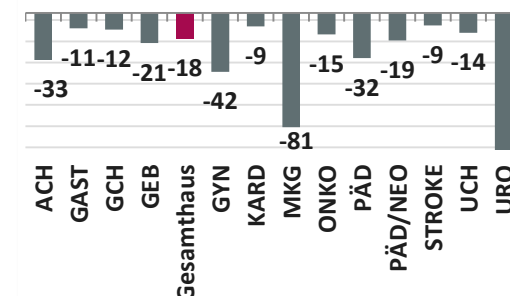
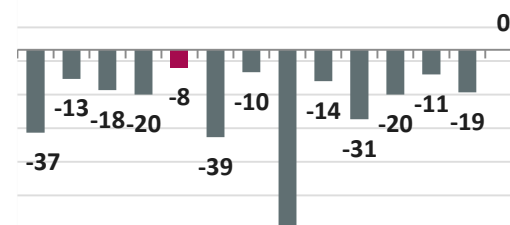
Medium Case

(Fortführung ohne Änderungen)



Worst Case

(Mehrere Negativereignisse)



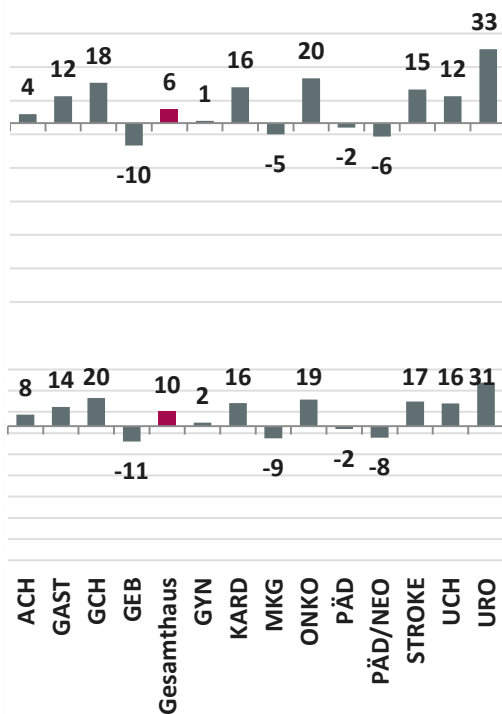
Positiver Fallzahleffekt durch Demografie, Abteilungen teilweise mit hohen Ambulantisierungspotenzial

Angaben 2035 in % Veränderung zum Datenjahr 2021

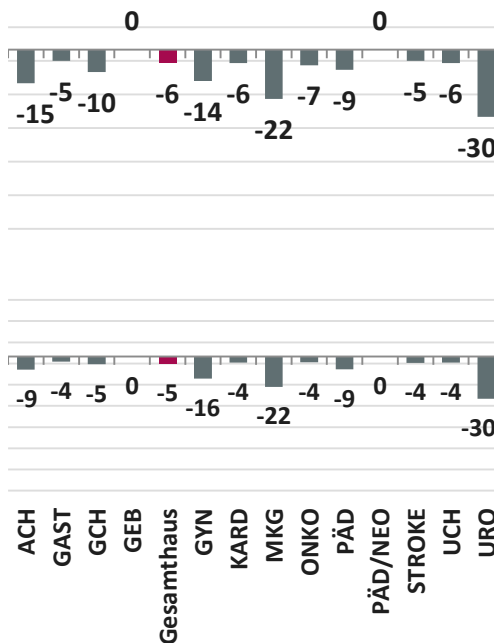
Fälle

Casemix

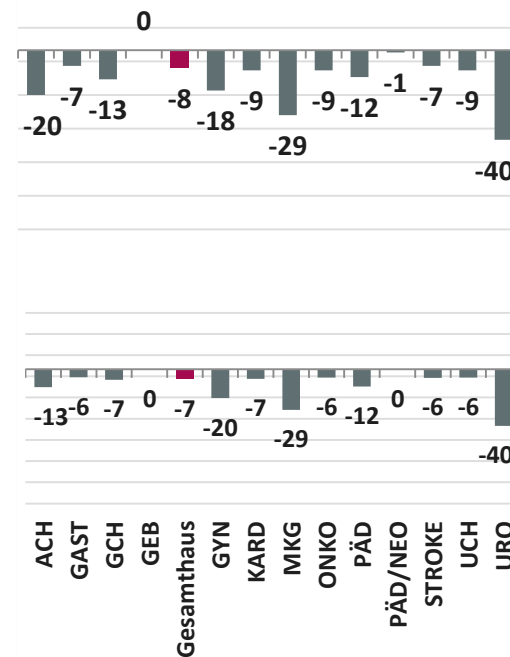
**Einzelfilter
Demografie**



**Einzelfilter
Amb. Potenzial schwach**



**Einzelfilter
Amb. Potenzial stark**



Kennzahlenentwicklung 2035 nach Best, Medium und Worst Case

Gesamthaus, DRG

Kennzahlen Mutlangen	Basisjahr 2021	best 2035		medium 2035		worst 2035	
Fallzahl	17.096	19.069	12%	16.575	-3%	13.563	-21%
DRG-Erlöse in T€	51.475	60.458	17%	52.319	2%	42.209	-18%
Case Mix effektiv	13.732	16.128	17%	13.957	2%	11.260	-18%
CMI effektiv	0,803	0,846	5%	0,842	5%	0,830	3%
CMI relativ	0,837	0,872	4%	0,870	4%	0,857	2%
Anzahl Basis-DRGs	371	371	0%	286	-23%	227	-39%
Ø Verweildauer	5,3	4,8	-9%	4,8	-9%	4,8	-10%
Ø Verweildauer nach FPK	5,7	5,3	-6%	5,3	-7%	5,3	-7%
Ø altersadjustierte Verweildauer FPK	5,7	5,3	-6%	5,3	-7%	5,3	-7%
Bettenbedarf (85% Auslastung, 365 Tage)	293,1	296,0	1%	257,2	-12%	209,7	-28%
Alter Patient	49,7	53,3	7%	53,1	7%	52,5	6%
Anteil Patienten Alter ab 75 Jahre	27,7%	33,1%	19%	33,0%	19%	32,8%	18%
PCCL = 0	66,0%	63,1%	-4%	63,2%	-4%	63,2%	-4%
PCCL = 1	13,4%	13,9%	3%	13,9%	4%	14,0%	4%
PCCL = 2	8,3%	9,2%	10%	9,2%	10%	9,3%	12%
PCCL = 3	8,9%	9,9%	12%	9,9%	11%	9,7%	10%
PCCL = 4	2,8%	3,3%	16%	3,2%	14%	3,1%	10%
Anteil operativer DRGs	29,1%	28,4%	-2%	27,9%	-4%	25,8%	-11%
Anteil Notfälle	58,0%	61,3%	6%	61,4%	6%	61,8%	7%

Anmerkung: Der Filter „Mindestmengen“ wird nicht für Notfälle verwendet, der Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Budgetierung wird nicht berücksichtigt. VWD = Verweildauer, FP = Fallpauschalenkatalog, PCCL = Patient Clinical Complexity Level, OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel.

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb, Mutlangen

Kennzahlenentwicklung 2035 nach Einzelfilter Demografie und ambulantem Potenzial

Gesamthaus, DRG

Kennzahlen Mutlangen	Basisjahr 2021	Demografie 2035		Amb. schwach 2035		Amb. stark 2035	
Fallzahl	17.096	18.054	6%	16.046	-6%	15.661	-8%
DRG-Erlöse in T€	51.475	56.398	10%	48.930	-5%	47.955	-7%
Case Mix effektiv	13.732	15.045	10%	13.053	-5%	12.793	-7%
CMI effektiv	0,803	0,833	4%	0,813	1%	0,817	2%
CMI relativ	0,837	0,864	3%	0,843	1%	0,846	1%
Anzahl Basis-DRGs	371	371	0%	371	0%	371	0%
Ø Verweildauer	5,3	5,6	5%	5,5	4%	5,6	5%
Ø Verweildauer nach FPK	5,7	5,9	3%	5,8	2%	5,8	2%
Ø altersadjustierte Verweildauer FPK	5,7	5,9	3%	5,8	2%	5,8	2%
Bettenbedarf (85% Auslastung, 365 Tage)	293,1	325,1	11%	284,9	-3%	281,1	-4%
Alter Patient	49,7	53,5	8%	49,4	-1%	49,2	-1%
Anteil Patienten Alter ab 75 Jahre	27,7%	32,8%	18%	27,9%	1%	27,9%	1%
PCCL = 0	66,0%	64,1%	-3%	65,0%	-1%	64,7%	-2%
PCCL = 1	13,4%	13,8%	2%	13,5%	1%	13,6%	1%
PCCL = 2	8,3%	8,9%	7%	8,5%	3%	8,6%	4%
PCCL = 3	8,9%	9,5%	8%	9,3%	5%	9,4%	6%
PCCL = 4	2,8%	3,1%	9%	3,0%	6%	3,1%	8%
Anteil operativer DRGs	29,1%	29,8%	2%	27,7%	-5%	27,4%	-6%
Anteil Notfälle	58,0%	59,5%	3%	59,6%	3%	60,2%	4%

Anmerkung: Der Filter „Mindestmengen“ wird nicht für Notfälle verwendet, der Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Budgetierung wird nicht berücksichtigt. VWD = Verweildauer, FP = Fallpauschalenkatalog, PCCL = Patient Clinical Complexity Level, OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel.

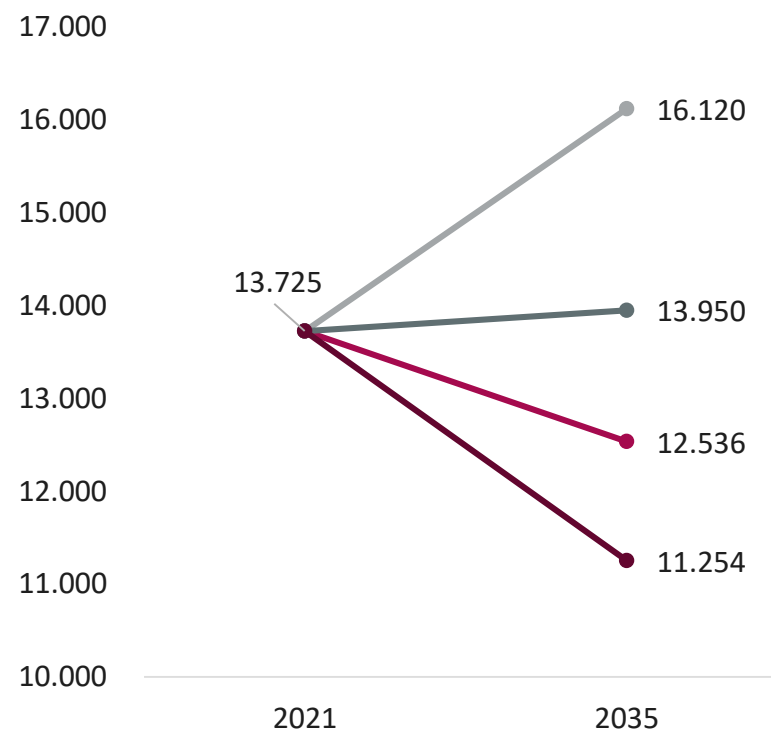
Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb, Mutlangen

Umsetzung von IGES könnte Fallzahlen und Casemix aller drei Szenarien deutlich verschlechtern

Fallzahlen, 2021 und 2035



Casemix, 2021 und 2035



Best case

Medium case

Worst case

Ambulantisierung IGES

Anmerkung: IGES-Szenario berücksichtigt IGES-Kriterien zzgl. Alterskriterium und weiterer Kriterien (höherer Nachsorgebedarf und erhöhter Schweregrad)

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Mutlangen

Fallzahlen nach Szenarien

Fachabteilung Mutlangen	Anzahl Fälle						Demografie 2035	Amb. Pot. Schwach 2035	Amb. Pot. Stark 2035
	2021	IGES 2035 absolut	IGES 2035 relativ	Best Case 2035	Medium Case 2035	Worst Case 2035			
INN	1.590	1.495	-6%	1.949	1.700	1.423	1.848	1.490	1.442
ONKO	1.088	976	-10%	1.370	1.183	931	1.303	1.016	987
GAST	2.964	2.647	-11%	3.572	3.114	2.575	3.324	2.822	2.747
STROKE	576	495	-14%	710	620	513	663	547	537
PÄD	1.598	1.484	-7%	1.593	1.379	1.099	1.565	1.450	1.398
PÄD/NEO	472	472	0%	496	440	379	442	470	469
ACH	1.258	713	-43%	1.252	1.086	798	1.305	1.068	1.007
GCH	885	860	-3%	1.069	913	725	1.047	800	773
UCH	1.684	1.435	-15%	1.993	1.697	1.357	1.883	1.575	1.541
URO	5	5	0%	5	0	0	7	4	3
GYN	1.166	757	-35%	1.133	972	706	1.178	1.001	957
GEB	3.470	2.948	-15%	3.509	3.114	2.760	3.117	3.466	3.465
MKG	15	14	-7%	13	5	3	14	12	11
Intensiv	325	321	-1%	405	352	295	359	325	325
Gesamt	17.096	14.622	-14%	19.069	16.575	13.563	18.054	16.046	15.661
<i>Delta zu 2021</i>				12%	-3%	-21%	6%	-6%	-8%

Anmerkung: IGES-Szenario berücksichtigt IGES-Kriterien zzgl. Alterskriterium und weiterer Kriterien (höherer Nachsorgebedarf und erhöhter Schweregrad)

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Mutlangen

Casemix nach Szenarien

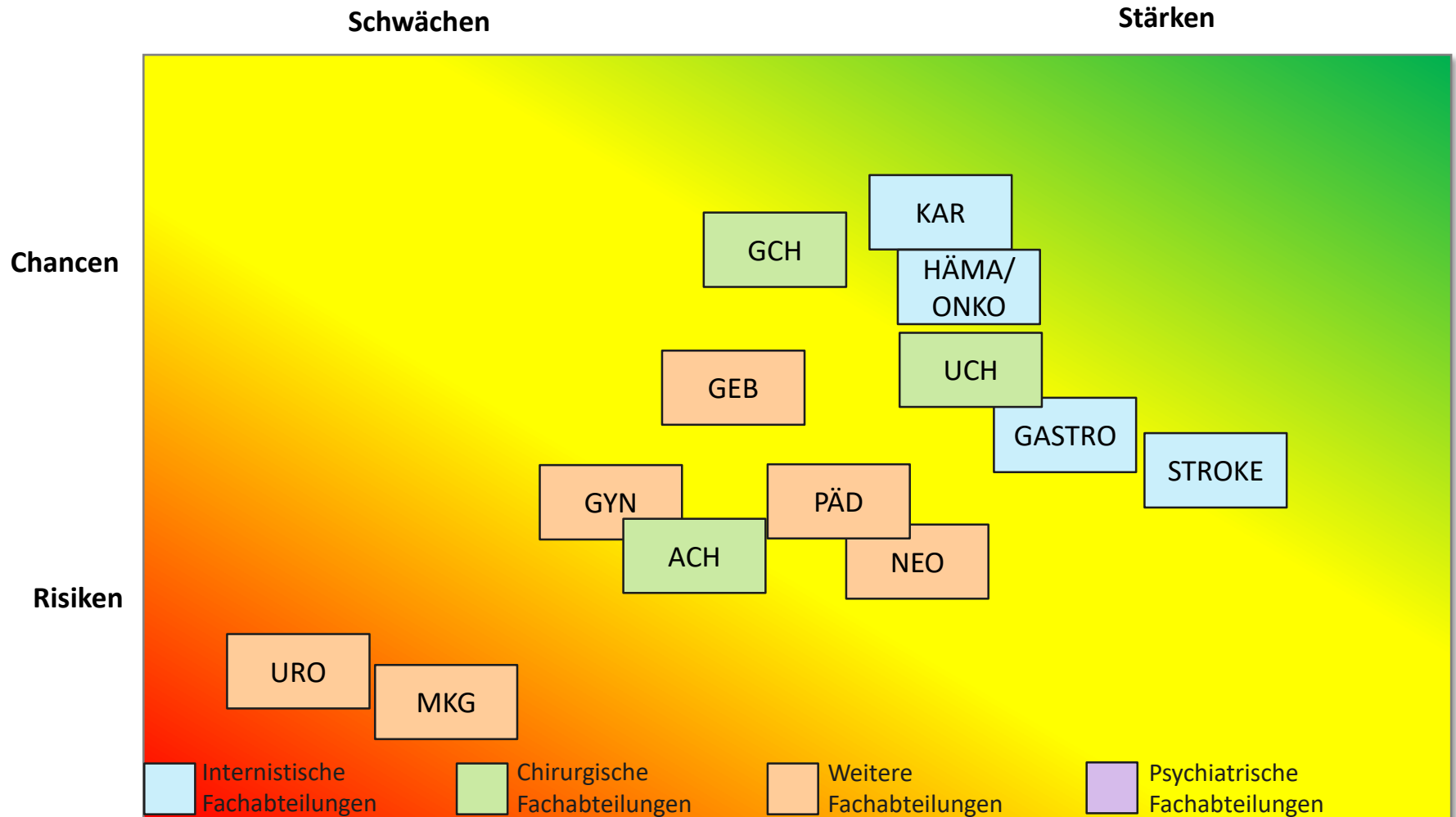
Fachabteilung Mutlangen	Casemix								
	2021	IGES 2035 absolut	IGES 2035 relativ	Best Case 2035	Medium Case 2035	Worst Case 2035	Demografie 2035	Amb. Pot. Schwach 2035	Amb. Pot. Stark 2035
INN	1.205	1.169	-3%	1.507	1.309	1.092	1.401	1.152	1.124
ONKO	960	899	-6%	1.229	1.039	816	1.139	920	904
GAST	1.902	1.773	-7%	2.351	2.051	1.696	2.161	1.834	1.796
STROKE	415	388	-6%	525	457	378	487	396	390
PÄD	629	599	-5%	629	542	429	616	572	552
PÄD/NEO	714	714	0%	736	653	575	654	713	713
ACH	1.312	996	-24%	1.457	1.257	876	1.417	1.190	1.147
GCH	1.284	1.269	-1%	1.643	1.419	1.133	1.539	1.215	1.189
UCH	2.299	2.169	-6%	2.888	2.477	1.980	2.666	2.202	2.164
URO	2	2	0%	2	0	0	3	1	1
GYN	939	728	-22%	910	764	549	961	791	748
GEB	1.436	1.204	-16%	1.440	1.278	1.132	1.279	1.435	1.435
MKG	11	10	-7%	9	3	2	10	8	8
Intensiv	617	616	0%	795	700	594	705	617	617
Gesamt	13.725	12.536	-9%	16.120	13.950	11.254	15.038	13.047	12.787
<i>Delta zu 2021</i>				17%	2%	-18%	10%	-5%	-7%

Anmerkung: IGES-Szenario berücksichtigt IGES-Kriterien zzgl. Alterskriterium und weiterer Kriterien (höherer Nachsorgebedarf und erhöhter Schweregrad)

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Mutlangen

Internistische Abteilungen mit deutlich besserer Prognose

SWOT-Analyse



Zusammenfassung der internistischen Fachabteilungen I

Kardiologie, Hämatologie/Onkologie, Gastroenterologie, Schlaganfall

	Kardiologie	Hämatologie/Onkologie	Gastroenterologie
2019 – 2022¹⁾	Fallzahlen und Casemix seit 2019 rückläufig	Fallzahlen und Casemix seit 2019 rückläufig	Fallzahlen und Casemix seit 2019 rückläufig
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: +9% davon Demografie: +16%	Casemix im Medium Case: +8% davon Demografie: +19%	Casemix im Medium Case: +8% davon Demografie: +14%
Leistungs- spektrum	Innere Medizin: mit konstanten CMI Kardiologie: Geringes amb. Potenzial: -4%	Innere Medizin: mit konstanten CMI Hämatologie/Onkologie: Geringes amb. Potenzial: -4%	Innere Medizin: mit konstanten CMI Gastroenterologie: Mäßiges amb. Potenzial: -4%
Einzugsgebiet	Überregionales Einzugsgebiet, reicht über 30-Minuten- Fahrzeitzone und südöstliche Landkreisgrenze hinaus	Überregionales Einzugsgebiet, reicht über 30-Minuten- Fahrzeitzone und nördliche Landkreisgrenze hinaus	Leicht überregionales Einzugsgebiet, reicht über 30- Minuten-Fahrzeitzone und nördliche Landkreisgrenze hinaus
Konkurrenz	Konkurrenten außerhalb der 30- Minuten-Fahrzeitzone, kreisförmig um Ostalbkreis lokalisiert	Kein Konkurrent innerhalb der 30- Minuten-Fahrzeitzone, fallzahlstarke Konkurrenten außerhalb Ostalbkreis	Kein Konkurrent innerhalb der 30- Minuten-Fahrzeitzone, Konkurrenten außerhalb Ostalbkreis lokalisiert

1) Innere Medizin Mutlangen bei zeitlicher Betrachtung zusammen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Mutlangen 2019-2022, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Zusammenfassung der internistischen Fachabteilungen II

Kardiologie, Hämatologie/Onkologie, Gastroenterologie, Schwerpunkt Schlaganfall

	Schwerpunkt Schlaganfall
2019 – 2022 ¹⁾	Fallzahlen und Casemix seit 2019 rückläufig
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: +10% davon Demografie: +17%
Leistungs- spektrum	Innere Medizin: mit konstanten CMI Schwerpunkt Schlaganfall: Geringes amb. Potenzial: -4%
Einzugsgebiet	Regionales Einzugsgebiet, innerhalb 30-Minuten- Fahrzeitzone mit Konzentration um Standort
Konkurrenz	Kein Konkurrent innerhalb der 30- Minuten-Fahrzeitzone, Aalen auch mit Versorgungsangebot, Konkurrenten außerhalb Ostalbkreis lokalisiert

1) Innere Medizin Mutlangen bei zeitlicher Betrachtung zusammen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Mutlangen 2019-2022, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Zusammenfassung der chirurgischen Fachabteilungen

Allgemeine Chirurgie, Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie,

	Allgemeine Chirurgie ¹⁾	Gefäßchirurgie ¹⁾	Unfallchirurgie
2019 – 2022	Fallzahlen und Casemix seit 2019 rückläufig	Fallzahlen und Casemix seit 2019 rückläufig	Fallzahl und Casemix bis 2021 sinkend, in 2022 wieder steigend
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: -4% davon Demografie: +8%	Casemix im Medium Case: +11% davon Demografie: +20%	Casemix im Medium Case: +8% davon Demografie: +16%
Leistungs- spektrum	Allgemeine Chirurgie: Instabile CMI-Entwicklung Allgemeine Chirurgie: Mäßiges amb. Potenzial: -9%	Allgemeine Chirurgie: Instabile CMI-Entwicklung Gefäßchirurgie: Mäßiges amb. Potenzial: -5%	CMI Rückgang nach 2020, Fallzahlgewinne besonders Frakturen des Femurs Geringes amb. Potenzial: -4%
Einzugsgebiet	Überregionales Einzugsgebiet, reicht in westlicher Richtung über 30-Minuten-Fahrzeitzone hinaus, südlich außerhalb Ostalbkreis	Regionales Einzugsgebiet, reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone hinaus und deckt weitere Gebiete des Ostalbkreises ab	Einzugsgebiet reicht über 30- Minuten-Fahrzeitzone und südöstliche Landkreisgrenze hinaus
Konkurrenz	Kein Konkurrent innerhalb der 30- Minuten-Fahrzeitzone, jedoch außerhalb und um Landkreisgrenze herum	Kein Konkurrent innerhalb der 30- Minuten-Fahrzeitzone, jedoch um Landkreisgrenze herum	Keine Konkurrent innerhalb der 30- Minuten-Fahrzeitzone, unfallchirurgische Leistungserbringung auch an Verbundstandorten

1) Allgemeine Chirurgie und Gefäßchirurgie Mutlangen bei zeitlicher Betrachtung 2019 bis 2022 zusammen
Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Mutlangen 2019-2022, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Zusammenfassung der weiteren Fachabteilungen I

Urologie, Pädiatrie, Neonatologie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe, MKG

	Urologie	Pädiatrie	Neonatologie
2019 – 2022	Fallzahlen und Casemix seit 2019 rückläufig ; Geringes Fallaufkommen	Fallzahl und Casemix ab 2020 wieder steigend	Fallzahl und Casemix bis 2021 steigend , von 2021 zu 2022 rückgängig
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: -100% davon Demografie: +16%	Casemix im Medium Case: -14% davon Demografie: -2%	Casemix im Medium Case: -8% davon Demografie: -8%
Leistungs- spektrum	Konstanter CMI, seit 2019 kontinuierlicher Fallzahlrückgang, Abteilung mit sehr hohen ambulanten Potenzial Sehr hohes amb. Potenzial: -30%	Pädiatrie mit konstanten aber geringen CMI, Fallzahlgewinne besonders bei akuten Infektionen Mäßiges amb. Potenzial: -9%	Nach 2020 Neonatologie mit CMI Rückgang Kein amb. Potenzial: 0%
Einzugsgebiet	Einzugsgebiet innerhalb 30-Minuten-Fahrzeitzone mit südlicher Konzentration um Standort Mutlangen	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und nördliche Landkreisgrenze hinaus	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und nördliche Landkreisgrenze hinaus
Konkurrenz	Konkurrenten außerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone, urologisches Angebot auch in Ellwangen	Kein Konkurrent innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone , pädiatisches Angebot auch in Aalen	Kein Konkurrent innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone , neonatologisches Angebot auch in Aalen

Zusammenfassung der weiteren Fachabteilungen II

Urologie, Pädiatrie, Neonatologie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe, MKG

	Frauenheilkunde ¹⁾	Geburtshilfe ¹⁾	MKG
2019 – 2022	Fallzahlen seit 2019 rückläufig; mit kurzer Erholung 2021; Casemix rückläufig	Fallzahlen seit 2019 rückläufig; mit kurzer Erholung 2021; Casemix rückläufig	Fallzahl und Casemix seit 2019 rückläufig; geringes Fallaufkommen
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: -19% davon Demografie: +2%	Casemix im Medium Case: -11% davon Demografie: -11%	Casemix im Medium Case: -73% davon Demografie: -9%
Leistungs-spektrum	Frauenheilkunde/Geburtshilfe: mit konstanten CMI Frauenheilkunde: Hohes amb. Potenzial: -16%	Frauenheilkunde/Geburtshilfe: mit konstanten CMI, Geburtshilfe: Kein amb. Potenzial: 0%	MKG mit schwankenden CMI, Hohes amb. Potenzial: -22%
Einzugsgebiet	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und Landkreisgrenze hinaus	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und Landkreisgrenze hinaus	Einzugsgebiet meist innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone und geringe Fallzahlen in Richtung Aalen
Konkurrenz	Keine Konkurrent innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone , eher um Landkreis lokalisiert, Versorgungsangebote auch an Verbundstandorten	Keine Konkurrent innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone , eher um Landkreis lokalisiert, Versorgungsangebote auch an Verbundstandorten	Konkurrenten außerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone und Landkreisgrenze

1) Frauenheilkunde und Geburtshilfe Mutlangen bei zeitlicher Betrachtung 2019 bis 2022 zusammen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Mutlangen 2019-2022, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Agenda



Methodik

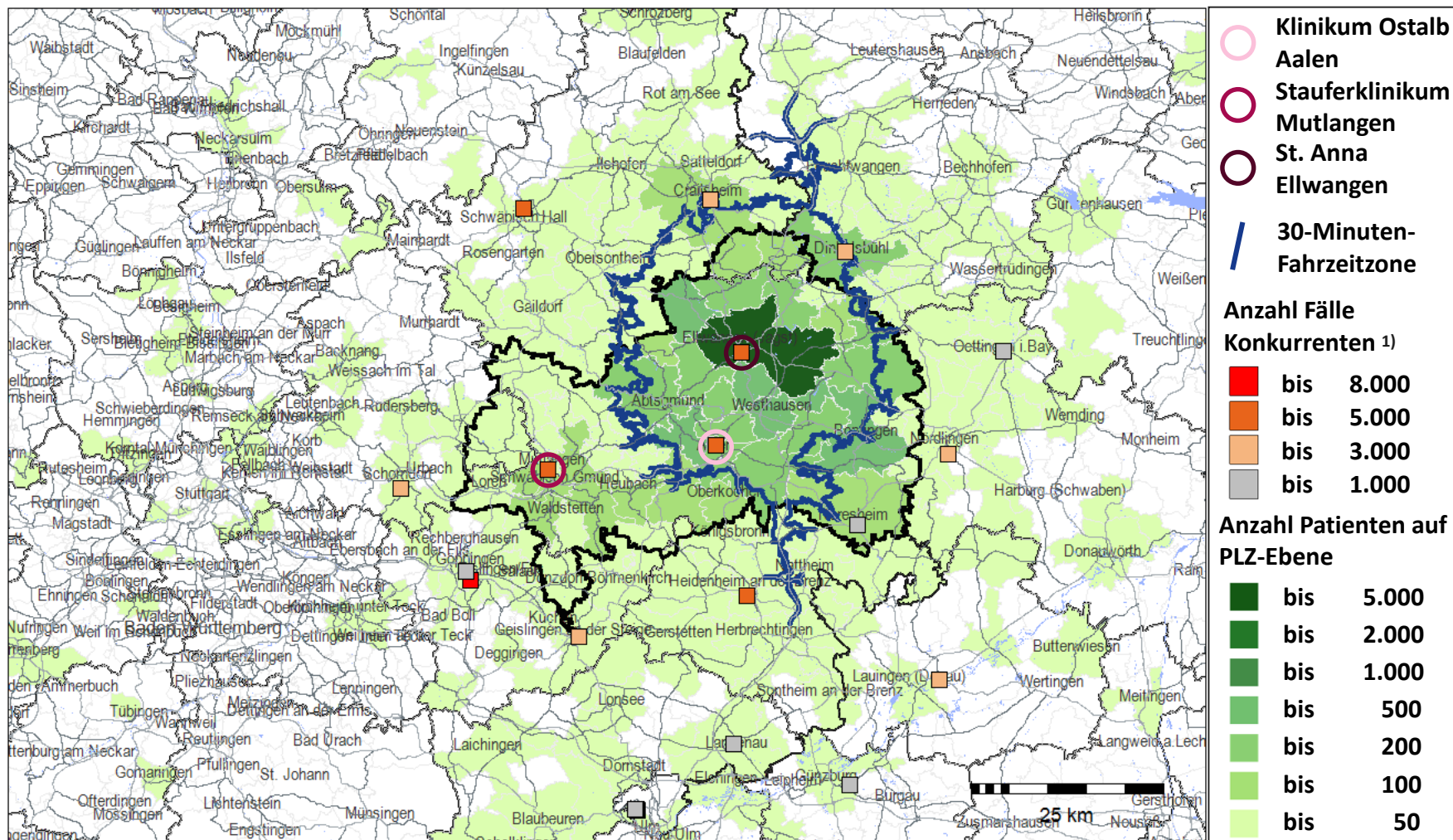
Zusammenfassung Kliniken Ostalb

- Ausgangslage Standort Aalen
- Ausgangslage Mutlangen
- **Ausgangslage Ellwangen**

Einzelanalysen der Fachabteilungen pro Standort

Einzugsgebiet reicht über die 30 Minuten Fahrzeitzone und die Landkreisgrenze hinaus

100% Einzugsgebiet - Gesamthaus, Ellwangen

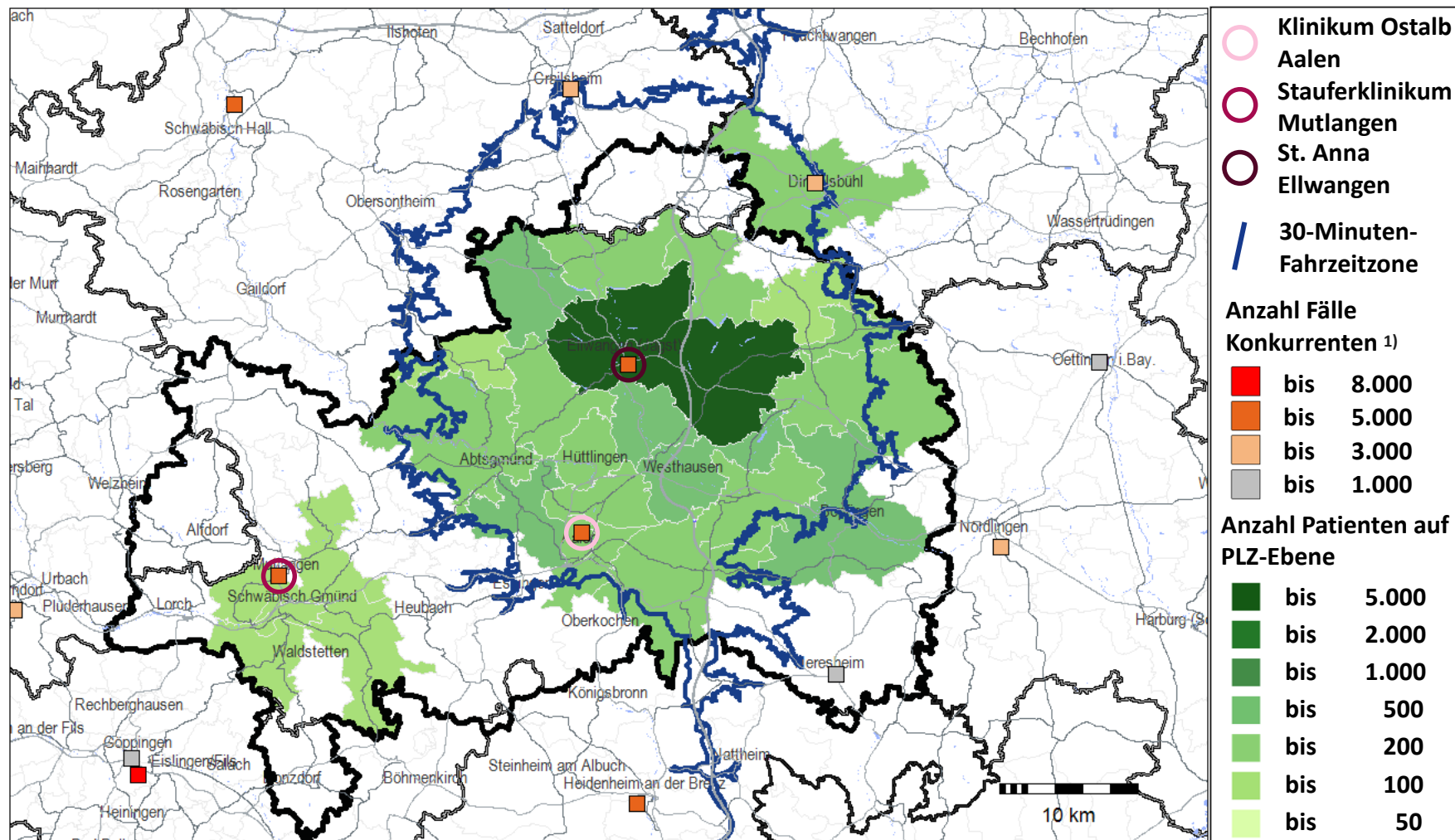


1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Ellwangen 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

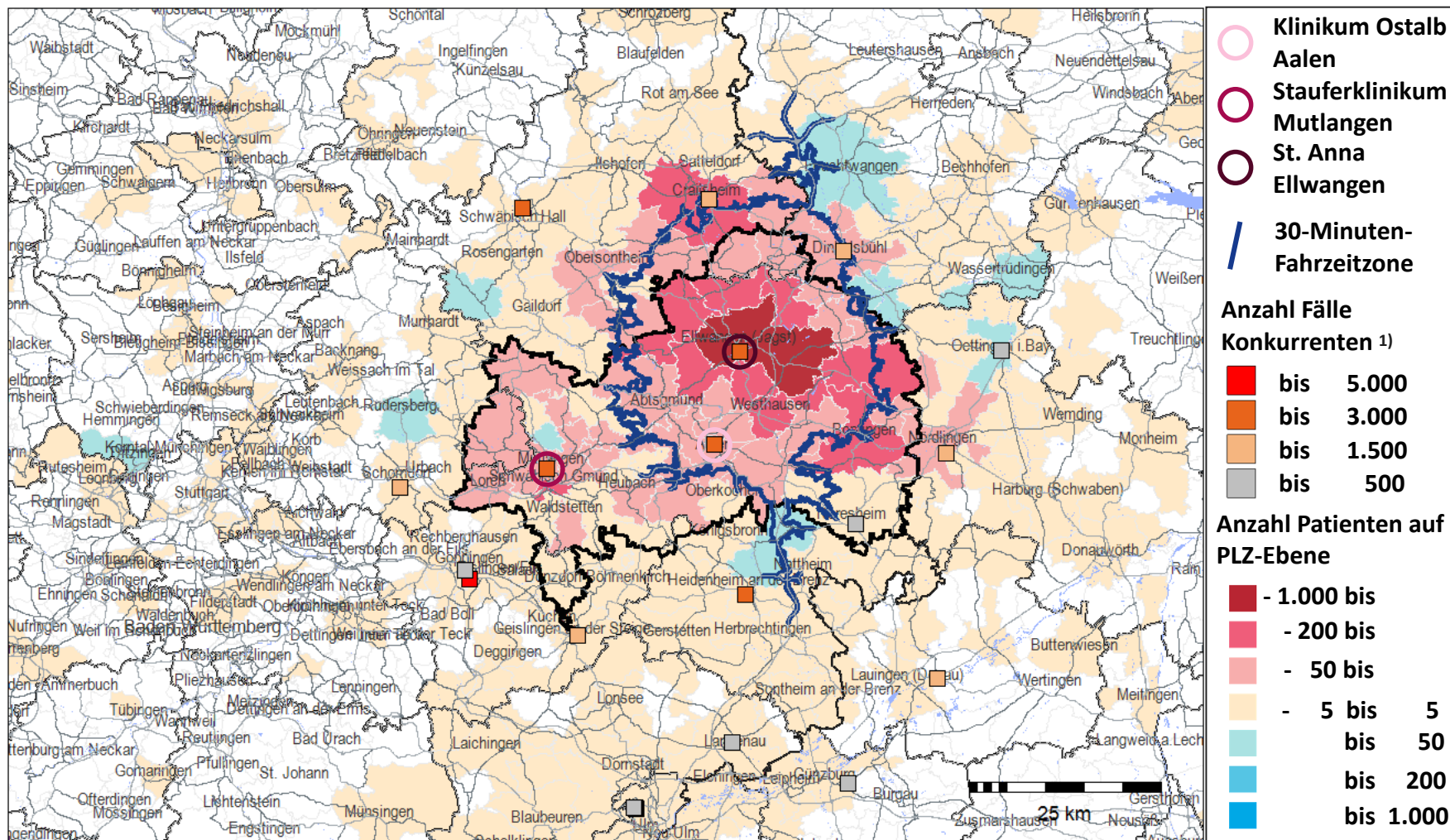
Kerneinzugsgebiet orientiert sich an 30 Minuten Fahrzeitzone mit weißen Flecken im Norden, außerdem Fälle aus Mutlangen

80% Einzugsgebiet - Gesamthaus, Ellwangen



Fast ausschließlich Fallzahlverluste, insbesondere im direkten Standortumfeld

Delta 2019-2021 - Gesamthaus, Ellwangen



1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Ellwangen 2019, 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Rückläufige Fallzahlen und Case Mix in fast allen Clustern am Standort Ellwangen

Gesamthaus

Fachabteilung	Fälle					Case Mix				
	2019	2020	2021	2022	Trend '19-'22	2019	2020	2021	2022	Trend '19-'22
Innere Medizin	3.185	2.764	2.491	2.304		1.678	1.576	1.445	1.292	
Internistische Abteilungen	3.185	2.764	2.491	2.304		1.678	1.576	1.445	1.292	
Veränderungen zum Vorjahr in %		-13,2%	-9,9%	-7,5%			-6,1%	-8,3%	-10,6%	
Allgemeine Chirurgie	3.069	2.477	2.240	2.100		2.719	2.364	2.184	2.381	
Urologie	2.033	1.640	1.574	1.561		1.327	1.072	1.027	1.003	
Chirurgische Abteilungen	5.102	4.117	3.814	3.661		4.046	3.437	3.211	3.384	
Veränderungen zum Vorjahr in %		-19,3%	-7,4%	-4,0%			-15,0%	-6,6%	5,4%	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.205	955	882	793		506	384	364	331	
Frauen und Kinder	1.205	955	882	793		506	384	364	331	
Veränderungen zum Vorjahr in %		-20,7%	-7,6%	-10,1%			-24,1%	-5,2%	-9,0%	
HNO (BA)	18	13	15	11		6	5	6	5	
Intensivmedizin	235	226	154	125		201	203	246	153	
Schmerzmedizin	161	156	200	150		150	144	193	148	
Sonstige Abteilungen	414	395	369	286		358	352	445	305	
Veränderungen zum Vorjahr in %		-4,6%	-6,6%	-22,5%			-1,5%	26,3%	-31,3%	
Gesamt Ellwangen	9.906	8.231	7.556	7.044		6.587	5.749	5.465	5.312	
Veränderungen zum Vorjahr in %		-16,9%	-8,2%	-6,8%			-12,7%	-4,9%	-2,8%	

BA = Belegabteilung

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Ellwangen 2019, 2020, 2021, 2022

Rückläufige Fallzahlen und Day Mix an beiden Standorten, leichte Erholung 2022 am Standort Aalen

Gesamthaus

Fachabteilung	Fälle				Daymix			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Psychsomatik/Psychotherapie	152	127	106	116	5.096	5.010	4.209	4.201
Standort Aalen	152	127	106	116	5.096	5.010	4.209	4.201
Veränderungen zum Vorjahr in %		-16,4%	-16,5%	9,4%		-1,7%	-16,0%	-0,2%
Kinder und Jugendpsychiatrie	256	247	233	231	13.015	11.083	13.190	11.456
Standort Ellwangen	256	247	233	231	13.051	11.083	13.190	11.456
Veränderungen zum Vorjahr in %		-3,5%	-5,7%	-0,9%		-15,1%	19,0%	-13,1%
Verbund	408	374	339	347	18.147	16.093	17.399	15.657
Veränderungen zum Vorjahr in %		-8,3%	-9,4%	2,4%		-11,3%	8,1%	-10,0%

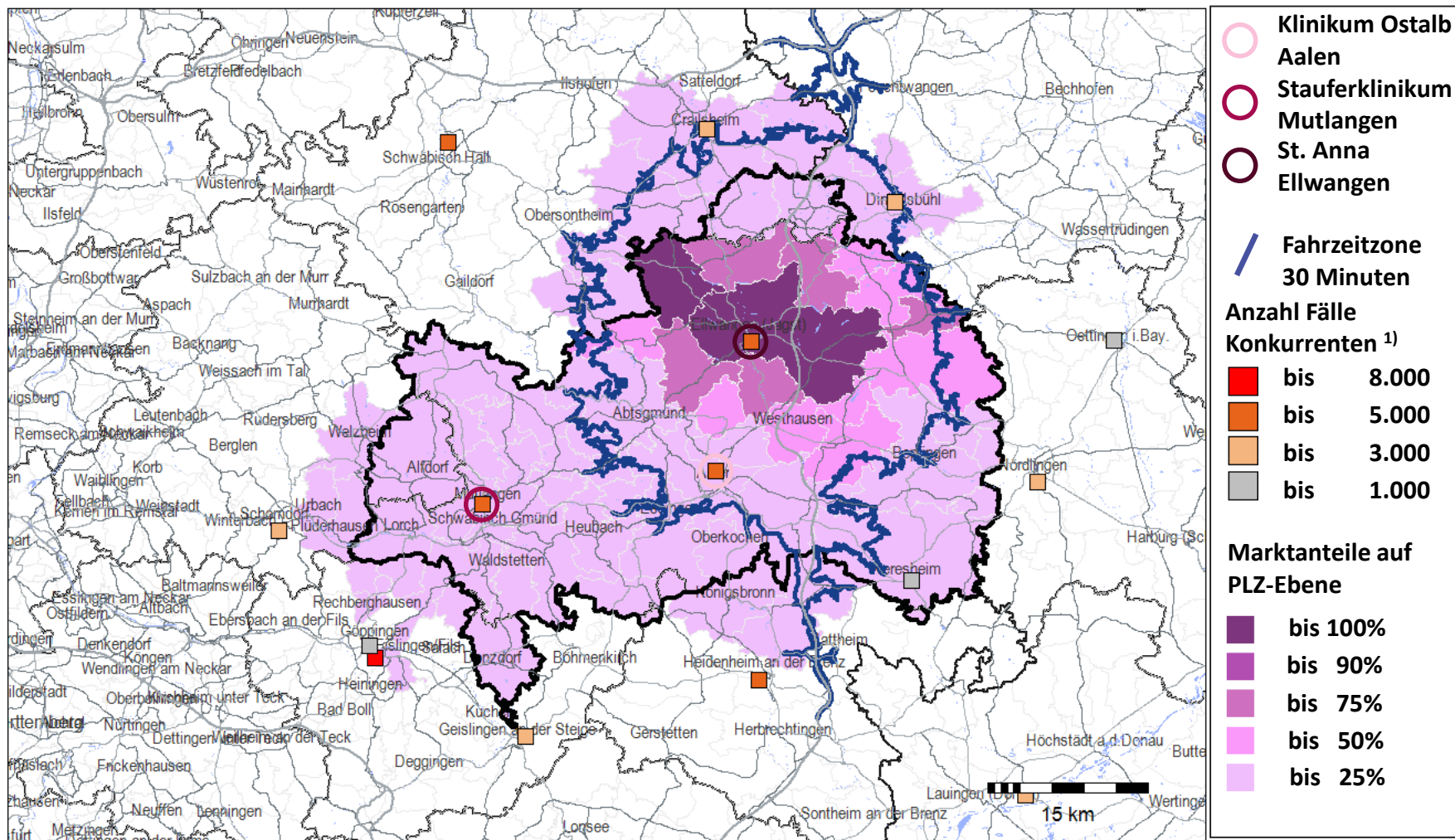
Größere Fallzahlverluste in den fallzahlstarken Bereichen, insbesondere bei Krankheiten des Verdauungssystems und Verletzungen ... und keine Zugewinne

ICD-Kapitelbezeichnung	Fälle Standort Ellwangen					
	2019	2020	2021	2022	Veränderung in %	Trend '19-'22
Gesamthaus	10.162	8.479	7.790	7.275	-28,4%	
Krankheiten des Urogenitalsystems	1.438	1.192	1.143	1.186	-17,5%	
Krankheiten des Verdauungssystems	1.381	1.199	996	940	-31,9%	
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1.187	959	888	801	-32,5%	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	841	628	652	657	-21,9%	
Krankheiten des Kreislaufsystems	758	731	637	539	-28,9%	
Neubildungen	725	583	571	476	-34,3%	
Krankheiten des Atmungssystems	523	544	431	471	-9,9%	
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	621	505	464	426	-31,4%	
Psychische und Verhaltensstörungen	438	422	450	414	-5,5%	
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	510	408	370	381	-25,3%	
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	672	539	415	370	-44,9%	
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	392	305	322	285	-27,3%	
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	336	240	228	178	-47,0%	
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	80	62	73	58	-27,5%	
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	122	78	81	44	-63,9%	
Krankheiten des Nervensystems	54	40	32	24	-55,6%	
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	32	17	14	13	-59,4%	
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	34	20	19	10	-70,6%	
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	18	7	3	1	-94,4%	
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0	0	1	1	100,0%	

Anmerkung: Geburtshilfe inkl. Neugeborene Aufenthalt < 24 Stunden
Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Ellwangen 2019-2022

Hohe Marktanteile im direkten Standortumfeld jedoch nicht bis zur nördlichen und südlichen 30 Minuten Fahrzeitzone

Marktanteile – Gesamthaus, Ellwangen



1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Ellwangen 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Ellwangen mit durchschnittlichen Marktanteilen im Ostalbkreis

Top 30 Diagnosen DRG-Fälle 2021, Gesamthaus, Ellwangen

Nr.	ICD	ICD Text	Marktanteile Ellwangen					Marktanteile KOA gesamt				
			Ostalb- kreis	Aalen 30 min	Ellw. 30 min	Mutl. 30 min	Gesamt	Ostalb- kreis	Aalen 30 min	Ellw. 30 min	Mutl. 30 min	Gesamt
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	13%	0%	12%	0%	10%	100%	25%	27%	35%	78%
2	N20	Nieren- und Ureterstein	51%	0%	22%	4%	37%	64%	0%	22%	5%	46%
3	I50	Herzinsuffizienz	17%	0%	2%	0%	11%	91%	1%	2%	9%	56%
4	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	57%	0%	26%	0%	39%	63%	0%	26%	0%	43%
5	S06	Intrakranielle Verletzung	21%	2%	1%	1%	14%	87%	10%	10%	12%	60%
6	E86	Volumenmangel	46%	0%	5%	0%	32%	89%	0%	6%	6%	62%
7	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	31%	0%	4%	1%	20%	97%	0%	4%	7%	63%
8	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	50%	8%	7%	1%	28%	58%	8%	7%	4%	33%
9	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	100%	0%	100%	57%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	O80	Spontangeburt eines Einlings	36%	0%	18%	0%	21%	95%	15%	22%	16%	54%
11	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	25%	0%	1%	0%	16%	55%	0%	1%	2%	35%
12	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	12%	13%	1%	1%	8%	27%	16%	1%	4%	19%
13	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	100%	0%	82%	0%	92%	100%	0%	82%	0%	94%
14	K40	Hernia inguinalis	16%	3%	4%	2%	12%	64%	3%	4%	10%	45%
15	N40	Prostatahyperplasie	44%	4%	31%	0%	30%	45%	4%	31%	0%	30%
16	M75	Schulterläsionen	24%	5%	7%	0%	17%	29%	5%	7%	1%	21%
17	F45	Somatoforme Störungen	32%	20%	17%	4%	25%	41%	20%	18%	4%	31%
18	S72	Fraktur des Femurs	18%	0%	3%	0%	11%	96%	4%	3%	11%	60%
19	K80	Cholelithiasis	13%	0%	1%	0%	9%	82%	9%	4%	7%	55%
20	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	18%	0%	9%	0%	14%	56%	4%	12%	26%	46%
21	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	24%	0%	4%	0%	16%	80%	0%	7%	9%	56%
22	M54	Rückenschmerzen	18%	3%	2%	0%	11%	42%	3%	3%	4%	26%
23	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	9%	0%	0%	0%	6%	23%	0%	2%	1%	14%
24	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	18%	0%	2%	0%	12%	76%	0%	5%	5%	52%
25	K57	Divertikelkrankheit des Darms	17%	0%	5%	1%	12%	75%	0%	5%	18%	52%
26	K35	Akute Appendizitis	23%	0%	8%	0%	16%	100%	14%	11%	26%	82%
27	S52	Fraktur des Unterarmes	22%	0%	2%	0%	13%	98%	3%	3%	15%	61%
28	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	8%	0%	0%	0%	5%	72%	1%	1%	10%	45%
29	F32	Depressive Episode	1%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	2%	1%
30	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	10%	0%	0%	0%	7%	32%	1%	0%	2%	21%
Gesamtergebnis Top 30 ICD			21%	1%	6%	0%	15%	76%	6%	9%	11%	51%

Marktanteil
gering



Marktanteil
hoch

Anmerkung: Standort: rot: <10% , gelb >10% <35%, grün >35% ; Verbund: rot: <50% , gelb >50% <70%, grün >70%

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Ellwangen 2021, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2019

Aalen deckt häufigsten Diagnose auf dem Markt unterdurchschnittlich ab, Fallpotenziale sowohl am Standort als auch im Verbund vorhanden

Top 30 Diagnosen DRG-Fälle 2021, Markt, Ellwangen

Nr.	ICD	ICD Text	Fälle Markt	Marktanteil	
				Ell- wangen	KOA Gesamt
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	3.178	10%	78%
2	I50	Herzinsuffizienz	2.241	11%	56%
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	1.533	5%	45%
4	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.435	6%	14%
5	I63	Hirninfarkt	1.504	0%	47%
6	S06	Intrakranielle Verletzung	1.338	14%	60%
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1.150	8%	19%
8	K80	Cholelithiasis	1.209	9%	55%
9	I21	Akuter Myokardinfarkt	1.188	2%	48%
10	I20	Angina pectoris	1.037	0%	37%
11	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	986	4%	17%
12	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	993	16%	35%
13	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	978	5%	31%
14	I70	Atherosklerose	1.059	1%	34%
15	S72	Fraktur des Femurs	926	11%	60%
16	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	982	7%	21%
17	K40	Hernia inguinalis	1.073	12%	45%
18	F33	Rezidivierende depressive Störung	830	0%	0%
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	925	20%	63%
20	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	673	2%	46%
21	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	813	7%	38%
22	O80	Spontangeburt eines Einlings	697	21%	54%
23	M54	Rückenschmerzen	649	11%	26%
24	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	589	28%	33%
25	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	550	0%	33%
26	R55	Synkope und Kollaps	789	5%	36%
27	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	655	1%	53%
28	K57	Divertikelkrankheit des Darmes	712	12%	52%
29	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	619	9%	49%
30	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	623	3%	28%
Gesamtergebnis Top 30 ICD			31.934	8%	44%

Fallpotenziale

- Kardiologie
- Pneumologie
- Orthopädie
- Alterstraumatologie
- Gastroenterologie

Marktanteil
gering



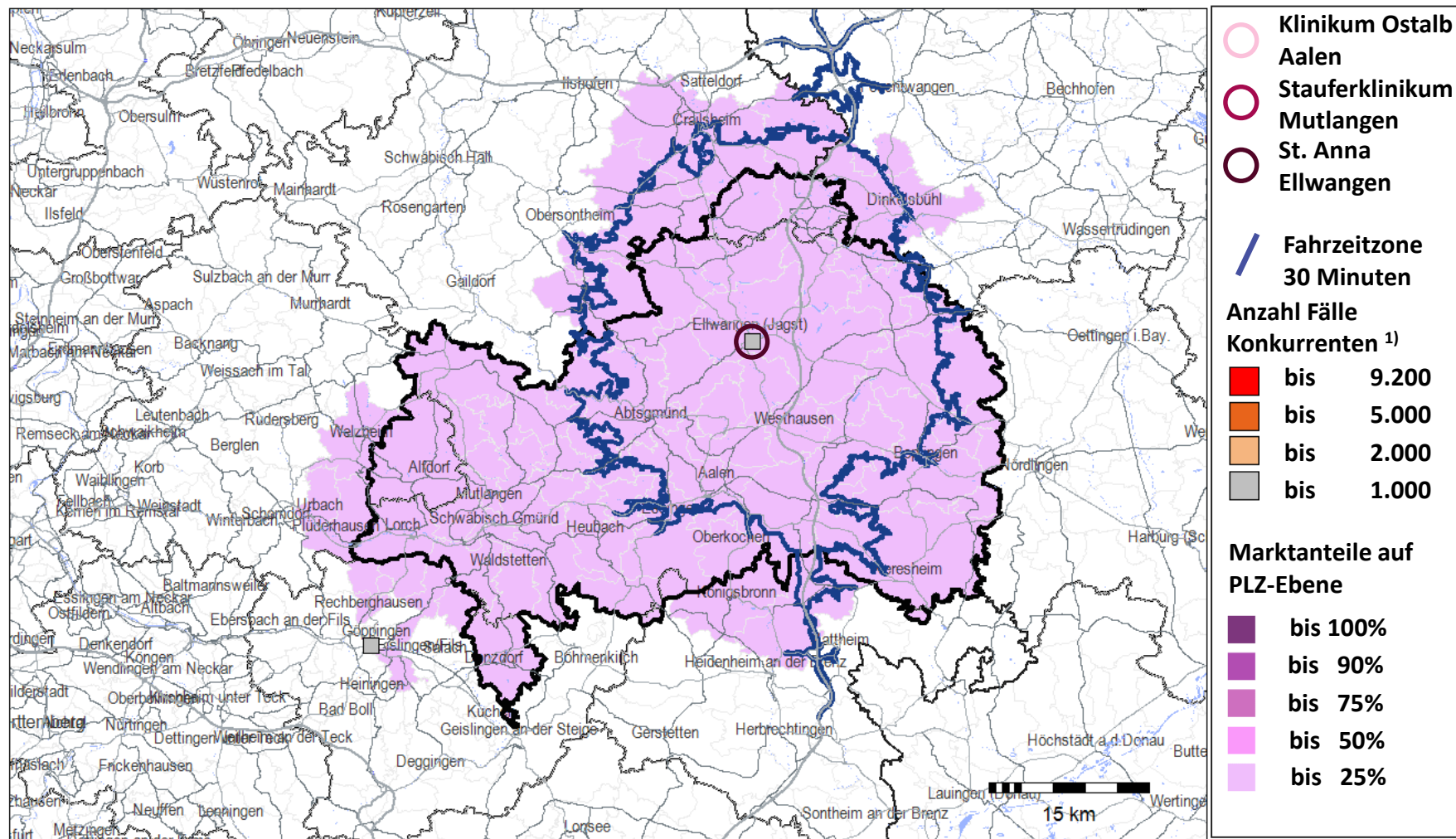
Marktanteil
hoch

Anmerkung: Standort: rot: <10% , gelb >10% <35%, grün >35% ; Verbund: rot: <50% , gelb >50% <70%, grün >70%

Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Ellwangen 2021, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2019

Keine relevanten Marktanteile in der HNO in Ellwangen

Marktanteile – Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ellwangen



1) Bezogen auf die Top 20 ICDs der Fachabteilungen

Quelle: hcb, §21-er Datensatz Kliniken Ostalb-Ellwangen 2021, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019

Standort verantwortlich für psychiatrische Versorgung im Kreis, hohe Anteile bei den häufigsten Diagnosen mit Ausnahme von Depressionen

Top 30 Diagnosen PEPP-Fälle 2021, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ellwangen



Nr.	ICD	ICD Text	Marktanteile Ellwangen					Marktanteile KOA gesamt				
			Ostalb-kreis	Aalen 30 min	Ellw. 30 min	Mutl. 30 min	Gesamt	Ostalb-kreis	Aalen 30 min	Ellw. 30 min	Mutl. 30 min	Gesamt
1	F32	Depressive Episode	8%	9%	4%	0%	6%	8%	9%	4%	0%	6%
2	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	16%	8%	3%	0%	11%	16%	8%	3%	0%	11%
3	F90	Hyperkinetische Störungen	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	100%
4	F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	100%
5	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	100%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	100%
6	F50	Essstörungen	60%	0%	0%	0%	39%	60%	0%	0%	0%	39%
7	F40	Phobische Störungen	37%	0%	0%	0%	22%	37%	0%	0%	0%	22%
8	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	1%
9	F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	100%
10	F42	Zwangsstörung	6%	100%	0%	0%	7%	6%	100%	0%	0%	7%
11	F41	Andere Angststörungen	8%	0%	0%	0%	5%	8%	0%	0%	0%	5%
12	F91	Störungen des Sozialverhaltens	23%	0%	0%	0%	17%	23%	0%	0%	0%	17%
13	F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
14	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	22%	0%	0%	0%	12%	22%	0%	0%	0%	12%
15	F70	Leichte Intelligenzminderung	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
16	F20	Schizophrenie	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
17	F95	Ticstörungen	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
18	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	3%	0%	0%	0%	2%	3%	0%	0%	0%	2%
19	F33	Rezidivierende depressive Störung	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Gesamtergebnis Top 19 ICD			7%	10%	1%	0%	5%	7%	10%	1%	0%	5%

Marktanteil
gering



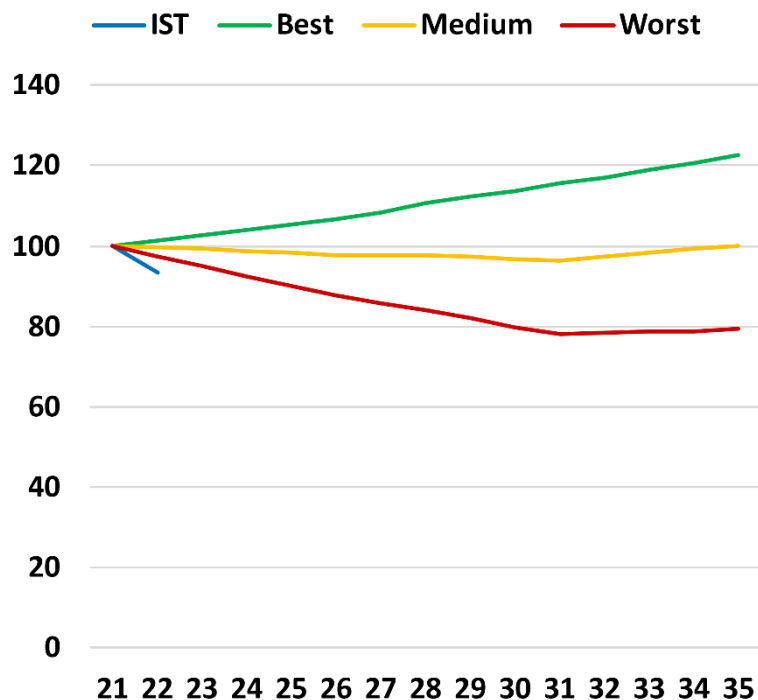
Marktanteil
hoch

Anmerkung: Standort: rot: <10% , gelb >10% <35%, grün >35% ; Verbund: rot: <50% , gelb >50% <70%, grün >70%
 Quelle: hcb, §21-er Datensätze Kliniken Ostalb-Ellwangen 2021, Tiefgegliederte Diagnosedaten 2019

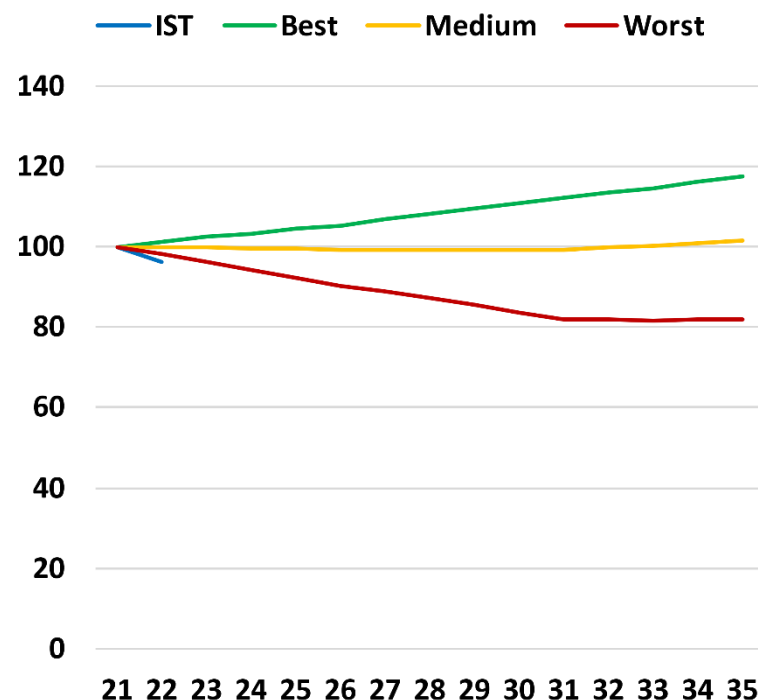
Medium Case mit stabilem Casemix, aber Status quo aktuell unter Worst Case Szenario

Gesamthaus, DRG

Fallzahlentwicklung in %



Casemixentwicklung in %



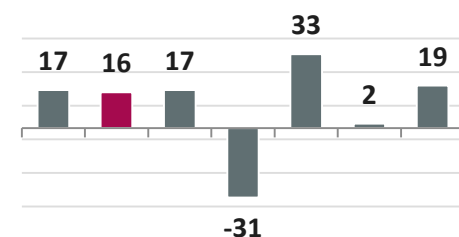
Deutliches Fallzahlwachstum nur im Best Case zu erwarten, starker Rückgang bei Casemix

Angaben 2035 in % Veränderung zum Datenjahr 2021

Fälle

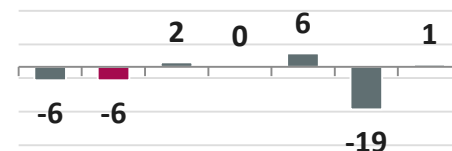
Best Case

(Proaktive Weiterentwicklung)



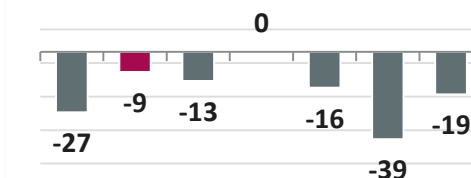
Medium Case

(Fortführung ohne Änderungen)

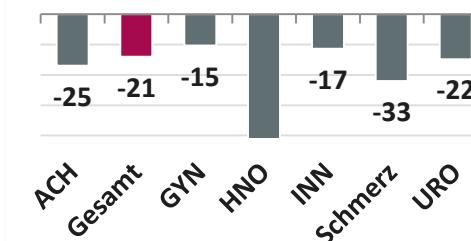
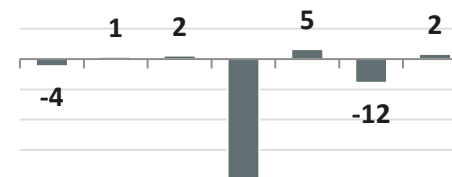
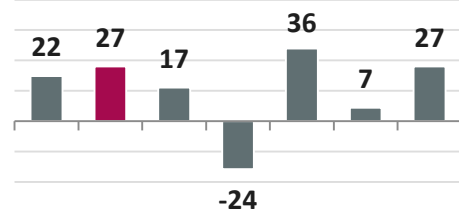


Worst Case

(Mehrere Negativereignisse)



Casemix



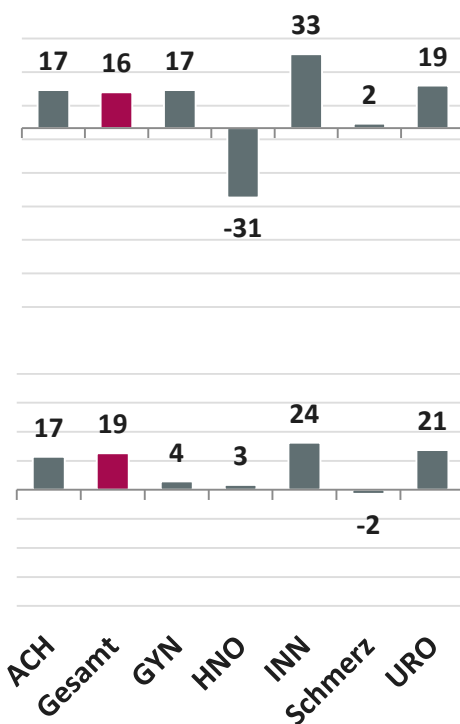
Positiver Fallzahleffekt durch Demografie

Angaben 2035 in % Veränderung zum Datenjahr 2021

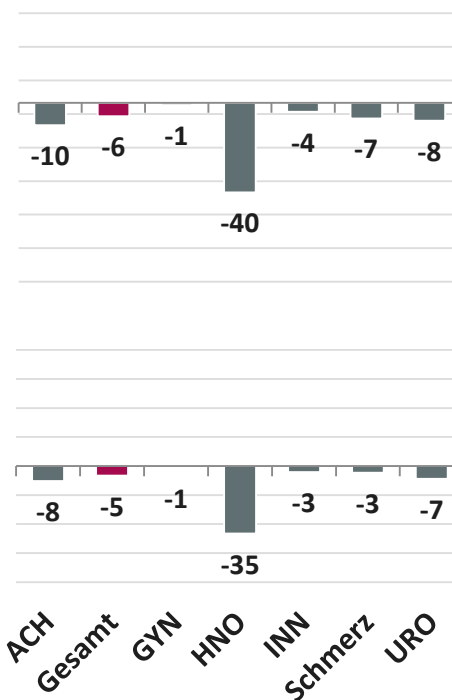
Fälle

Casemix

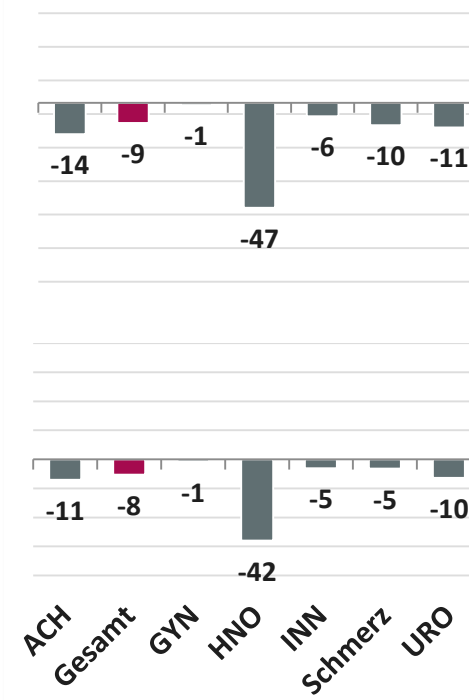
**Einzelfilter
Demografie**



**Einzelfilter
Amb. Potenzial schwach**



**Einzelfilter
Amb. Potenzial stark**



Kennzahlenentwicklung 2035 nach Best, Medium und Worst Case

Gesamthaus, DRG

Kennzahlen Ellwangen	Basisjahr 2021	best 2035		medium 2035		worst 2035	
Fallzahl	7.554	9.265	23%	7.567	0%	5.990	-21%
DRG-Erlöse in T€	20.494	26.045	27%	20.685	1%	16.096	-21%
Case Mix effektiv	5.464	6.945	27%	5.515	1%	4.292	-21%
CMI effektiv	0,723	0,750	4%	0,729	1%	0,717	-1%
CMI relativ	0,742	0,764	3%	0,743	0%	0,729	-2%
Anzahl Basis-DRGs	284	282	-1%	150	-47%	113	-60%
Ø Verweildauer	5,5	4,4	-20%	4,3	-22%	4,3	-22%
Ø Verweildauer nach FPK	5,3	4,9	-7%	4,8	-9%	4,8	-9%
Ø altersadjustierte Verweildauer FPK	5,3	4,9	-7%	4,8	-9%	4,8	-9%
Bettenbedarf (85% Auslastung, 365 Tage)	135,0	132,1	-2%	105,9	-22%	83,6	-38%
Alter Patient	59,8	62,3	4%	61,9	4%	61,5	3%
Anteil Patienten Alter ab 75 Jahre	33,9%	38,4%	13%	38,1%	12%	38,5%	14%
PCCL = 0	70,7%	67,8%	-4%	69,1%	-2%	69,9%	-1%
PCCL = 1	11,8%	12,6%	7%	12,6%	6%	12,6%	6%
PCCL = 2	8,3%	9,2%	10%	9,1%	10%	9,0%	8%
PCCL = 3	6,7%	7,6%	14%	6,9%	4%	6,2%	-7%
PCCL = 4	2,2%	2,5%	13%	2,0%	-8%	2,0%	-7%
Anteil operativer DRGs	32,5%	30,6%	-6%	29,6%	-9%	28,5%	-12%
Anteil Notfälle	56,5%	60,4%	7%	59,8%	6%	61,0%	8%

Anmerkung: Der Filter „Mindestmengen“ wird nicht für Notfälle verwendet, der Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Budgetierung wird nicht berücksichtigt. VWD = Verweildauer, FP = Fallpauschalenkatalog, PCCL = Patient Clinical Complexity Level, OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel.

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Ellwangen

Kennzahlenentwicklung 2035 nach Best, Medium und Worst Case

Gesamthaus, PEPP

Kennzahlen Ellwangen	Basisjahr 2021	best 2035		medium 2035		worst 2035	
Fallzahl	234	255	9%	217	-7%	168	-28%
Ø Verweildauer	35,5	32,8	-8%	32,9	-7%	33,2	-6%
Ø Verweildauer nach FPK	24,6	25,5	4%	25,6	4%	26,1	6%
Alter Patient	13,8	13,7	-1%	13,7	0%	13,9	1%
Anteil Patienten Alter ab 75 Jahre	0,0%	0,0%	0%	0,0%	0%	0,0%	0%
Anteil Notfälle	47,0%	47,4%	1%	48,4%	3%	51,7%	10%

Anmerkung: Der Filter „Mindestmengen“ wird nicht für Notfälle verwendet, der Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Budgetierung wird nicht berücksichtigt. VWD = Verweildauer, FP = Fallpauschalenkatalog, PCCL = Patient Clinical Complexity Level, OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel.

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Ellwangen

Kennzahlenentwicklung 2035 nach Einzelfilter

Demografie und ambulantest Potenzial

Gesamthaus, DRG

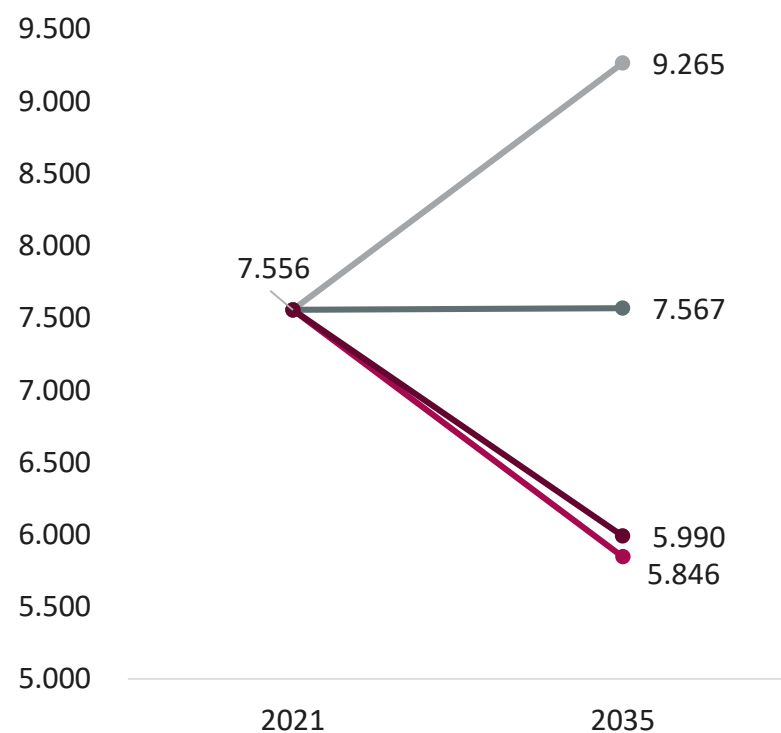
Kennzahlen Ellwangen	Basisjahr 2021	Demografie 2035		Amb. schwach 2035		Amb. stark 2035	
Fallzahl	7.554	8.773	16%	7.071	-6%	6.889	-9%
DRG-Erlöse in T€	20.494	24.372	19%	19.394	-5%	18.946	-8%
Case Mix effektiv	5.464	6.498	19%	5.171	-5%	5.052	-8%
CMI effektiv	0,723	0,741	2%	0,731	1%	0,733	1%
CMI relativ	0,742	0,758	2%	0,747	1%	0,748	1%
Anzahl Basis-DRGs	284	284	0%	282	-1%	282	-1%
Ø Verweildauer	5,5	5,7	3%	5,7	4%	5,8	5%
Ø Verweildauer nach FPK	5,3	5,4	2%	5,4	2%	5,4	3%
Ø altersadjustierte Verweildauer FPK	5,3	5,4	2%	5,4	2%	5,4	3%
Bettenbedarf (85% Auslastung, 365 Tage)	135,0	161,2	19%	130,8	-3%	128,8	-5%
Alter Patient	59,8	62,3	4%	59,7	0%	59,7	0%
Anteil Patienten Alter ab 75 Jahre	33,9%	37,7%	11%	34,5%	2%	34,6%	2%
PCCL = 0	70,7%	68,9%	-2%	69,7%	-1%	69,3%	-2%
PCCL = 1	11,8%	12,3%	4%	12,1%	2%	12,2%	3%
PCCL = 2	8,3%	8,9%	7%	8,6%	4%	8,7%	5%
PCCL = 3	6,7%	7,2%	9%	7,0%	5%	7,1%	6%
PCCL = 4	2,2%	2,4%	6%	2,4%	6%	2,4%	9%
Anteil operativer DRGs	32,5%	32,6%	0%	30,5%	-6%	29,9%	-8%
Anteil Notfälle	56,5%	57,4%	2%	59,4%	5%	60,6%	7%

Anmerkung: Der Filter „Mindestmengen“ wird nicht für Notfälle verwendet, der Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Filter „Ambulantes Potenzial“ gilt nicht für die Intensivmedizin. Budgetierung wird nicht berücksichtigt. VWD = Verweildauer, FP = Fallpauschalenkatalog, PCCL = Patient Clinical Complexity Level, OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel.

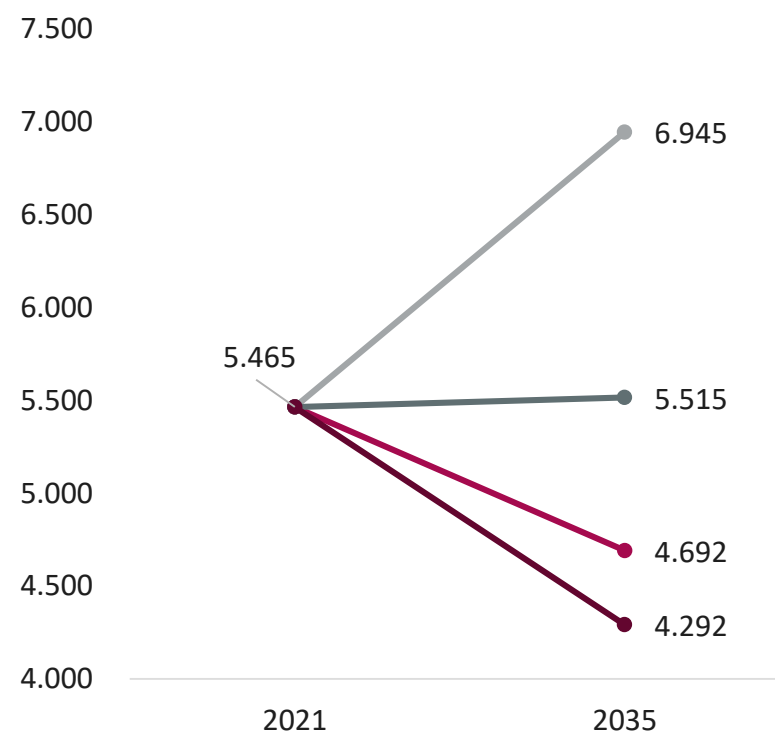
Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Ellwangen

Umsetzung von IGES könnte Fallzahlen und Casemix noch verschlechtern

Fallzahlen, 2021 und 2035



Casemix, 2021 und 2035



Best case

Medium case

Worst case

Ambulantisierung IGES

Anmerkung: IGES-Szenario berücksichtigt IGES-Kriterien zzgl. Alterskriterium und weiterer Kriterien (höherer Nachsorgebedarf und erhöhter Schweregrad)

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Ellwangen

Fallzahlen und Casemix nach Szenarien

Fachabteilung Ellwangen	Anzahl Fälle								
	2021	IGES 2035 absolut	IGES 2035 relativ	Best Case 2035	Medium Case 2035	Worst Case 2035	Demografie 2035	Amb. Pot. Schwach 2035	Amb. Pot. Stark 2035
INN	2.491	2.168	-13%	3.306	2.645	2.093	3.056	2.390	2.341
ACH	2.240	1.642	-27%	2.621	2.107	1.629	2.586	2.008	1.933
URO	1.574	987	-37%	1.875	1.594	1.269	1.806	1.451	1.401
GYNGEB	882	724	-18%	1.030	903	771	922	876	874
HNO	15	11	-27%	10	0	0	15	9	8
Intensiv	154	146	-5%	218	156	105	194	153	153
Schmerz	200	168	-16%	204	162	123	195	186	180
Gesamt	7.556	5.846	-23%	9.265	7.567	5.990	8.773	7.071	6.889
<i>Delta zu 2021</i>									
				23%	0%	-21%	16%	-6%	-9%

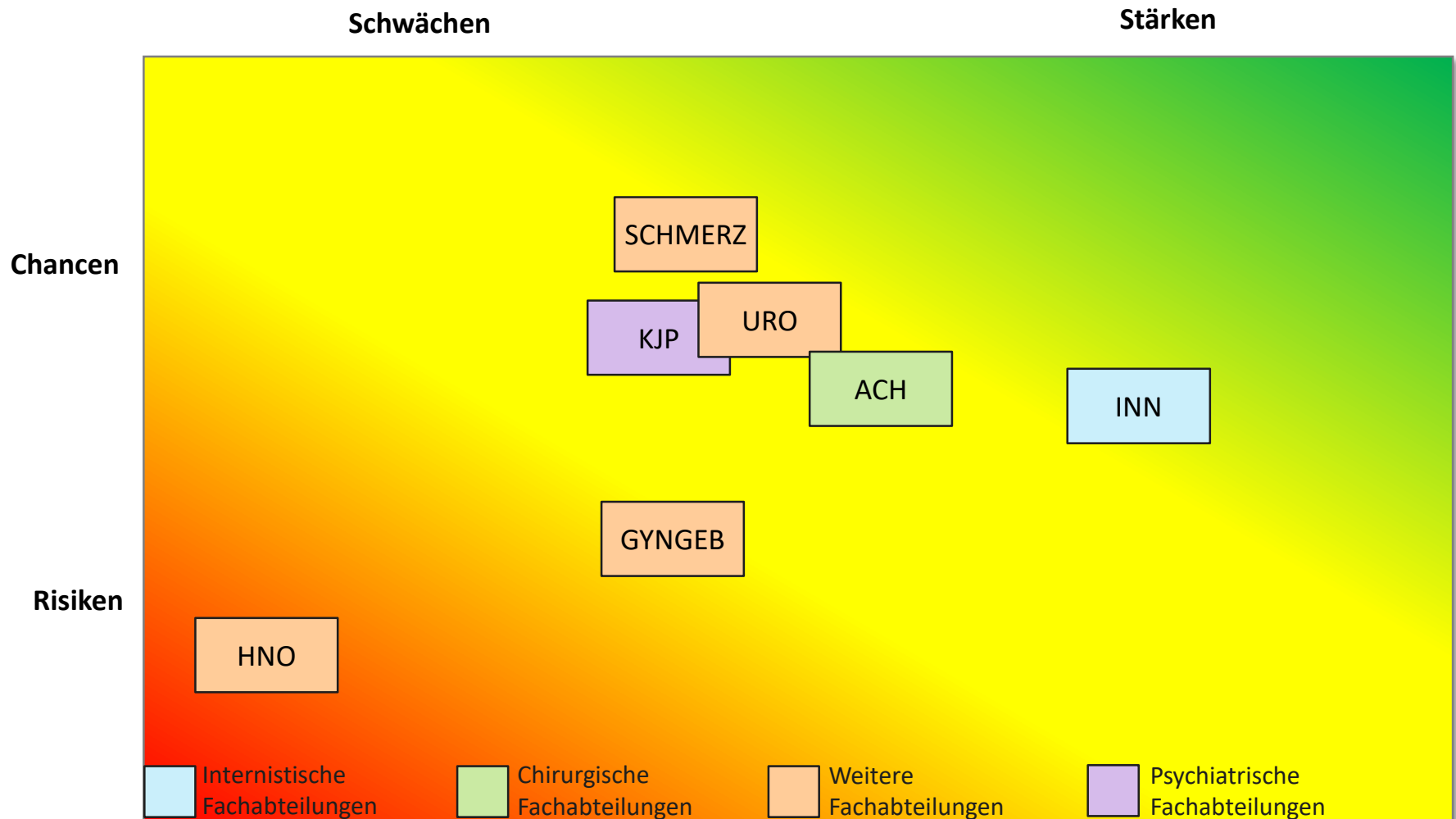
Fachabteilung Ellwangen	Casemix								
	2021	IGES 2035 absolut	IGES 2035 relativ	Best Case 2035	Medium Case 2035	Worst Case 2035	Demografie 2035	Amb. Pot. Schwach 2035	Amb. Pot. Stark 2035
INN	1.445	1.320	-9%	1.964	1.516	1.198	1.797	1.400	1.378
ACH	2.184	1.870	-14%	2.671	2.106	1.629	2.560	2.016	1.953
URO	1.027	778	-24%	1.304	1.051	798	1.238	958	928
GYNGEB	364	297	-19%	425	371	308	381	362	361
HNO	6	4	-31%	5	0	0	6	4	3
Intensiv	246	244	-1%	370	301	230	329	245	245
Schmerz	193	179	-7%	206	171	129	189	187	184
Gesamt	5.465	4.692	-14%	6.945	5.515	4.292	6.498	5.171	5.052
<i>Delta zu 2021</i>									
				27%	1%	-21%	19%	-5%	-8%

Anmerkung: IGES-Szenario berücksichtigt IGES-Kriterien zzgl. Alterskriterium und weiterer Kriterien (höherer Nachsorgebedarf und erhöhter Schweregrad)

Quelle: hcb, §21-er Datensätze 2021 Kliniken Ostalb, Ellwangen

Chance vereinzelte Fallzahlrückgänge durch demografischen Rückenwind zu komoensieren

SWOT-Analyse



Zusammenfassung der internistischen Fachabteilungen

Innere Medizin

	Innere Medizin
2019 – 2022	Fallzahl- und Casemix seit 2019 rückgängig
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: +5% davon Demografie: +24%
Leistungs- spektrum	Innere Medizin mit leicht schwankenden CMI, Fallzahlrückgang besonders bei kardio-logischen Krankheitsbildern (Top 3 ICDs) Geringes amb. Potenzial: -3%
Einzugsgebiet	Einzugsgebiet reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und nordöstliche Landkreisgrenze hinaus
Konkurrenz	Verbundstandort innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone, weitere Konkurrenten außerhalb des Ostalbkreises

Zusammenfassung der chirurgischen Fachabteilungen

Allgemeine Chirurgie

	Allgemeine Chirurgie
2019 – 2022	Fallzahlen seit 2019 rückläufig ; Casemix im Jahr 2022 wieder steigend
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: -4% davon Demografie: +17%
Leistungs- spektrum	Allgemeine Chirurgie mit steigenden CMI , Fallzahlrückgang besonders bei intrakraniellen Verletzungen Mäßiges amb. Potenzial: -8%
Einzugsgebiet	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten- Fahrzeitzone und südliche Landkreisgrenze hinaus
Konkurrenz	Standort Aalen innerhalb der 30- Minuten-Fahrzeitzone, weitere Konkurrenten außerhalb des Ostalbkreises

Zusammenfassung der psychiatrische Fachabteilungen Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP),

	Kinder- und Jugendpsychiatrie
2019 – 2022	Fallzahlen seit 2019 rückläufig; Daymix schwankend
2021 – 2035	Daymix im Medium Case: -7%
Leistungs- spektrum	KJP mit konstantem CMI , Fallzahlgewinne besonders bei depressiven Episoden
Einzugsgebiet	Überregionales Einzugsgebiet , reicht in Teilen über 30-Minuten- Fahrzeitzone und südliche Landkreisgrenze hinaus
Konkurrenz	Keine Konkurrenten innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone

Zusammenfassung der weiteren Fachabteilungen I

Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie, HNO, Schmerzmedizin

	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Urologie	HNO
2019 – 2022	Fallzahlen und Casemix seit 2019 rückläufig	Fallzahlen und Casemix seit 2019 rückläufig	Fallzahlen seit 2019 rückläufig; Casemix schwankend
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: -2% davon Demografie: +4%	Casemix im Medium Case: +2% davon Demografie: +21%	Casemix im Medium Case: -100% davon Demografie: 3%
Leistungs- spektrum	Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit niedrig konstantem CMI , Fallzahlrückgang besonders bei Geburten Geringes amb. Potenzial: -1%	Urologie mit konstanten CMI , Fallzahlrückgang besonders bei obstruktiver Uropathie und Refluxuropathie Mäßiges amb. Potenzial: -7%	HNO mit konstanter CMI Steigerung, Abteilung mit geringer Fallzahl Sehr hohes amb. Potenzial: -35
Einzugsgebiet	Einzugsgebiet , meist innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone konzentriert und leichte nördliche Ausdehnung	Überregionales Einzugsgebiet , reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone und Landkreisgrenze hinaus	Regionales Einzugsgebiet innerhalb 30-Minuten-Fahrzeitzone und meist um Standort Ellwangen konzentriert
Konkurrenz	Konkurrenten (Verbundhaus) innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone und um die Landkreisgrenze herum	Keine Konkurrenten innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone, Konkurrenten außerhalb Ostalbkreis lokalisiert	Konkurrenten außerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone mit deutlich mehr Fallzahlen

Zusammenfassung der weiteren Fachabteilungen II

Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie, HNO, Schmerzmedizin

	Schmerzmedizin
2019 – 2022	Fallzahlen und Casemix von 2019 bis 2021 steigend, 2022 sinkend
2021 – 2035	Casemix im Medium Case: -12% davon Demografie: -2%
Leistungs- spektrum	Schmerzmedizin mit recht konstantem CMI, Fallzahlgewinne besonders bei somatoforme Störungen Geringes amb. Potenzial: -3%
Einzugsgebiet	Überregionales Einzugsgebiet, reicht über 30-Minuten-Fahrzeitzone, nördlich und südlich über Landkreisgrenze hinaus
Konkurrenz	Kein Konkurrent innerhalb der 30-Minuten-Fahrzeitzone, Konkurrenten liegen außerhalb des Ostalbkreises



Vielen Dank!

Institute for Health Care Business GmbH
Friedrich-Ebert-Str. 55
45127 Essen

Tel.: 0201 / 29 39 3000
Mail: info@hcb-institute.de
URL: hcb-institute.de

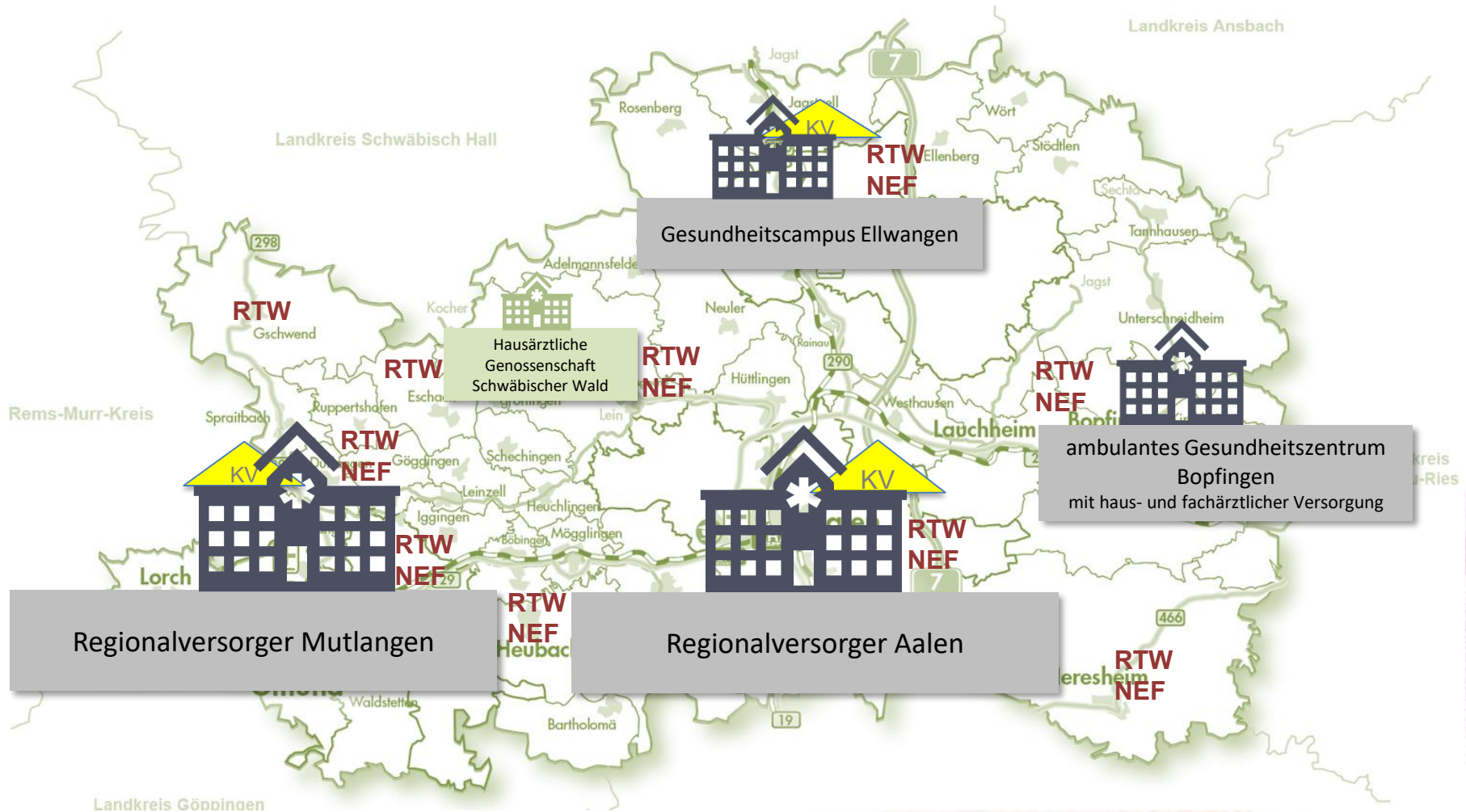
Zielbilder / Modellvarianten

Modell 1 – 1 Regionalversorger und 1 Grundversorger (2d)



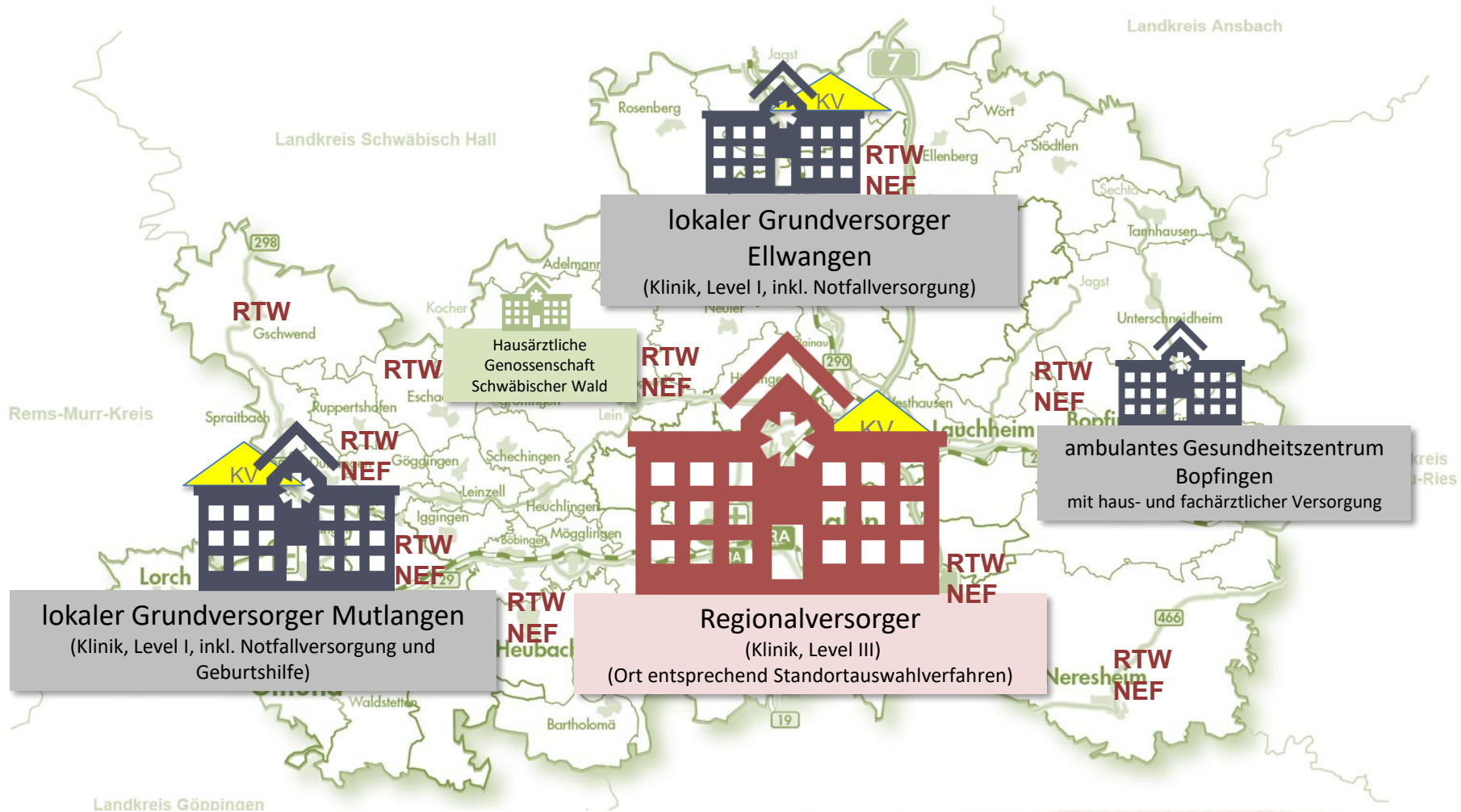
Zielbilder / Modellvarianten

Modell 2 – „2 starke Häuser“ durch 2 Regionalversorger



Zielbilder / Modellvarianten

Modell 3 – 1 Regionalversorger



Management Summary

Machbarkeitsstudie

Vorstand Finanzen – zentrale Infrastruktur

in Zusammenarbeit mit

FG Architekten & Sachverständige GmbH

IST-Situation – Bestandsaufnahme



Ostalb-Klinikum Aalen

Betten + Tagesklinikplätze	452
Klinik - Somatik	355 Betten
Psychosomatik	18 Betten
Psychosomatik	24 Tagesklinikplätze
Geriatrische Reha	45 Betten
Geriatrische Reha	10 Tagesklinikplätze
Operationssäle	5 + 2 ¹⁾



St. Anna-Virngrund-Klinik Ellwangen

Betten + Tagesklinikplätze	305 (davon 63 ZfP)
Klinik - Somatik	206 Betten
Kinder- & Jugendpsych.	23 Betten
Kinder- & Jugendpsych.	13 Tagesklinikplätze ²⁾
ZfP Winnenden	45 Betten ³⁾
ZfP Winnenden	18 Tagesklinikplätze ³⁾
Operationssäle	4



Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

Betten + Tagesklinikplätze	421
Klinik - Somatik	401 Betten
Orthopädische Reha	20 Tagesklinikplätze
Operationssäle	7 + 2 ⁴⁾

Kliniken Ostalb - Gesamt

Betten + Tagesklinikplätze	1.178 (davon 63 ZfP)
Operationssäle	16 + 4

¹⁾ 2 ambulante Operationssäle im MDZ Aalen

²⁾ Nicht am Standort Ellwangen → Hirschbachhaus Aalen

³⁾ Nicht in Trägerschaft der Kliniken Ostalb gkAöR

⁴⁾ 2 ambulante Operationssäle im Haus der Gesundheit Schwäbisch Gmünd

Modellvarianten im Rahmen Zukunftskonzept

Standorte				Erste Kostenschätzung (06/2022)	
	Neuer Standort	Ellwangen	Mutlangen	Baukosten Gesamt	Kostenanteil Kreis ./ . kalkulierter Fördermittel
IIc	Schwerpunkthaus Neubau "grüne Wiese", östlich von Aalen max. 650 Betten ca. 12 OP-Säle + ambulante OP's	Nachfolgenutzung	Nebenhaus Sanierung max. 250 Betten ca. 4 OP-Säle ggf. + ambulante OP's	ca. 690 Mio. €	ca. 370 Mio. €
IIId	Schwerpunkthaus Neubau "grüne Wiese", westlich von Aalen max. 650 Betten ca. 12 OP-Säle + ambulante OP's	Nebenhaus (Instandhaltung) max. 250 Betten ca. 4 OP-Säle ggf. + ambulante OP's	Nachfolgenutzung	ca. 550 Mio. €	ca. 250 Mio. €
III	Zentralklinikum Neubau "grüne Wiese", zentral gelegen max. 900 Betten ca. 16 OP-Säle + ambulante OP's	Nachfolgenutzung	Nachfolgenutzung	ca. 770 Mio. €	ca. 370 Mio. €

Planungsparameter:

- Gesamtbettenzahl (inkl. Tagesklinikplätze) max. 900 anstelle 1.178 (davon 63 ZfP)
- Ca. 16 OP-Säle (inkl. Hybrid-OP), zusätzlich mind. 4 ambulante OP's
- Kalkulation Baukosten auf Basis aktuellem Baukostenindex
- Nichtbewertung eventueller Rückbau- und Umbaukosten im Rahmen Nachfolgenutzungen
- Nichtberücksichtigung Grunderwerb bei Neubauten
- Mindestansatz Förderquoten: Ø 55% bei Neubauten (vorsichtig bewertet), Ø 15% bei Sanierungen (Erfahrungswert)

Hinweise:

- Beibehaltung Dreihäusigkeit verursacht Sanierungskosten von über ca. 650 Mio. € und einen deutlich höheren Kostenanteil für Kreis
- Erste Kostenschätzung erfolgte unter Einbindung der „FG Architekten & Sachverständige GmbH“ (Sonthofen)

Prüfauftrag Verwaltungsrat:

Sanierung – Erweiterung Ostalb-Klinikum Aalen

Standorte				Erste Kostenschätzung (06/2022)	
	Aalen	Ellwangen	Mutlangen	Baukosten Gesamt	Kostenanteil Kreis ./ . kalkulierter Fördermittel
1	Schwerpunkthaus Sanierung – Erweiterung max. 650 Betten ca. 12 OP-Säle + ambulante OP's	Nachfolgenutzung	Nebenhaus Sanierung max. 250 Betten ca. 4 OP-Säle ggf. + ambulante OP's	ca. 770 Mio. €	ca. 420 Mio. €
2	Schwerpunkthaus Sanierung – Erweiterung max. 650 Betten ca. 12 OP-Säle + ambulante OP's	Nebenhaus (Instandhaltung) max. 250 Betten ca. 4 OP-Säle ggf. + ambulante OP's	Nachfolgenutzung	ca. 630 Mio. €	ca. 340 Mio. €
3	Zentralklinikum Sanierung – Erweiterung max. 900 Betten ca. 16 OP-Säle + ambulante OP's	Nachfolgenutzung	Nachfolgenutzung	ca. 800 Mio. €	ca. 410 Mio. €

Planungsparameter:

- Gesamtbettenzahl (inkl. Tagesklinikplätze) max. 900 anstelle 1.178 (davon 63 ZfP)
- Ca. 16 OP-Säle (inkl. Hybrid-OP), zusätzlich mind. 4 ambulante OP's
- Kalkulation Baukosten auf Basis aktuellem Baukostenindex
- Nichtbewertung eventueller Rückbau- und Umbaukosten im Rahmen Nachfolgenutzungen
- Mindestansatz Förderquoten: Ø 55% bei Neubauten (vorsichtig bewertet), Ø 15% bei Sanierungen (Erfahrungswert)

Hinweise:

- Beibehaltung Dreihäusigkeit verursacht Sanierungskosten von über ca. 650 Mio. € und einen deutlich höheren Kostenanteil für Kreis
- Erste Kostenschätzung erfolgte unter Einbindung der „FG Architekten & Sachverständige GmbH“ (Sonthofen)

Vor- und Nachteile einzelner Variantenmodelle

Modellvarianten im Rahmen Zukunftskonzept			Prüfauftrag Verwaltungsrat: Sanierung – Erweiterung Ostalb-Klinikum Aalen		
IIc ¹⁾ IIId ²⁾ III ³⁾			1 ⁴⁾ 2 ⁵⁾ 3 ⁶⁾		
Vorteile	- Deutlich kürzere Bauzeiten bei Neubauvarianten - Neustrukturierung für ideale Betriebsabläufe möglich - Positive Auswirkungen auf Patienten- und Mitarbeitergewinnung aufgrund moderner medizinischer Strukturen - Höhere Fördermöglichkeit für Neubauten - niedrigere Kosten Kreis - Bessere Umsetzbarkeit Nachhaltigkeit/Energieeffizienz - Günstigere Gebäudezykluskosten - Förderung von Neuausstattungen - Einplanung künftiger Erweiterungsflächen möglich		- Verwertung von grauer Energie in Teilbereichen - Kein zusätzlicher Grunderwerb notwendig		
	- Grunderwerb sowie Bauleitplanung bei Neubau notwendig - Doppelte Vorhaltung Infrastruktur bei Zweihäusigkeit		- Hohe Anzahl an Interimsmaßnahmen - Einschränkungen aufgrund Sanierung im laufenden Betrieb - Hohe Kostenunsicherheit (unvorhersehbare Risiken) - Höhere Planungs-/Honorarkosten - Längere Bauzeiten - Nur in Teilbereichen zu verbessernde Betriebsorganisation - Umbauten/Sanierungen werden nicht / nur anteilig gefördert - Kompromisse bzgl. Nachhaltigkeit/Energieeffizienz - Keine Förderung von Neuausstattungen - Erweiterung nach Norden zwingend erforderlich - Verkehrstechnische Anbindung an B29 fehlt - Doppelte Vorhaltung Infrastruktur bei Zweihäusigkeit		

¹⁾ Schwerpunkthaus auf „grüner Wiese“, östlich von Aalen; Nebenhaus Mutlangen

²⁾ Schwerpunkthaus auf „grüner Wiese“, westlich von Aalen; Nebenhaus Ellwangen

³⁾ Zentralklinikum auf „grüner Wiese“, zentral gelegen

⁴⁾ Schwerpunkthaus am Ostalb-Klinikum Aalen; Nebenhaus Mutlangen

⁵⁾ Schwerpunkthaus am Ostalb-Klinikum Aalen; Nebenhaus Ellwangen

⁶⁾ Zentralklinikum am Ostalb-Klinikum Aalen

Wesentliche Erkenntnisse

1. Gesamtkosten bei Erweiterungsvarianten höher als bei Neubauvarianten
2. Zusätzliche Kostenrisiken bei Erweiterungsbauten – Sanierung im Bestand
3. Höhere Förderquoten bei Neubauten (inkl. Neuausstattungen)
4. Kürzere Bauzeiten bei Neubauvarianten als bei Erweiterungsvarianten:
→ ca. 10 Jahre anstelle ca. 15-20 Jahre
5. Keine Beeinträchtigungen im laufenden Geschäftsbetrieb bei Neubauvarianten
6. Erzielung einer bestmöglichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei Neubauten
7. Bessere Umsetzbarkeit von Klimaneutralität und niedrigere Gebäudezykluskosten bei Neubauvarianten
8. Beibehaltung der Dreihäusigkeit bedeutet langfristig gesehen extrem hohe Sanierungskosten
9. Kurz-/mittelfristige Investitionen zum Erhalt der Bestandsgebäude grundsätzlich erforderlich
10. Baukostenentwicklung wirkt sich auf alle Investitionsvarianten aus

Zusammenfassung der Rückmeldungen aus den Bürgerdialogen der Kliniken Ostalb (27.03.-30.03.2023)

Thema /Ort	Aalen	Bopfingen	Ellwangen	Schwäbisch Gmünd
Notfallversorgung	▶ Rettungshubschrauber Christoph 65 von DKB nach Aalen holen; Lebensgefahr Notfall ▶ Sind vorgegebene Fahrzeiten bei Notfällen einzuhalten mit einem Zentralklinikum? ▶ Schnelle Versorgung im Notfall (Rettungswagen), kurze Wege ▶ Rasche Versorgung Schlaganfall, Herzanfall wichtig ▶ Sollte Dinkelsbühl schließen, ist zu prüfen, ob der Rettungshubschrauber Christoph 65 nach Aalen kommt ▶ Die Notfallversorgung muss stabil bleiben ▶ Notfallversorgung 24/7 an mehreren Orten	▶ Notfallversorgung Top I ohne Regularien und wirtschaftliche Betrachtung ▶ Funktionierende Notfallversorgung ▶ Kürzere Rettungswege ▶ Lachnummer – 116 117 völlig unterbesetzt	▶ Anzahl RTW's Transportkapazität muss gewährleistet sein ▶ Kompetente Besetzung der Leitstelle 112, 116117, aber ohne Ärzte. Die Ärzte brauchen wir im Krankenhaus ▶ Fahren Rettungsdienst / Notärzte in akuten Notfällen nicht nächstgelegenes Krankenhaus an?! Da würden in vielen Richtungen Patienten aus dem Ostalbkreis „verloren gehen“ nach Crailsheim, Schwäbisch Hall, Nördlingen,... ▶ Ärztliche Versorgungsstrukturen in Ellwangen 24/7 mit Bereitschaftsstrukturen ▶ In Ellwangen muss eine Notversorgung, z. B. für Schlaganfall oder Herzinfarkt, unbedingt vorhanden sein ▶ Notfallversorgung sicherstellen in Ellwangen. 24/7	▶ Hubschrauberstandort auf dem Hornberg ▶ Umfassende Notfallversorgung am jetzigen Stauferklinikum ▶ Rettungshubschrauber im Ostalbkreis stationiert bietet bessere Akutversorgung ▶ Notfallversorgung 24/7 in Schwäbisch Gmünd ▶ Rettungshubschrauber, Basis, z. B. auf dem Hornberg, verbessert die Akut-Notfallversorgung im Ostalbkreis ▶ In Mutlangen Notfallversorgung 24/7 unabdingbar notwendig
Arbeitsbedingungen Mitarbeiter	▶ Personal im Zentralklinikum unrealistisch, Arbeitsweg, Schichtdienst ▶ Gute Bezahlung, kein Sparen beim Personal / Pflege ▶ Ressourcen von Pflegekräften, die in anderen Berufen sind, zurückholen, Attraktivität und Bedingung verbessern ▶ Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Längere Wege – Teilzeitkräfte werden es sich gut überlegen, ob sie weiter den Beruf ausüben.	▶ Pflegeberuf attraktiver machen ▶ Entlastung des Fachpersonal durch Assistenz ▶ Vollzeit für Pflegekräfte 35 h/Woche	▶ Mobilität des derzeit verfügbaren Personals hinsichtlich möglicher neuer Standorte fraglich ▶ Große Bedenken, ob die Mitarbeiter*innen den weiteren Arbeitsweg auf sich nehmen würden oder lieber kündigen ▶ Anreiz für potenzielle Mitarbeiter*innen in jedem Bereich: günstige und schöne Mitarbeiterwohnungen ▶ Bessere Bezahlung des Personals, Wertschätzung	▶ Wohnortnahe Ausbildung sichern (Jugendliche / Mütter, Migranten) ▶ Klinik braucht Infrastruktur in der Nähe ▶ Bessere Arbeitsbedingungen – bessere Bezahlung ▶ Mehr Respekt / Achtung dem Pflegepersonal gegenüber (auch vom Arbeitgeber) ▶ Gute Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte

Thema /Ort	Aalen	Bopfingen	Ellwangen	Schwäbisch Gmünd
Gesundheitsversorgung	▶ Sektorenübergreifende und Regionen übergreifende Planung der Gesundheitsversorgung ▶ Gute Erreichbarkeit ÖPNV ▶ Versorgung an „jedem“ Standort, Notaufnahme, Entbindungsstation, Stroke Unit (Herz-Kreislauf-Erstversorgung)	▶ Gesundheitszentrum Bopfingen: verschiedene Fachärzt*innen, Notfall-Aufnahme 24/7, zentraler Standort, zu Fuß ab Bahnhof oder ÖPNV Anbindung ▶ Kurze Wege ins Krankenhaus ▶ Shuttle vom nächsten Bahnhof ins Krankenhaus ▶ Erreichbarkeit ÖPNV; auch von Bopfingen	▶ Eine Grundversorgung für Ellwangen muss Pflicht sein ▶ Erhaltung der Basisversorgung: Innere und Chirurgie in Ellwangen	▶ Neue unterstützende Struktur aufbauen für Patienten ohne Angehörige; über die bestehende Beratung hinaus ▶ Geburtsklinik in Mutlangen erhalten
Standort / Varianten	▶ Zielbild muss sein, nachhaltig belastbares (ökologisch, ökonomisch) Zukunftsmodell Ostalb-Klinikum in kommunaler Trägerschaft ▶ Weg von der übergreifenden gemischten Krankenhausleistung – hin zu spezialisierten Behandlungszentren ▶ 2 Kliniken je ca. 350 Betten mit Umsetzung Konzept 2017 / 2018 (bisher nicht umgesetzt) ▶ Nachteil von Neubau auf der „grünen Wiese“: • Hoher Flächenverbrauch von landwirtschaftlich genutzten Flächen • erhöhter Material- und Energieeinsatz. Was passiert mit alten Kliniken? • Neue Verkehrsanbindungen, Steigerung des Verkehrsaufkommens durch höhere Anfahrtswege	▶ Neubau in Aalen neben dem Ostalb-Klinikum; brauchbare Bauten verwenden ▶ Eine Klinik für alle Fälle in Zukunft	▶ Erhaltung Grundversorgung Leven 1n in Ellwangen und Zusammenlegung Aalen / Mutlangen ▶ Krankenhaus Ellwangen darf nicht geschlossen werden, Campus reicht nicht ▶ Regionalversorger zentral ja, Grundversorgung Ellwangen erhalten ▶ Es sollte nach fachlichen und nicht nach politischen Argumenten entschieden werden. Model 2d ▶ Klinikversorgung in der Breite! Keine AA-GD-Uniklinik ▶ Ellwangen und Mutlangen werden Regionalversorger. Aalen bekommt einen Gesundheitscampus. Die Wege wären gleich, die Versorgung besser ▶ Eine starke Klinik Aalen / Essingen. Grundversorgung Virngrund erhalten ▶ Östlicher Virngrund braucht eine funktionierende Klinikstruktur – Erhalt von Ellwangen unabdingbar ▶ Warum machen wir Level III? Reicht nicht II oder In und das an drei Standorten? ▶ Alle drei Kliniken werden benötigt. Drittgrößter Landkreis Baden-Württemberg	▶ Kooperation zwischen den Klinikstandorten in der Corona-Pandemie hat die Bedeutung der wertvollen dezentralen Struktur gezeigt (deshalb 2 Kliniken) ▶ 2 starke Standorte – Beschluss 2017 ▶ Spezialisierung auf 2 Häuser (Gmünd + Aalen) ▶ 2 Standorte (GD + AA) mit Bündelung der Fachbereiche (keine doppelten Strukturen) Beschluss von 2017 umsetzen ▶ Hätte man die bisherigen Beschlüsse umgesetzt, gäbe es die Probleme nicht. Erst einmal v.a. in den Fachabteilungen miteinander reden und abstimmen ▶ Bestehende 3 Kliniken verbessern ▶ Gute Ärzte für gute Gesundheitsvorsorge – 3 Kliniken ▶ Mutlangen ausbauen; ein zentraler Neubau wird zu teuer. Dass was gut funktioniert wie Mutlangen, behalten bitte ▶ Längere Anfahrtswege im Notfall oder Geburt kann Leben kosten; deshalb starke dezentrale Klinik (Klinik für Menschen) ▶ Zwei große Standorte in Gmünd + Aalen / Ellwangen

Thema /Ort	Aalen	Bopfingen	Ellwangen	Schwäbisch Gmünd
sonstiges	▶ Träger der Kliniken muss der Ostalbkreis bleiben. Bitte keine Investoren, keine privaten Träger ▶ Warum wird kreisweise gedacht und nicht in Entfernungen, z. B. Bopfingen ca. 12 km von Nördlingen, warum nach Aalen? ▶ Länderübergreifende Planung (Bayern, BW) ▶ Perspektive der niedergelassenen Fachärzte berücksichtigen. Teilweise Abhängigkeit von Kliniken	▶ Rechte der Kassenärztliche Vereinigung einschränken bzw. abschaffen ▶ Niedergelassene Ärzte unterstützen: Personal, Praxisübergabe, Nachfolgeregelung, erfolgreiche Strukturen bewahren ▶ Einfluss der KV? – Kooperationen Freiberufler und Kliniken Ostalb ▶ Keine Privatisierung der Krankenhäuser – Gesundheit ist Daseinsversorgung ▶ Klinikspektrum in Bayern (z.B. Nördlingen) für Bopfingen mit einbeziehen ▶ Patientenströme untersuchen (Bayern) – Zukunft KKH Nördlingen	▶ Region hört nicht an der Kreisgrenze auf! Bitte beachten! Arbeitskräfte kommen auch von anderen Gemeinden ▶ Partnerschaft mit Bayern anstreben. Abstimmungen notwendig	▶ Zentraler Standort Essingen ist derzeit kein Bahnhof (Erreichbarkeit mit ÖPNV bei geplanten Eingriffen) ▶ Wie wird die Mobilität von Patient*innen sichergestellt? (ältere Menschen mit Behinderung ohne Führerschein – gibt es dann eine natürliche Auslese?) ▶ Neue unterstützende Struktur aufbauen für Patienten ohne Angehörige; über die bestehende Beratung hinaus ▶ Klinikversorgung muss in öffentlicher Hand bleiben ▶ Kreisübergreifende Planung Kliniken

Die **vollständige** Übersicht aller Rückmeldungen der vier Bürgerdialoge sind unter dem nachfolgenden Link (oder direkt über den QR-Code) einsehbar.

<https://www.kliniken-ostalb.de/zukunftskonzept/buergerdialoge>



Versorgung am Ort geschlossener Kliniken
Neue ambulante Angebote
MVZ als hochwertiger Ersatz
Fachkräftemangel – genügend Fachkräfte für Ersatzlösung?
Notfallversorgung
Rettungsdienste, Krankentransport
Ambulantisierung, Ambulante Leistungen
Best Practice: Ortenau-MVZ
Besuche von Angehörigen: ÖPNV, Shuttle, Angehörigenzimmer
Fachkräftemangel verschärft die Lage vor Ort

Optionen Standorte
Was passiert mit den einzelnen Standorten?
Status Quo der Standorte
Departmentstruktur
(Schließung)
Gesundheitszentrum
Grundversorger
Gesundheitscampus
Regionalversorgung

Klinikaufenthalt
Dauer
Soziale Kontakte
Medizinisches Angebotsspektrum
Anschlussbetreuung
Erreichbarkeit für Angehörige
Aktueller Sachstand beim Behandlungsangebot an den einzelnen Standorten
Unterscheidung: elektiver und Notfall/Akut-Aufenthalt
Welche Versorgung/Behandlung wollen wir haben? Was brauchen?

Projektkommunikation + Transparenz
Website, Newsletter, Ombudsstelle
Informationsveranstaltungen
Fortlaufende Kommunikation über Info-Abende hinaus (von Standort-Debatte bis zu Baustellen-Lärm)
Schnelle Kommunikation
Informationsdefizite: bislang nur per Zeitung
Kreisweite ambulante Versorgung
Landarzt-Mangel
Facharzt-Mangel
MVZ
Vorsorge-Untersuchungen
Anreise / Hausbesuche
Hausärztliche Notfallpraxis (am Krankenhaus angegliedert)
Hausärztliche Versorgung

Verfahren
Informelles: Dialogische Bürgerbeteiligung als Vorbereitung. Entscheiden wird am Ende Kreistag
Unklare Rahmenbedingungen des Bundes Unsicherheit
Förmliches: Entscheidung Kreisrat, danach Bau-Planung
“Alles schon entschieden”
Analyse des bestehenden Systems
Vorgaben der Landeskrankenhausplanung + Bundesgesetzliche Vorgaben

Infrastruktur bei Erhalt der Kliniken	
Kosten von An- und Neubauten	Kosten Renovierung
Finanzielle und ökologische Nachhaltigkeit bei Neubau/Sanierung (u.a. Flächenverbrauch)	Welcher Sanierungsbedarf besteht? (Rufanlagen, Lagermöglichkeiten, Türen + Räume zu klein)
Jetzige Klinken haben schlechten Zuweg	Sanierungsstau
Zeitliche, erreichbare Wegstrecken	Digitalisierung / Telemedizin / Einsatz von (KI-)Robotik
Parkraum-Bewirtschaftung: Ausreichend Parkplätze	Verkehrerschließung, Anbindung ÖPNV
	Erreichbarkeit: Personal und Patienten

Infrastruktur bei Neubau	
Grundstücke, Zeitablauf bei Grundstückserwerb Zeitliche, erreichbare Wegstrecken	Gestaltung der Übergangsphase. Komplexität der Umsetzung
Träger der Rettungsdienst einbeziehen, räumliche Ausstattung, Zufahrten	Finanzielle und ökologische Nachhaltigkeit bei Neubau/Sanierung (u.a. Flächenverbrauch)
Neue Kläranlage?	Kosten eines Neubaus
Erreichbarkeit: Personal und Patienten	Digitalisierung / Telemedizin / Einsatz von (KI-)Robotik
Parkraum-Bewirtschaftung: Ausreichend Parkplätze	Verkehrerschließung, Anbindung ÖPNV (Bus und Bahn)
Zeitliche, erreichbare Wegstrecken	



Blick über Kreisgrenzen	
Nutzung naher, aber kreisfremder Kliniken. Wie sieht es hier mit dem Erhalt der Kliniken aus?	Stadt-Land-Thematik: Gerechtigkeitsfragen. Benachteiligung besteht jetzt schon
Lösungen / Erfolgsbeispiele in anderen Kliniken	Notfallversorgung
Rolle der Unikliniken (v.a. Ulm)	Patienten und Kliniken orientieren sich um

Struktur des Landkreises
Verteilung der Bevölkerung, Altersentwicklung, demografische Entwicklung
Welche Infrastruktur vorhanden?
Fortlaufende Kommunikation über Info-Abende hinaus (von Standort-Debatte bis zu Baustellen-Lärm)

Personal
Bürokratische Hürden abbauen
Zusätzliche Leistungen, „Guezla“ für die Mitarbeiter
Personalbedarf aktuell + in Zukunft
Demografisches Problem. Zahlen, Daten zur Ausbildung
Erreichbarkeit: Personal muss an neuen Standort bei Neubau
Attraktivität der Klinikstandorte für Personal
Gute Arbeitsbedingungen für Personal
PgUGV (Pflegepersonaluntergrenzen)
Wohnungen + Kinderbetreuung für Personal
Fortbildung / Ausbildung, Facharzt- / Pflege-Weiterbildung

Fachliche Notwendigkeit von Klinik-Fusionen	
Variante: Null-Varianten, Sanierungen, Neubau	Mindestfallzahlen für bestimmte Behandlungen. Wo haben die Klinken Ostalb ein Problem?
Warum ist das Alte marode? Notwendigkeit Analyse des Bestehenden liegt nicht vor?	Strukturvorgaben GBA: Machen Vorgaben was die GKV bezahlen oder welche Leistung eine Station erbringen muss (Mindestfallzahlen)
Beibehaltung Status Quo kann zu deutlich schlechterer medizinischer Versorgung führen	Menschen wollen zu Spezialabteilungen („Abstimmung mit Füßen“)
Vorgabe des Bundes oder Krankenkassen	Wirtschaftlicher Nutzen: für wen, wo, in welchem Umfang? Was haben normale Landkreisbürger-Innen für einen konkreten Nutzen?
Möglichkeiten der Weiterentwicklung an bestehenden / neuen Standorten?	Qualitativer Nutzen, Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Klinik
OPs nur bei Mindestfallzahlen	Menschen meiden Kliniken mit niedrigen OP-Fallzahlen

Hinweis: Alle orange markierten Aspekte sind externe Vorgaben oder nicht vom Landkreis beeinflussbare Größen.