ENDERA
Managementberatung

Kliniken Ostalb

Erläuterungen

zur

Szenarienbewertung

Bauen im Bestand vs. Neubau

18.04.2023

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS II

1. AUSGANGSSITUATION 1

2. ZIELSETZUNG 1

3. BESCHREIBUNG DER BEWERTUNGSKRITERIEN 4

3.1. Medizinstrategische Aspekte 4

3.1.1. Patientensicherheit/-unterbringung und -bedingungen . 4

3.1.2. Personal – Arbeitsbedingungen 4

3.1.3. Medizinische Leistungsfähigkeit 5

3.2. Organisationale Aspekte 6

3.2.1. Organisationsstrukturen 6

3.2.2. Arbeits-/Gesundheits-/Datenschutz 8

3.3. Bauliche Aspekte 9

3.3.1. Rahmenbedingungen Raum- und Funktionsprogramm .. 9

3.3.2. Baustruktur – baulich-funktionale Situation 9

3.3.3. Baustruktur – konstruktive Situation 10

3.4. Wirtschaftliche Aspekte 10

3.4.1. Investitionskosten 10

3.4.2. Betriebskosten 10

3.4.3. Finanzierbarkeit 11

3.5. Nachhaltigkeit 11

4. ANLAGEN 12

HAFTUNGSAUSSCHLUSS 13

VERVIELFÄLTIGUNG, WEITERLEITUNG UND VERÖFFENTLICHUNG 13

© ENDERA Managementberatung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hauptkriterien zur Szenarienbewertung 2
Abbildung 2: Haupt- und Unterkriterien 3
Abbildung 3: Drei-Stufen-Konzept bei der Entwicklung der Betriebskonzepte 6

© ENDERA Managementberatung

1. Ausgangssituation

Die Kliniken Ostalb gkAöR, Im Kälblesrain 1, 73430 Aalen sind ein selbstständiges Unternehmen des Landkreises Ostalbkreis in der Rechtsform einer gemeinnützigen kommunalen Anstalt des öffentlichen Rechts. Sitz der Kommunalanstalt ist Aalen. Der Klinikverbund des Ostalbkreises bietet neben einer qualitativ hochwertigen Rundumversorgung der Bevölkerung auch spezielle medizinische Angebote auf einem Top-Niveau. Mit über 1.100 Betten, ca. 50.000 stationär und 100.000 ambulant versorgten Patientinnen und Patienten jährlich sind die Kliniken Ostalb nicht nur der TOP-Gesundheitsdienstleister in der Region, sondern gehören mit ihren über 3.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu den größten Arbeitgebern im Landkreis.

Die Kommunalanstalt hält mit dem

- Ostalb-Klinikum Aalen/Klinik am Ipf Bopfingen,
- Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd und der
- St. Anna-Virngrund-Klinik Ellwangen

Klinik-Einrichtungen vor.

Aufgrund der Strukturveränderungen im deutschen Krankenhauswesen sowie des verschärften regionalen, aber auch überregionalen Markt- und Wettbewerbsumfeldes haben Träger und Geschäftsleitung des Verbundes sich in den letzten Jahren sehr intensiv mit der strategischen Weiterentwicklung des medizinischen Angebotes für die Region auseinandergesetzt und das „Zukunftskonzept der Kliniken Ostalb“ erarbeitet.

Im Rahmen dieser Überlegungen sollen sich entweder

- zwei Klinikstandorte zu einem größeren Regionalversorger in einem Neubau zusammenschließen und ein vorhandener Standort als Basis- und Grundversorger bestehen bleiben oder
- alle drei Standorte sind in einem neu zu errichtenden Regionalversorger zusammenzuführen.

Die ENDERA Managementberatung wurde nun mit Unterstützungsleistungen bei der Entwicklung von Wertungskriterien zur vergleichenden Bewertung eines Umbaus im Bestand und eines Neubaus angefragt.

2. Zielsetzung

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht in einem tiefgreifenden Umbruchprozess. Wer in diesem Umbruchprozess dauerhaft bestehen will, muss sich mit der Zukunftsfähigkeit seines Unternehmens auseinandersetzen.

© ENDERA Managementberatung

Maßgebliche Faktoren in diesem Umbruchprozess sind:

- Leistungsfähigkeit
- Rentabilität
- Produktivität
- Service- und Dienstleistungsqualität
- Arbeitsplatzattraktivität

Im Kontext einer baulichen Neuausrichtung gilt es, diese Faktoren in den Planungen integral zu berücksichtigen. Zur Herleitung einer objektiven Bewertung der Auswirkungen verschiedener Umsetzungsszenarien wurde durch die ENDERA Managementberatung eine Bewertungsmatrix erstellt, deren Kriterien nachfolgend beschrieben sind.

Die Bewertungsmatrix setzt sich aus fünf Hauptkriterien und deren Gewichtung zusammen. Jedes Hauptkriterium ist sodann noch in zueinander gewichtete Unterkriterien (siehe Abbildung 2) gegliedert:

	Bewertungskriterien	*100%*
1.	**Medizinstrategische Aspekte**	**15,0%**
2.	**Organisationale Aspekte**	**20,0%**
3.	**Bauliche Aspekte**	**15,0%**
4.	**Wirtschaftliche Aspekte**	**40,0%**
5.	**Nachhaltigkeit**	**10,0%**

Abbildung 1: Hauptkriterien zur Szenarienbewertung

Die Bewertung der Hauptkriterien erfolgt im „Schulnotensystem" mit den allgemein bekannten sechs Notenabstufungen: eine sehr gute Bewertung ergibt hierbei eine 100%ige Erfüllung der Anforderungen, eine unbefriedigende Bewertung führt zu einer 0%igen Erfüllung – dazwischen wird eine Entscheidung per Festlegung auf eine ganze Schulnote erfolgen.

Ergänzend hierzu kann bei Erfordernis, sofern keine Rechtfertigung der Differenz einer ganzen Schulnote gegeben ist, eine 5%ige Zu- und Abschlagskomponente angewendet werden. Bei dem Unterkriterium 4.1 Investitionskosten wird dem Schulnotenwertungssystem eine Differenzierung in messbaren Zahlenwerten mit Interpolation beigestellt, sofern mehr als 2 Standorte zu untersuchen sind.

© ENDERA Managementberatung

	Bewertungskriterien	*100%*	
1.	**Medizinstrategische Aspekte**	**15,0%**	*100%*
1.1.	**Patienten-Sicherheit /-Unterbringung und -bedingungen**	*3,8%*	**25%**
	Durchschnittsbewertung aus 1.1.1.-1.1.4.		
1.1.1.	Patiententransporte		
1.1.2.	Atmosphäre - Wohlfühlfaktoren		
1.1.3.	Service-/Dienstleistungsqualität		
1.1.4.	Auswirkungen von Baumaßnahmen		
1.2.	**Personal-Arbeitsbedingungen**	*3,8%*	**25%**
	Durchschnittsbewertung aus 1.2.1.-1.2.3.		
1.2.1.	Aus-/Weiterbildung für Mitarbeitende		
1.2.2.	Attraktivität des Arbeitsplatzes		
1.2.3.	Auswirkungen von Baumaßnahmen		
1.3.	**Medizinische Leistungsfähigkeit**	*7,5%*	**50%**
	Durchschnittsbewertung aus 1.3.1.		
1.3.1.	Verfügbarkeit von Betten		
2.	**Organisationale Aspekte**	**20,0%**	*100%*
2.1.	**Organisationsstrukturen (Strukturen, Prozesse, Führung)**	*15,0%*	**75%**
	Durchschnittsbewertung aus 2.1.1.-2.1.5.		
2.1.1.	Ambulantisierung		
2.1.2.	NUF - Auskömmlichkeit/Prozesse (Funktionsstellen-spezifisch)		
2.1.3.	Med. Behandlungspfade		
2.1.4.	Zentrenbildung		
2.1.5.	Bedarfe bzgl. Weiterbildungsverordnung		
2.2.	**Arbeits-/Gesundheits-/Datenschutz**	*5,0%*	**25%**
	Durchschnittsbewertung aus 2.2.1.-2.2.3.		
2.2.1.	Erfüllung der Arbeitsstätten-Richtlinien (ASR)		
2.2.2.	Datensicherheit		
2.2.3.	Hygiene		
3.	**Bauliche Aspekte**	**15,0%**	*100%*
3.1.	**Rahmenbedingung Raum-Funktions-Programm (RFP)**	*7,5%*	**50%**
	Durchschnittsbewertung aus 3.1.1.-3.1.2.		
3.1.1.	Erfüllungsgrad SOLL-Flächenvorgabe auf Basis DIN 13080		
3.1.2.	NUF - Benchmarks (funktionsstellen-spezifisch)		
3.2.	**Baustruktur - baulich-funktionale Situation**	*3,8%*	**25%**
	Durchschnittsbewertung aus 3.2.1.-3.2.5.		
3.2.1.	Gebäudekonfiguration auf Campus		
3.2.2.	Wegeführung (extern/intern)		
3.2.3.	Kleinteiligkeit von Strukturen		
3.2.4.	Verfügbarkeit von Betten		
3.2.5.	Perspektivische Entwicklung		
3.3.	**Baustruktur - konstruktive Situation**	*3,8%*	**25%**
	Durchschnittsbewertung aus 3.3.1.-3.3.5.		
3.3.1.	Objektplanung		
3.3.2.	Tragwerk		
3.3.3.	Techn. Gebäudeausstattung		
3.3.4.	Brandschutz		
3.3.5.	Schallschutz		
4.	**Wirtschaftliche Aspekte**	**40,0%**	*100%*
4.1.	**Investitionskosten**	*12,0%*	**30%**
	Durchschnittsbewertung aus 4.1.1.		
4.1.1.	Investitionen - Gesamtbetrachtung		
4.2.	**Betriebskosten**	*20,0%*	**50%**
	Durchschnittsbewertung aus 4.2.1.-4.2.5.		
4.2.1.	Instandhaltung		
4.2.2.	Energiekosten		
4.2.3.	Patientenabwanderung		
4.2.4.	Mitarbeiterabwanderung		
4.2.5.	Personalstruktur		
4.3.	**Finanzierbarkeit**	*8,0%*	**20%**
	Durchschnittsbewertung aus 4.3.1.		
4.3.1.	Förderfähigkeit		
5.	**Nachhaltigkeit**	**10,0%**	*100%*
5.1.	**Nachhaltigkeit**	*10,0%*	**100%**
	Durchschnittsbewertung aus 5.1.1.-5.1.2.		
5.1.1.	Nachhaltigkeit - Umwelt - Klima		
5.1.2.	Flächenversiegelung		

Abbildung 2: Haupt- und Unterkriterien

© ENDERA Managementberatung

3. Beschreibung der Bewertungskriterien

3.1. Medizinstrategische Aspekte

3.1.1. Patientensicherheit/-unterbringung und -bedingungen

Der Fokus der klinischen Arbeit liegt auf der Erfüllung einer qualifizierten Patientenversorgung unter Berücksichtigung normativer, wissenschaftlicher, gesellschaftlicher, ökonomischer und unternehmerischer Einflüsse.

Besondere Aufmerksamkeit gilt der Steuerung und Koordination der unterschiedlichen Patienten- und Besucherströme, der Mitarbeiterwege sowie der Logistik. Dabei gilt in der prozessualen Zielgestaltung für alle vorab beschriebenen Inanspruchnahmen die Gestaltung von kurzen und kreuzungsarmen Wegen.

Darüber hinaus gewinnt die atmosphärische Gestaltung der patientenbezogenen Räume zunehmend an Bedeutung. Dazu gehören hoteladaptierte Servicekomponenten wie beispielsweise die Zimmergröße (Einbett- vs. Mehrbettzimmer) und die individualisierte Zuweisung von Sanitärbereichen. Die Möglichkeit, für bestimmte Patientengruppen sinnvolle Raumstrukturen zu schaffen (z. B. demenzsensible Gestaltung von Patientenzimmern und Wegen), ist aus der medizinischen und pflegerischen Perspektive im Kontext der baulichen Neuausrichtung bedeutsam.

Nicht erst seit der Coronapandemie ist die funktionale Organisation isolationspflichtiger Patienten unter Aufrechterhaltung des normalen Klinikalltags von enormer Relevanz. Das impliziert einen erhöhten Einbettzimmeranteil, die bauliche und technische Integration von Schleuseneinheiten sowie die Option, räumliche Trennungen von kompletten Organisationseinheiten in infektiöse und nicht-infektiöse Bereiche aus Gründen der Patientensicherheit zu schaffen.

Erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Sicherheit von Patienten haben baubedingte Emissionsbelastungen im klinischen Alltag. So stellt die Lärmbelastung während einer Baumaßnahme im Bestand eine signifikant höhere Einschränkung dar als eine Neubaumaßnahme fern des aktuellen klinischen Geschehens. Darüber hinaus können Abbrucharbeiten im Bestand hygienisch relevante Probleme hervorrufen.

3.1.2. Personal – Arbeitsbedingungen

Die quantitative und qualitative Personalausstattung hat in dem sehr dienstleistungsintensiven Gesundheitssektor erheblichen Einfluss auf die Ergebnisqualität der Behandlungsprozesse und die generelle Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses.

© ENDERA Managementberatung

Aus diesem Grund ist es im Kontext von Baumaßnahmen relevant, die Flächenanforderungen auf personelle Effizienz (kurze Wege), funktionelle Arbeitsbereiche (Größe und Anzahl von Arbeits- und Nebenräumen), ausreichend Sozialräumen sowie zusätzlichen Komponenten (Betriebswohnungen, Betriebskindergärten etc.) auszurichten.

Darüber hinaus ist es geboten, genügend Raum für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter vorzuhalten. Das gilt auch für die Berücksichtigung räumlicher und technischer Anforderungen an moderne Kommunikationsstrukturen (z. B. telemedizinische Konsultationen, Anzahl und Ausstattung digitaler Arbeitsplätze).

Die logistischen Supportivprozesse (Materialbeschaffung, Speisenversorgung etc.) müssen baulich und prozessual so integriert sein, dass diese die medizinischen und pflegerischen Behandlungspfade derart stützen, dass die Kernkompetenzen in der Patientenversorgung optimal zur Wirkung kommen können.

Die baubedingten Emissionsbelastungen für die Mitarbeiter sind sehr ähnlich zu den unter 3.1.1 beschriebenen Auswirkungen.

3.1.3. Medizinische Leistungsfähigkeit

Aus systemtheoretischer Sicht bestehen Krankenhäuser aus einer hohen Anzahl unterschiedlicher, durch kontinuierliche Wechselwirkungen miteinander verbundener Subsysteme im Sinne von z. B. Stationen, Diagnostik- und Therapiebereichen oder Tertiärfunktionalitäten wie Apotheke, Speisen- und Sterilgutversorgung. Neben den intern ablaufenden Prozessen finden zudem kontinuierliche Austauschvorgänge mit externen Organisationseinheiten, u. a. im Rahmen sektorenübergreifender Behandlungsabläufe, statt.

Für alle Organisationseinheiten eines Krankenhauses sind dafür Raumkapazitäten in zukunftsfähigen Qualitäten und Quantitäten zu planen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine auf die Zukunft ausgerichtete Prognose von Patientenzuflüssen größeren Schwankungsbreiten und zudem Imponderabilien hinsichtlich der Entwicklungen im Gesundheitswesen unterliegt.

Damit eine optimierte Ablauforganisation baulich umgesetzt werden kann, ist es erforderlich, funktionale Zusammenhänge zwischen den einzelnen Funktionsbereichen/-stellen zu definieren. Diese regeln die bauliche und räumliche Anordnung von Organisationseinheiten zueinander. Regelhaft bestimmen normative Strukturanforderungen die baulichen Funktionsbeziehungen von Organisationseinheiten (z. B. Zentrale Notaufnahme und integrierte Notdienstpraxen, Schockraum und CT).

Die räumliche Verbindung verschiedener Versorgungsformen (ambulant, tagesklinisch, vollstationär) unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse dieser Patientengruppen stellt eine weitere Herausforderung an die

© ENDERA Managementberatung

bauliche Umsetzung mit erheblicher Wirkung auf die medizinisch-ökonomische Tragfähigkeit des Leistungsangebotes dar.

Der medizinisch-technische Fortschritt stellt häufig flächenerweiternde Anforderungen an die vorzuhaltende Raumressource (z. B. Hybrid-OP).

Für alle benannten Kriterien ist der Realisierungsgrad zu prüfen. Ergänzend dazu ist es von existenzieller Bedeutung, dass bereits in der Planung der klinisch relevanten Organisationseinheiten (Intensivpflege, OP-Abteilung, Notaufnahme, Interventionseinheiten) bauantitzipatorisch darauf geachtet wird, dass diese Bereiche auf sich verändernde Bedarfe derart flexibel in den Baukörper integriert sind, dass eine optional notwendige Erweiterung ohne großvolumige bauliche Veränderungen realisiert werden können.

3.2. Organisationale Aspekte

3.2.1. Organisationsstrukturen

Flexible Raumstrukturen und die Möglichkeit zur Anpassung von Räumen auf neue Nutzungsarten sind in den baulichen Zielplanungen zu berücksichtigen und sollen die Notwendigkeiten der nicht absehbaren Entwicklungen und Trends im Krankenhaussektor baustrukturell antizipieren.

Die Betriebsorganisationsplanung richtet grundsätzlich die Organisation an den Kernprozessen aus, welche definierte Bereiche im Rahmen der Prozessorganisation unterschiedlich hierarchisiert und priorisiert.

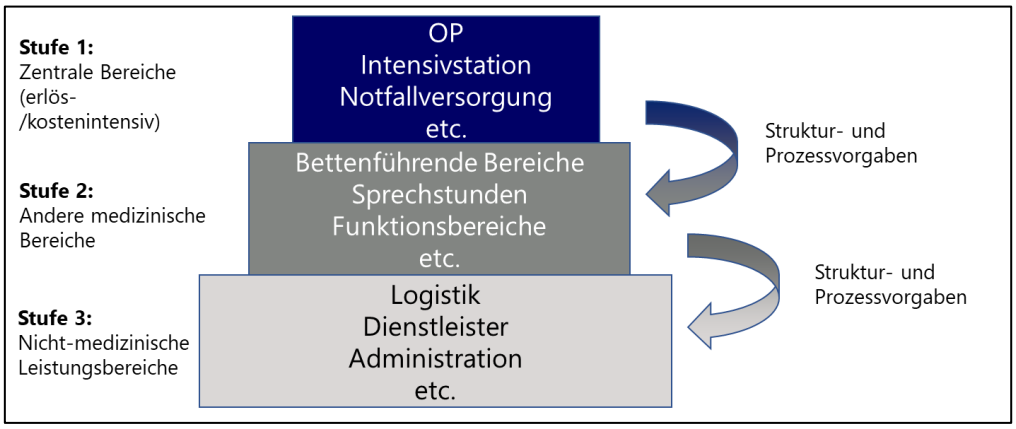


Abbildung 3: Drei-Stufen-Konzept bei der Entwicklung der Betriebskonzepte

Die Hierarchisierung orientiert sich an der medizinischen Relevanz der jeweiligen Bereiche für die Erbringung und Sicherstellung des Versorgungsauftrages.

Für die medizinische Leistungsfähigkeit ist es geboten, interne und externe (medizinische) Kooperationen zu schließen. Kooperationen können ein wichtiger Erfolgsfaktor zur Verbesserung der Wettbewerbssituation eines Krankenhauses sein. Kooperationen schaffen für die beteiligten Partner die

© ENDERA Managementberatung

Möglichkeit, sich auf ihr Kerngeschäft zu konzentrieren und durch die Bündelung von Know-how und die Nutzung von Spezialwissen zusätzliche Erfolgspotenziale zu schaffen. Dafür muss es möglich sein, sinnvolle, medizinische Cluster sowie digitale Vernetzungen baufunktionell umzusetzen.

Die ambulanten Strukturen gehören nicht zu den primären Kernleistungen eines Krankenhauses, erlangen aber aus politischen und ökonomischen Entwicklungen heraus eine zunehmend größere Relevanz für Kliniken. Zur Generierung größtmöglicher räumlicher Flexibilität und personeller Synergien sind die klinischen Ambulanzen in unmittelbarer räumlicher Nähe zueinander zu implementieren. Hierdurch wird ein höchstmögliches Maß an Flexibilität und Multifunktionalität gewährleistet. Durch die Zentralisierung dieser Leistungen in Cluster mit ähnlichen, strukturellen Anforderungen wird eine Optimierung der Ressourcenauslastung (personell und räumlich) erreicht. Darüber hinaus sind auch normative Anforderungen an die ambulante Versorgung in die Bewertung der baulichen Umsetzungsszenarien zu beachten.

Damit eine optimierte Ablauforganisation baulich umgesetzt und Strukturanforderungen erfüllt werden können, ist es erforderlich, wichtige funktionale Zusammenhänge zwischen den einzelnen Funktionsbereichen/-stellen zu definieren und zu realisieren. Hiermit sind normative Anforderungen wie die unmittelbare Verbindung von Schockraum und Schnittbildgebung oder funktionale Funktionsbeziehungen zwischen interventioneller Kardiologie und qualifizierter Überwachungsmöglichkeiten im Bereich einer Chest-Pain-Unit (CPU) oder Intermediate Care (IMC) gemeint.

Darüber hinaus ist es geboten, für bestimmte Patientengruppen adäquate, bedürfnisadaptierte Versorgungseinheiten zu erstellen. Das gilt insbesondere für die Versorgung geriatrischer Patienten. Der Flächenbedarf der Station(en) ist höher anzusetzen als der einer herkömmlichen Pflegeeinheit. Die Gründe hierfür liegen im weit überdurchschnittlichen Behinderungsgrad der Patienten, der höheren Pflege- und Hilfsmittelbedürftigkeit, der längeren Verweildauer und in der Notwendigkeit, Therapieangebote auch dezentral auf der Station realisieren zu können. Weitere spezifische Flächenanforderungen stellen Bereiche wie die Palliativmedizin, die Pädiatrie, die Geburtshilfe und die Isolationspflege, um hier nur einige wenige Beispiele aufzuführen.

Durch die vierte industrielle Revolution werden unsere technischen Geräte intelligenter. Mithilfe von Wearables, KI und Digital-Health-Anwendungen lassen sich Gesundheitsdaten unkompliziert messen und screenen. Die logische Fortführung dieser Entwicklung ist das „Smart Hospital", also das digital vernetzte Krankenhaus. Unter einem „Smart Hospital" versteht man ein Krankenhaus, das neue klinische Prozesse, Managementsysteme oder die Infrastruktur unter dem Einsatz moderner Informations- und Kommunikations-technologien erschafft oder optimiert. Das Ziel ist dabei eine verbesserte Patientenversorgung und eine Steigerung der Effizienz im gesamten

© ENDERA Managementberatung

Behandlungsprozess. Die Umsetzungswahrscheinlichkeiten sind dabei in den baulichen Szenarien zu bewerten.

Allen benannten organisationalen Aspekten ist gemein, dass diese Raum für Interaktionen im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen o. ä. beanspruchen. Diese müssen in einer baulichen Neuausrichtung vorhanden sein, um im Wettbewerb um Patienten und Mitarbeiter als attraktiver Standort wahrgenommen zu werden.

3.2.2. Arbeits-/Gesundheits-/Datenschutz

Die normativen Anforderungen an die verschiedenen Haupt- und Nebenräume eines Krankenhauses haben sich in den letzten Jahren weniger verändert als die Ansprüche der Mitarbeiter an das direkte Arbeitsumfeld. Diese Ansprüche umfassen eine atmosphärische Ausgestaltung der Arbeitsräume, die Größe und Anzahl von Arbeitsräumen, die Erreichbarkeit der Räume sowie die Möglichkeit, in den Sozialräumen die notwendige Entspannung und Ruhe von der herkömmlichen Arbeitssituation zu finden.

Das vermehrte Auftreten behandlungsresistenter Keime in Krankenhäusern, die Furcht vieler Patienten, sich in einer Klinik mit einem dieser Keime zu infizieren, sowie unliebsame Vorkommnisse aufgrund mangelnder Hygiene und schließlich die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes machen es für Krankenhaus-betreiber unumgänglich, sich mit der Thematik Krankenhaushygiene zu beschäftigen. Im Vordergrund stehen das Wohl und die Sicherheit der Patienten und des Klinikpersonals. Ein Zusammenhang zwischen baulichen Faktoren im Krankenhaus und dem Auftreten von Krankenhausinfektionen lässt sich insbesondere bei der Anzahl der Einbettzimmer belegen. Insbesondere auf Intensivstationen ist die Evidenz besonders hoch. Deshalb werden deutlich mehr Einzelzimmer auf Intensivstationen gebaut, teilweise sogar 100%. Nach den KRINKO-Empfehlungen sollte mindestens ein Anteil von Einzelzimmern an der Gesamtbettenzahl im Krankenhaus von 30 % erreicht werden, um zumindest Patienten mit Infektionen oder multiresistenten Erregern besser managen zu können. Darüber hinaus bestehen Wechselwirkungen zwischen der Anordnung, Aufteilung und Größe der hygienerelevanten Räume bzw. Bereiche eines Krankenhauses und der Gefahr des Auftretens und der Verbreitung krankenhausspezifischer Infektionen.

Die Resilienz der baulichen und technischen Infrastruktur vor Zugriffen Dritter ist bei der baulichen Neuausrichtung immer größere Bedeutung zuzuordnen. So sind unbefugte Zutritte zu Energie- bzw. Datenzentralen zwingend zu unterbinden. Darüber hinaus sind äußere Einflüsse, wie z. B. Hitze auf Datenserver, zu verhindern.

© ENDERA Managementberatung

3.3. Bauliche Aspekte

3.3.1. Rahmenbedingungen Raum- und Funktionsprogramm

Die aus den beschriebenen medizinstrategischen und organisationalen Aspekten resultierenden Anforderungen an die bauliche Situation werden in einem Raum- und Funktionsprogramm (RFP) abgebildet. Hierbei sind die Raumgrößen der Nutzungsflächen als SOLL-Vorgabe auf Basis der DIN 13080 zu bilden. Neben der Funktionalität von Raumeinheiten steht auch der Erfüllungsgrad der SOLL-Flächenvorgaben im direkten Kontext der Förderfähigkeit durch die öffentliche Hand.

Anhand von funktionsstellenspezifischen Nutzungsflächen (NUF)-Benchmarks – orientiert an dem aktuellen Versorgungsstatus – sind die Stationsgrößen zu dimensionieren, die Anordnung von Funktionsbereichen gemäß der Affinitätenmatrix umzusetzen und Raumkonzepte von Pflege, Diagnostik etc. weitestgehend und – wo funktionsbedingt möglich – standardisiert umzusetzen.

Die Abwägung zwischen erforderlichen Nutzflächenbedarfen zur Sicherstellung qualitativ hochwertiger Prozesse bei gleichzeitiger Berücksichtigung wirtschaftlicher Vorgaben in Umsetzung/Errichtung und Betrieb steht hierbei im Vordergrund und bedient das Spannungsfeld von Patientenversorgung, optimalen Mitarbeiter-Arbeitsbedingungen und wirtschaftlichem Krankenhausbetrieb.

3.3.2. Baustruktur – baulich-funktionale Situation

Die Möglichkeiten der Gebäudekonfiguration auf dem Bestandsgelände bzw. in einer baulichen Neubausituation, wie z. B. die Zentralisierung bestimmter Fachdisziplinen an einem Standort oder in separaten Gebäuden/ Funktionseinheiten, die bauliche Anpassungsfähigkeit bezüglich zukünftiger Anforderungen an die Ambulantisierung und die bauliche Flexibilität im Kontext der zur Verfügung stehenden Grundstücksgeometrie sind zu beachten.

In Bezug auf die Wegeführungen für Patienten, Ärzte und Pflegende sowie Externe sind Wegetrennungen anzustreben und Durchkreuzungen von Funktionsstellen zu vermeiden.

Baulich strukturell sind auch die Wegeführungen für die Ver- und Entsorgung, die Verortung von Interimsbauten, Behelfsbauten, Containern etc. und Aspekte der Orientierung zu optimieren.

Der Verfügbarkeit der ermittelten und zur Erfüllung der medizinstrategischen Vorgaben erforderlichen Gesamtbettenzahl, insbesondere vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit, kommt eine besondere Bedeutung zu. So ist es eine besondere Herausforderung, bei der konzeptionellen Neuausrichtung eines Bestandsklinikums den Bettenverlust während der Bauphasen möglichst gering zu halten oder mit geeigneten Maßnahmen zu kompensieren.

© ENDERA Managementberatung

Den perspektivischen Entwicklungsmöglichkeiten im Sinne von baulichen Erweiterungen in der Fläche oder auch als Aufstockung ist Rechnung zu tragen, fachplanerische (Teil)Aspekte wie z. B. tragwerksplanerische Fragestellungen oder Aspekte der technischen Gebäudeausstattung wie Leitungslängen und Strangführungen sind zu bewerten.

3.3.3. Baustruktur – konstruktive Situation

Baulich-konstruktiv stehen bei Bestandssituationen neben der Erschließungssituation der Gebäude und der Umsetzung logistischer Anforderungen Aspekte der Tragwerksplanung in Bezug auf den Erhalt bzw. die Wiederverwendung der Tragwerkssituationen und deren Flexibilität hinsichtlich baulicher Erweiterungen im Fokus. Im Bereich der technischen Gebäudeausstattung sind die Möglichkeiten der Ertüchtigung der technischen Installationen auf den aktuellen Stand der Technik und damit einhergehend auf nachhaltige Energiekonzepte zu überprüfen. Aspekte des Brandschutzes und damit auch die Betriebsfähigkeit/-genehmigung sowie Belange des Schallschutzes (Lärmem-/-immissionen) sind einer Überprüfung zu unterziehen. Neue Entwicklungen bzgl. spezieller Genehmigungsverfahren, hier z. B. für den Betrieb von Hubschrauberlandeplätzen etc. sind zu beachten und die Auswirkungen auf einen künftigen vollumfänglichen Krankenhausbetrieb zu bewerten.

3.4. Wirtschaftliche Aspekte

3.4.1. Investitionskosten

Im Zuge der Investitionskostenbetrachtung werden die Beschaffungskosten für das Grundstück, einschließlich evtl. anfallender Grundstückserschließungskosten und Abbruchkosten für Bestandsbauten, die Herstellungskosten für die Sanierung, Interimsbauten und Neubauten sowie eine monetäre Einstufung des zeitlichen Mehraufwands (BPI-Steigerung gemäß Zeitstrahl) näherungsweise eingeschätzt und vergleichend dargestellt. Explizit nicht bewertet werden Themen wie Bettenausfall oder eine eingeschränkte medizinische Leistungserbringung.

3.4.2. Betriebskosten

Hinsichtlich der Betriebskosten werden die erwarteten Aufwendungen für die Instandhaltung und für den Energieverbrauch/-aufwand in der Nutzungsphase vergleichend dargestellt. Diese werden lediglich nominell benannt und sind für die Bestandssituation durch die Auftraggeberin zur Verfügung zu stellen.

Zwischen baulich-technischen Strukturen und medizinischen Prozessen bestehen Wechselwirkungen. Die baulich-technischen Rahmenbedingungen des Krankenhauses beeinflussen die Betriebsorganisation auf prozessualer Ebene teilweise erheblich – und damit auch die Betriebskosten. Als einfaches Beispiel hierfür kann auf Pavillonstrukturen verwiesen werden, die neben einem

© ENDERA Managementberatung

höheren Personalbedarf als in zentralisierten Strukturen auch Redundanzen der technischen Ausstattung notwendig machen.

Wie bereits unter dem Gliederungspunkt 3.1 beschrieben, haben atmosphärische Faktoren erheblichen Einfluss auf die Klinikauswahl der Patienten sowie das Binden und Gewinnen von Mitarbeitern. Emissionsbelastungen jeglicher Art wirken sich im Kontext von baulichen Veränderungen nachhaltig darauf aus.

Durch neue politische und gesellschaftliche Entwicklungen, wachsende Defizite, Budgetrestriktionen und Ausgabenbremsen werden finanzielle Rahmenbedingungen bei der Planung größerer Investitionsprojekte immer wichtiger: Die Wirtschaftlichkeit wird zum Schlüsselfaktor. Demgegenüber steht der Fachkräftemangel in allen Berufsgruppen einer Klinikstruktur. Durch eine optimale Symbiose aller räumlichen, materiellen und personellen Ressourcen sowie durch eine stringente Prozessorientierung ist das Ziel der qualitativ hochwertigen und ökonomisch tragfähigen Sicherung der Patientenversorgung zu gewährleisten.

3.4.3. Finanzierbarkeit

Das Kriterium der Förderfähigkeit bewertet die baulichen Maßnahmen im Hinblick auf die Abgrenzung nach Handels-/Steuerrecht und somit die Einordnung dessen, welche Bauaktivitäten durch die Fördermittelgeber eher aussichtsreich hinsichtlich der Bemessung eingeordnet werden können. Aspekte wie „unterlassene Instandhaltung", die Etablierung neuer medizinischer Fachrichtungen, die Einrichtung von Betriebsmitteln, die den Krankenhausbetrieb überhaupt erst ermöglichen, sowie die erstmalige Ausstattung mit besonderen Bauqualitäten (z. B. Brandschutz-Funktionserhalt oder Strahlenschutz) sind zu bewerten.

Auch Teuerungsfaktoren wie bauabschnittsweises Bauen, Interimsbauten sowie die grundsätzliche Qualität des Bauens, in Abwägung von ggf. höheren Investitionskosten bei gleichzeitig erzielbarer optimierter technischer Lebensdauer von Bauelementen, fließen in diese Bewertung mit ein.

Sollten sich neue Bewertungsaspekte wie zusätzliche Fördermöglichkeiten für aktuell prioritär gesetzte Themen wie z. B. nachhaltiges Planen und Bauen ergeben, so finden diese Aspekte hier dann auch Berücksichtigung.

3.5. Nachhaltigkeit

Im Bereich der Nachhaltigkeit – Klima – Umwelt bilden die Aspekte der Optimierung/Nachrüstbarkeit zur Energieeinsparung, die Verwendung nachhaltiger Baustoffe, der Ressourcenverbrauch zur Gebäudeherstellung sowie die Flächenversiegelung (Neuversiegelung vs. Bestandscampus) den Gegenstand der vergleichenden Analyse.

© ENDERA Managementberatung

4. Anlagen

- Eignungsmatrix zur Bewertung der Szenarien

© ENDERA Managementberatung

Haftungsausschluss

Künftige Ereignisse sind ungewiss, ihre Vorhersage beruht notwendigerweise auf Einschätzungen. Die Prognosen in diesem Bericht sind somit keine Tatsachenbehauptungen, sondern Meinungsäußerungen. Die ENDERA Managementberatung GmbH haftet daher nicht für Schäden, die darauf beruhen, dass Entscheidungen auf in diesem Bericht erstellte Prognosen gestützt werden.

Wir unterstellen, dass die uns vom Mandanten zur Verfügung gestellten Dokumente und Informationen vollständig sind sowie deren Inhalt korrekt ist und dass vorgelegte Kopien unverändert und gänzlich den Inhalt der Originale wiedergeben. Die ENDERA Managementberatung GmbH übernimmt keine Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der verarbeiteten Informationen.

Vervielfältigung, Weiterleitung und Veröffentlichung

Dieser Bericht ist urheberrechtlich geschützt. Die gewerbsmäßige Verwertung ohne eine schriftliche Zustimmung der ENDERA Managementberatung GmbH ist unzulässig. Die Vervielfältigung und Weiterleitung dieses Berichts jeder Art (elektronisch oder in Papierform) ist nur gestattet an Beschäftigte und Organe des Auftraggebers oder des Krankenhausträgers sowie an Behörden im Rahmen von Fördermittel- oder sonstigen Genehmigungsverfahren. Die darüber-hinausgehende Vervielfältigung und Weiterleitung sowie die Veröffentlichung des Berichts ist nur nach vorheriger Zustimmung der ENDERA Managementberatung GmbH möglich.

Gleiches gilt für die Vervielfältigung, Weiterleitung und Veröffentlichung von Auszügen aus diesem Bericht.

ENDERA Managementberatung GmbH
Wilhelmstr. 26
D – 53721 Siegburg
fon: 0 22 41. 127 39 70
fax: 0 22 41. 127 39 7 99
info@endera-gruppe.de
www.endera-gruppe.de