



öffentlich

Vorlage zur Behandlung im Kreistag

Sitzung am 03.02.2020

TOP 1: Strukturelle Qualitätsoffensive des Zollernalb Klinikums; Beschlüsse für die hierzu notwendigen baulichen Maßnahmen

A. Beschlussvorschlag:

Der Kreistag beschließt:

- a) die Eröffnung einer **pädiatrischen Abteilung/Sektion mit 12 bis 18 Betten** am Standort **Balingen**
- b) die Eröffnung einer **Palliativstation mit 8 Betten** am Standort **Balingen**
- c) den Umzug der **Endoskopie** in die stillgelegten Bereiche des Gynäkologischen OP's am Standort **Albstadt**

und beauftragt die Verwaltung mit der Ausschreibung und Vergabe der Leistungen zur Objekt – und Fachplanung sowie mit der Ausschreibung der Bauleistungen zur Umsetzung der Projekte a – c (Ausführungsbeschluss).

B. Kosten/Finanzielle Auswirkungen: 8,0 Mio. EUR

- a) Pädiatrie: 3.000.000 EUR
- b) Palliativ: 2.700.000 EUR
- c) Endoskopie: 2.300.000 EUR

Haushaltsmittel stehen zur Verfügung (2020: 1 Mio. €), weitere Haushaltsmittel sind in 2021f. bereitzustellen.



öffentlich

Anlagen: Anlage 1a_Pädiatrie_Grobkostenschätzung
Anlage 1b_Pädiatrie_Grundriss
Anlage 2a_Palliativ_Grobkostenschätzung
Anlage 2b_Palliativ_Grundriss
Anlage 3a_Endoskopie_Grobkostenschätzung
Anlage 3b_Endoskopie_Grundriss

öffentlich

Strukturelle Qualitätsoffensive des Zollernalb Klinikums; Beschlüsse für die hierzu notwendigen baulichen Maßnahmen

Sachverhalt:

I.
Ausgangslage

Überlegungen

Der Kreistag des Zollernalbkreises hat am 25.3.2019 über die fortgeschriebene medizinische Zielkonzeption 2018 für die Zusammenführung für die Kliniken an den Standorten Albstadt und Balingen beraten. In Abstimmung mit dem Sozialministerium ist diese dann an den Landeskrankenhausausschuss zur Beschlussfassung vorgelegt worden.

Rahmenbedingungen

Schwierige Rahmenbedingungen für eine moderne Medizin bestehen insbesondere in der Funktionalität der Klinikprozesse, deren Wirtschaftlichkeit sowie Arbeitgeberattraktivität. Für eine zukunftsfähige Aufstellung bedarf es einer strukturellen Qualitätsoffensive:

- **Moderne Medizin** bedeutet ausdifferenzierte Medizin und zeigt sich in steigender Spezialisierung der ärztlichen Disziplinen. Durch die Spezialisierung steigt gleichzeitig die Interdependenz der spezialisierten Fachdisziplinen, da Krankheiten häufig multikausal entstehen und ein multilaterales Vorgehen erfordern.
Trotz aller informationstechnologischen Fortschritte bleibt eine effiziente und interdisziplinäre Verzahnung auf absehbare Zeit weiter von real kurzen Wegen des ärztlichen und pflegerischen Dienstes untereinander abhängig.
- Die **Zentrenbildung** ist sichtbarer Ausdruck der Entwicklung steigender Interdependenz und aktiv getrieben, z. B. von Strukturvorgaben der Fachgesellschaften bis hin zum Krankenhausstrukturgesetz.
- Nur in interdisziplinären Zentren sind, gerade in kleinen Häusern, die Mengenziele überhaupt erreichbar, an welche auch zentrale Qualitätsvorgaben gekoppelt sind und welche zunehmend erlösrelevant werden. Die Gewinnung **qualifizierter und motivierter Mitarbeiter** im ländlichen Raum hängt bereits heute von attraktiven Arbeitsplätzen und Ausbildungsangeboten ab.
Spitzenpersonal ist räumlich mobil und zeigt eine hohe Wanderbereitschaft – hierdurch kommt es oft zur Situation, dass Nachwuchsleistungsträger fehlen. Der Fachkräftemangel verschärft die Situation noch in der Breite der Belegschaft (Unterbesetzungen, Überalterung, Disproportionen im Qualifikationsprofil).
- **Medizinisch-Technischer Fortschritt** erweitert fortschreitend die Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten. Nach unten gebrochen, ergeben sich neue Chancen auf allen Versorgungsstufen. Deren Umsetzungsmöglichkeit geht mit den infrastrukturellen Bedingungen einher.
Patienten fordern jedoch Spitzenmedizin in allen Versorgungsstufen. Auf Grund der steigenden Möglichkeiten versuchen Patienten heute „absolute“ Gesundheit möglichst wieder herzustellen und nehmen dafür weite Wege in Kauf. Die Leistungsfähigkeit an den Grenzen jeder Versorgungsstufe entscheidet über Wettbewerbsvorteile um mobile (Elektiv-) Patienten.

öffentlich

Eine ansteigende Krankheitshäufigkeit der Gesellschaft hat anwachsende Behandlungszahlen zur Folge, durch demographische Prozesse (u.a. steigende Multimorbidität, da Patienten immer älter werden, Zunahme an onkologischen und neurologischen Erkrankungen), wohlstandsbedingte Entwicklungen (Diabetes, Herz- / Kreislauferkrankungen), Entwicklungen einer leistungsinduzierten Gesellschaft (stressassoziierte oder degenerative Erkrankungen) oder über den medizinisch-technischen Fortschritt selbst induziert (z. B. Onkologie). Damit einhergehender Ressourcenbedarf im Gesundheitswesen hält den Effizienzdruck dauerhaft hoch, da Ressourcenzuwächse an das Wirtschaftswachstum gekoppelt folglich limitiert sind. Krankenhäuser finden sich heute in einem **wettbewerblichen Umfeld** wieder, welches auf diese Herausforderungen reagiert und sind selbst zu strategisch vorausschauendem Handeln gezwungen.

Auf dem Weg zum Zentralklinikum und im Hinblick auf die bestmögliche Vorbereitung des Zentralklinikums, müssen frühzeitig verschiedene Medizinkonzepte etabliert werden, um den vorstehenden Rahmenbedingungen Rechnung tragen zu können.

Im Rahmen der Kreistagssitzung trägt die Geschäftsführung kurzfristig umsetzbare Handlungsoptionen zur medizinischen Weiterentwicklung vor.

a) Pädiatrie

Bereits 2018 wurde ein medizinisches Konzept erarbeitet, das u.a. die Einrichtung einer pädiatrischen Abteilung für den Neubau vorsieht. Im Genehmigungsverfahren ist diese Entscheidung abgekoppelt und vorab zu prüfen. Dazu sind die strukturellen Organisations- und Personalkonzepte zeitnah vorzulegen.

Wesentlich ist die grundsätzliche Ausrichtung des Zollernalbkreises zu den baulichen Veränderungen.

Mit Blick auf die künftige bauliche Zielplanung und der bereits in anderen Abteilungen behandelten Kinder und Jugendlichen empfiehlt Teamplan GmbH in einem Gutachten vom Mai 2018 insgesamt 12 bis 18 Betten für die Kinder- und Jugendmedizin im Zentralklinikum.

In einer in 2019 durchgeführten Analyse eines Betriebskonzepts „Pädiatrie“ am Standort Balingen wurde festgestellt, dass im Bestand vorab eine Abteilung mit 12 bis 18 Betten für die Kinder- und Jugendmedizin realisiert werden könnten.

In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass bereits seit Jahren ein deutlicher Rückgang der Zahl der Fachabteilungen und Betten für Kinderheilkunde trotz gleichbleibender beziehungsweise gestiegener Fallzahlen zu verzeichnen ist.

Nahezu jede fünfte Kinderabteilung wurde seit 1991 geschlossen. Vier von zehn Betten in der stationären Kinder- und Jugendmedizin wurden abgebaut.

Insgesamt wurden im Zollernalb Klinikum im Jahr 2018 an den beiden Standorten zusammen 386 von 529 Fällen als Notfall bzw. Wegeunfall stationär aufgenommen (Vorjahr 377 von 532). Im Trend sind die Behandlungszahlen weiter moderat ansteigend.

Ergebnis des Gutachtens:

öffentlich

- Eine weiterhin positive Entwicklung der Belegungszahlen und die Erkenntnisse der Analysen über die Erreichbarkeit kinderärztlicher Einrichtungen rechtfertigen die Überlegungen zur Schaffung einer stationären Behandlungseinheit.
- Eine Neueröffnung einer pädiatrischen Abteilung ist gegenläufig zu dem bundesweiten Trend.
- Eine Neueröffnung einer pädiatrischen Abteilung sollte zusammen mit der Eröffnung eines entsprechenden MVZs erfolgen.
- Ein negativer Deckungsbeitrag 3 (zusätzlich zu den direkt ermittelten Aufwendungen werden noch berücksichtigt: angeforderte med. Leistungen und Overheadaufwand für die Pädiatrie) bei einer Vollkostenrechnung ist in jedem Fall zu erwarten.
- Die Möglichkeit der Gewinnung des notwendigen Fachpersonals muss kritisch geprüft werden.
- Die Weiterentwicklung im Bereich der Qualitätssicherung im medizinischen Bereich formuliert mit der im Oktober 2019 in Kraft getretenen Richtlinie (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) im Bereich der Geburtshilfe ein Qualitätsmerkmal, welches entsprechend zu berücksichtigen und als planungsrelevant umzusetzen ist, dass „... eine Kinderärztin / ein Kinderarzt bei der Geburt von Frühgeborenen zugegen war...“.
 - ➔ Hierdurch ergibt sich bei der Geburtshilfe von Frühgeborenen die Vorgabe, dass sich eine pädiatrische Abteilung am Klinikum befinden muss, wenn man diese Leistungen zukünftig ohne Erlösabzüge erbringen möchte.

b) Palliativmedizin

Palliativmedizin ist nach den Definitionen der Weltgesundheitsorganisation und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten (voranschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative (heilende) Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt“.

Der Begriff „palliativ“ wird auf das lateinischen Wort »pallium« (Mantel, Umhang) bzw. palliare (bedecken, tarnen, lindern,) zurückgeführt.

Es stehen die Lebensqualität des Patienten – sein subjektives Wohlbefinden, seine Wünsche und Ziele – im Vordergrund der Behandlung. Als wesentliche Komponenten der Palliativmedizin gelten Symptomkontrolle, psychosoziale Kompetenz, Teamarbeit und Begleitung des Sterbenden und seiner Angehörigen. Die stationäre Palliativmedizin zielt darauf ab, die Krankheitssymptome soweit zu behandeln und zu kontrollieren, dass eine ambulante Behandlung im häuslichen Umfeld mit entsprechender ambulanter Behandlung ermöglicht wird.

Das Konzept Palliativmedizin beinhaltet eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Krankenversorgung. Die stationäre Palliativmedizin ist eine Krankenhausleistung und wird dementsprechend nach den Regeln des Krankenhausentgeltsystems mit den Kostenträgern abgerechnet.

öffentlich

Das Zollernalb Klinikum beabsichtigt die Einrichtung einer Palliativstation im Rahmen des Gesamtkonzeptes einer wohnortnahen Krankenversorgung. Gleichzeitig soll damit ein wichtiges Signal gesetzt werden, dass zu einer ganzheitlichen Patientenversorgung auch die kompetente und engagierte medizinische Begleitung in der letzten Lebensphase gehört.

c) Endoskopie

Bei den Begehungen des endoskopischen Funktionsbereichs am Krankenhaus Albstadt im Rahmen der Zertifizierungen hat es sich gezeigt, dass die Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) nur noch eingeschränkt erfüllt werden. Dies könnte zur Folge haben, dass die Auflagen der Genehmigungsbehörden zum Betrieb der Endoskopie verschärft werden und damit negative Auswirkungen auf das zertifizierte Darmzentrum, als wesentlichen Leistungsschwerpunkt des Zollernalb Klinikums, nach sich ziehen.

Die relevanten Leitlinien machen bzgl. der Raumgröße und -nutzung für die Bereiche Vor- und Nachbereitung eine Untersuchung notwendig. Die aktuelle Raumsituation entspricht nicht mehr den Leitlinien. Dies kann dazu führen, dass im schlimmsten Fall der Betrieb der Endoskopie im Zollernalb Klinikum Albstadt eingestellt werden muss.

Im Grunde betrifft es neben der eindeutigen Trennung der reinen und unreinen Bereiche innerhalb der Endoskopieaufbereitung ebenfalls die Entflechtung der Räumlichkeiten zur Patientenversorgung am Standort Albstadt.

Die Vorhaltung einer funktionsfähigen Endoskopie ist für das Darmzentrum zwingend und als Vorbereitung einer Abteilung für Lungenmedizin zu sehen, da Erkrankungen der Atemwege und der Lunge trotz therapeutischer Fortschritte eine der wichtigsten Ursachen von Krankheitslast und Sterblichkeit in Deutschland bleiben werden.

II.**Kosten, Erforderliche Maßnahmen****a) Pädiatrie (Anlage 1 a+b)**

Eine erste Grobkostenschätzung der Büros Teamplan, Weinbrenner-Single-Arabzadeh (W.S.A) Architekten, Ingenieurbüro Sulzer und Ingenieurbüro Holger Greiner enthält u.a. Kosten für die Baukonstruktion, technische Anlagen und medizintechnische lose Ausstattung **netto 1.748.000 EUR** (KG 300-600). Hinzu kommen Baunebenkosten (KG700 für KG 300-600) in Höhe von rund **472.000 EUR netto** sowie Kosten für die Projektsteuerung und ein Risikozuschlag in Höhe von rund **340.000 EUR netto**.

Die Möglichkeiten zur Gewinnung von neuem Fachpersonal sowohl im pflegerischen wie auch ärztlichen Dienst sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt heraus fordernd. D. h., dass neben der Entscheidung zur baulichen Umsetzung der Maßnahme das Personalbesetzungsrisiko zu beachten ist.

öffentlich

Insgesamt ist unter Berücksichtigung der derzeitigen Erkenntnisse und dem aktuellen Stand der Machbarkeitsuntersuchung mit einem Volumen von ca. **3.000.000 EUR (brutto)** zu rechnen.

b) Palliativ (Anlage 2 a+b)

Eine erste Grobkostenschätzung der Büros Teamplan, Weinbrenner-Single-Arabzadeh (W.S.A) Architekten, Ingenieurbüro Sulzer und Ingenieurbüro Holger Greiner enthält u.a. Kosten für die Baukonstruktion, technische Anlagen und medizintechnische lose Ausstattung netto 1.628.500 EUR (KG 300-600). Hinzu kommen Baunebenkosten (KG700 für KG 300-600) in Höhe von rund **440.000 EUR netto** sowie Kosten für die Projektsteuerung und ein Risikozuschlag in Höhe von rund **210.000 EUR netto**.

Insgesamt ist unter Berücksichtigung der derzeitigen Erkenntnisse und dem aktuellen Stand der Machbarkeitsuntersuchung mit einem Volumen von ca. **2.700.000 EUR (brutto)** zu rechnen.

c) Endoskopie (Anlage 3 a+b)

Eine erste Grobkostenschätzung der Büros Teamplan, Weinbrenner-Single-Arabzadeh (W.S.A) Architekten, Ingenieurbüro Sulzer und Ingenieurbüro Holger Greiner enthält u.a. Kosten für die Baukonstruktion, technische Anlagen und medizintechnische lose Ausstattung netto 1.352.000 EUR (KG 300-600). Hinzu kommen Baunebenkosten (KG700 für KG 300-600) in Höhe von rund **366.000 EUR netto** sowie Kosten für die Projektsteuerung und ein Risikozuschlag in Höhe von rund **233.540 EUR netto**.

Insgesamt ist unter Berücksichtigung der derzeitigen Erkenntnisse und dem aktuellen Stand der Machbarkeitsuntersuchung mit einem Volumen von ca. **2.300.000 EUR (brutto)** zu rechnen.

Nach dem bisherigen Stand der Machbarkeit sind aus Sicht des Planungsteams keine statisch relevanten Eingriffe in die bestehende Tragstruktur erforderlich.

Ob sich Maßnahmen zu Ertüchtigungen des Bestandes als Forderungen im Rahmen des Genehmigungsverfahrens ergeben könnten, kann erst in der weiteren Projektplanung geklärt werden. Die oben genannten Zahlen sind daher nur vorläufig.

III. Zeitschiene

Bei den unten genannten Terminketten ist bei den Maßnahmen als Startpunkt das VgV-Verfahren zur Vergabe der Planungsleistungen gesetzt.

Die Vergütung der Leistungen zur Objekt- und Fachplanung für die Projekte liegen oberhalb des aktuellen EU-Schwellenwerts für Dienstleistungsaufträge (214.000 € netto), sodass die Beauftragung dieser Leistungen ein öffentliches Vergabeverfahren erfordern. Nach den Erfahrungen bei anderen Projekten (ZNA Albstadt, Schulneubauten) muss hierfür ein Zeitraum von ca. 5 Monaten angesetzt werden.

öffentlich

Nach den bisherigen Planungen, stellt sich der zeitliche Ablauf der baulichen Maßnahmen wie folgt dar:

a) Pädiatrie

Der Bereich der 12 bis 18 pädiatrischen Betten im 1. OG kann erst nach Fertigstellung der Palliativstation in Angriff genommen werden.

Die Gesamtdauer der Maßnahme beträgt ca. 22 Monate. Die einzelnen Phasen teilen sich circa wie folgt auf:

0. VgV für Planungsleistungen 5 Monate,
1. Vorentwurf- bis Ausführungsplanung 13 Monate,
2. Ausschreibungs- und Vergabephase 5 Monate (überlappend mit der vorhergehenden Phase) und
3. Bauausführung 9 Monate.

b) Palliativ

Da die Baumaßnahme für die 12 pädiatrischen Betten bedingt, dass Allgemeinpflegebetten aus dem 1. OG in die Palliativstation im 2. OG umgezogen werden müssen, ist die Baumaßnahme der Palliativ vorab umzusetzen.

Die Gesamtdauer der Maßnahme beträgt ca. 22 Monate. Die einzelnen Phasen teilen sich circa wie folgt auf:

0. VgV für Planungsleistungen 5 Monate,
1. Vorentwurf- bis Ausführungsplanung 13 Monate,
2. Ausschreibungs- und Vergabephase 5 Monate (überlappend mit der vorhergehenden Phase) und
3. Bauausführung 9 Monate.

c) Endoskopie

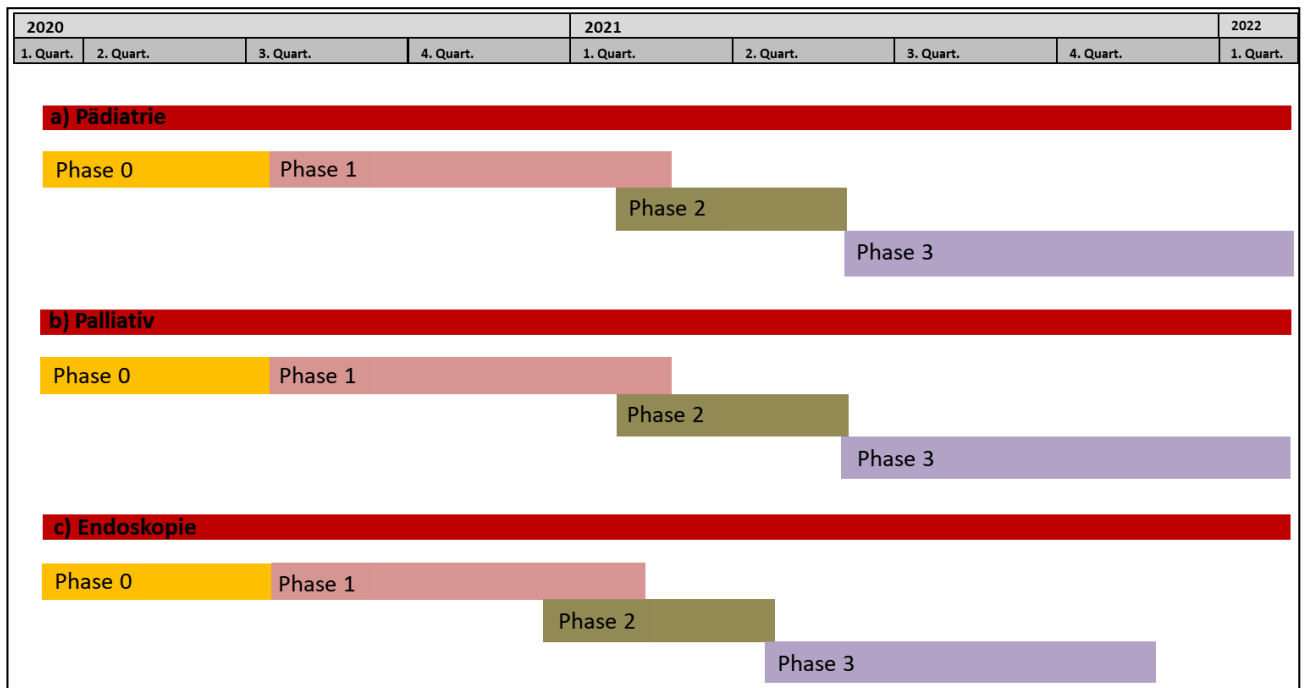
Da der Bereich zur Umsetzung der Baumaßnahme der Endoskopie zur Zeit keiner weiteren Nutzung unterliegt, kann nach Genehmigung der Maßnahme mit der baulichen Umsetzung begonnen werden.

Die Gesamtdauer der Maßnahme beträgt ca. 21 Monate. Die einzelnen Phasen teilen sich circa wie folgt auf:

0. VgV für Planungsleistungen 5 Monate,
1. Vorentwurf- bis Ausführungsplanung 8 Monate,
2. Ausschreibungs- und Vergabephase 5 Monate (überlappend mit der vorhergehenden Phase) und
3. Bauausführung 7 Monate.



öffentlich



IV.
Finanzierung

Für die Vorbereitung, Planung und teilweise schon Vergabe der Vorhaben werden bereits im laufenden Jahr 2020 rund 1 Mio. € benötigt. Zur Finanzierung dieser Ausgaben stehen ausreichend Haushaltsmittel in Höhe von 1 Mio. € zur Verfügung.

Die Ausgaben für die anstehenden Baumaßnahmen werden schwerpunktmäßig in 2021/2022 anfallen. Im Haushalt 2020 eingestellte Verpflichtungsermächtigungen in Höhe von 3 Mio. € ermöglichen Vergabeentscheidungen einzelner Bauleistungen bereits im laufenden Haushaltsjahr. Zur weiteren Umsetzung sollen entsprechende Ansätze in die Haushaltsplanung 2021 f. aufgenommen werden.

IV.
Empfehlung des Aufsichtsrats

Der Aufsichtsrat hat dem Kreistag in seiner Sitzung am 11.11.2019 die Erweiterung des medizinischen Angebots vollumfänglich empfohlen.