



KREISKLINIKEN
REUTLINGEN



Medizinkonzept



für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH

- Grundlinien -



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	4
1.1	Die Kreiskliniken Reutlingen GmbH – Bausteine für die Zukunft.....	4
1.2	Zur Entwicklung des Krankenhauswesens – Wandlung, Anpassung, Flexibilität.....	5
1.3	Rahmensetzungen auf Landesebene.....	7
1.4	Rahmensetzungen durch Kreistag und Gesellschafter der Kreiskliniken Reutlingen GmbH.....	9
2	Methodik - Vorgehensweise zur Abschätzung der Einflussfaktoren auf Medizin- und Betriebskonzept.....	10
2.1	Prozess der Entwicklung des Konzeptes.....	10
2.1.1	Die Kliniken im Landkreis Reutlingen.....	12
2.1.2	Auswertung zur demografischen Entwicklung.....	14
3	Trägerübergreifende Kooperationen: Bestandteile künftiger Entwicklungen und Konzepte.....	17
3.1	Zentrum für Psychiatrie (ZfP) / Psychiatrie/Psychotherapie Reutlingen (PP.rt).....	17
3.2	Kooperation mit dem Universitätsklinikum Tübingen (UKT).....	18
3.3	Bettenspiegel Klinikum am Steinenberg.....	19
3.4	Medizinkonzept I: Bündelung hausübergreifender Aufgaben.....	21
3.5	Medizinkonzept II: Schwerpunkte und Zentren im Klinikum am Steinenberg Reutlingen, IAS = Interdisziplinäre Aufnahme mit Station.....	22
3.5.1	Interdisziplinäre Aufnahme mit Station (IAS).....	24
3.6	Medizinkonzept III: Schwerpunkte und Zentren in der Ermstaklinik und in der Albklinik.....	26
4	Zusammenfassende Bewertung.....	27
5	Umsetzung des Konzeptes.....	29
5.1	Klinikum am Steinenberg.....	29
5.1.1	Fachabteilungen.....	29
5.1.2	Unfallchirurgie.....	29
5.1.3	Viszeralchirurgie.....	30
5.1.4	Neurochirurgie.....	30
5.1.5	Gefäßchirurgie.....	31
5.1.6	Urologie.....	31
5.1.7	Frauenklinik.....	32
5.1.8	Innere Medizin.....	32
5.1.9	Kinder- und Jugendmedizin / Psychotherapeutisch-psychosomatisch ausgerichtete Kinder- und Jugendmedizin (PTM).....	34
5.1.10	Neurologie.....	35
5.1.11	Anästhesie und operative Intensivmedizin.....	35
5.1.12	Belegabteilungen.....	35
5.1.13	Geländeübersicht.....	36
5.2	Ermstaklinik Bad Urach.....	44
5.2.1	Fachabteilungen.....	44
5.2.2	Chirurgie.....	44
5.2.3	Innere Medizin.....	44
5.2.4	Belegabteilungen.....	45
5.2.5	Anästhesie und Intensivmedizin.....	45
5.2.6	Bettenspiegel Ermstaklinik Bad Urach.....	45
5.2.7	Bauliche Realisierung der Altersmedizin.....	46
5.3	Albklinik Münsingen.....	49
5.3.1	Unfallchirurgie.....	49
5.3.2	Viszeralchirurgie.....	49
5.3.3	Innere Medizin.....	49
5.3.4	Belegabteilung Gynäkologie / Geburtshilfe.....	49
5.3.5	Anästhesie und Intensivmedizin.....	50
5.3.6	Bettenspiegel Albklinik Münsingen.....	50

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Prozessphasen und Bearbeitungszyklus	11
Abbildung 2 Auszug aus dem Bericht des Statistischen Landesamtes 2004	15
Abbildung 3 Bettenspiegel Klinikum am Steinenberg 2005 -2011	20
Abbildung 4 Medizinkonzept I.....	21
Abbildung 5 Medizinkonzept II.....	23
Abbildung 6 Flussdiagramm Patienten- und Besucherströme IAS	25
Abbildung 7 Medizinkonzept III.....	26
Abbildung 8 Bettenspiegel Bad Urach.....	46
Abbildung 9 Bettenspiegel Albklinik Münsingen.....	50

1 Einleitung

1.1 Die Kreiskliniken Reutlingen GmbH – Bausteine für die Zukunft

Der Landkreis Reutlingen als Gesellschafter und die Kreiskliniken Reutlingen GmbH tragen mit ihren drei Kliniken – Klinikum am Steinenberg Reutlingen, Ermstaklinik Bad Urach und Albklinik Münsingen - seit langem und kontinuierlich über ein Jahrhundert bereits die stationäre Versorgung für die Bevölkerung des Landkreises und auch zum Teil für angrenzende Gebiete. Diese Kontinuität soll ihre Fortzusetzung finden und sie ist für die Zukunft zu sichern. Dazu gilt es sich auf den Weg zu machen und die Kliniken in entsprechender Weise zu rüsten, auszurichten und zu positionieren.

In einem von Wettbewerb, von der Mobilität der Bevölkerung, von der qualitätsgesteuerten Wahl der Krankenhausangebote zunehmend geprägten Geschehen ist dazu eine entsprechende Profilierung der Kliniken erforderlich bzw. Gebot der Stunde. Die drei Kliniken der Kreiskliniken Reutlingen GmbH verfügen dazu zwar über eine gute Ausgangsposition, jedoch ist deren inhaltliche und konzeptionelle Überprüfung mit Blick auf die Herausforderungen von Gegenwart und Zukunft ebenso notwendig wie eine Weiterentwicklung der Klinikstrukturen und ihrer Organisation. Die sich daraus ergebenden Erkenntnisse bilden zugleich die Basis für Entscheidungen in strategischer, finanzieller und baulicher, kurz- und mittelfristiger Sicht. Hintergrund und Rahmen hierfür bilden das hier vorgelegte „Medizinkonzept für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH.

Dieses Konzept wird in einer Zeit formuliert, in der das Krankenhauswesen bereits seit über einem Jahrzehnt von tief greifenden Veränderungen gekennzeichnet ist und prognostisch für mindestens weitere 10 bis 15 Jahre erfasst werden wird. Folglich kann dieses Konzept selbst nicht statisch verfasst noch aufgefasst werden, sondern es zeigt in einer bestimmten Phase – im Jahr 2007 – auf, welche Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung der Kreiskliniken Reutlingen GmbH zu berücksichtigen sind, welche Einflussfaktoren für diesbezügliche Entscheidungen in Rechnung zu stellen sind und in welcher Weise sich die einzelnen Kliniken organisieren müssen, um auch künftig den nötigen Patientenzugang, hochqualifizierte Versorgung und die erforderlichen Erlöse zu sichern. Von daher vermitteln die folgenden Kapitel einen Einblick in ein grundsätzlich dynamisches, flexibel angelegtes und veränderungsoffenes Geschehen, jedoch mit dem Ziel, gleichwohl in der Zusammenschau verfügbarer Erkenntnisse eine tragfähige Basis für Entscheidungen zu liefern.

Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass dieses Konzept zwar einen sehr wichtigen Baustein in der Neuausrichtung der Kreiskliniken Reutlingen GmbH darstellt, andere Bausteine, an denen parallel gearbeitet wird, ebenfalls für Gegenwart und Zukunft der Kliniken ihre erhebliche Bedeutung haben:

Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement (an die im Jahr 2006 nach KTQ zertifizierten Kliniken in Bad Urach und Münsingen sei an dieser Stelle erinnert) sind neben wirtschaftlicher Leistungserbringung und diesbezüglichen Maßnahmen ebenso unverzichtbar wie eine entsprechende Position im Wettbewerb und die dazu gehörende Öffentlichkeitsarbeit und Marketing, wie eine attraktive Gestaltung von Klinik- und Servicebereichen u.a.m. An diesen Aspekten und zu diesen Punkten, auch an der Herausarbeitung der Stärken und einer Beseitigung der Schwächen, wird laufend und weiter gearbeitet, ebenso wie die alltägliche Arbeit in den Kliniken, ihre Steuerung, die operativen und wirtschaftlichen Zielsetzungen bereits gesundheitsreformerische Rahmenbedingungen bei der Umsetzung der Versorgungsaufgaben in vollem Umfang einbeziehen:

So fordern insbesondere das DRG-System und seine Folgen, die budgetären Gegebenheiten, die Beobachtung der Wettbewerbssituation, die Bereitstellung komplexer, qualitätsgesicherter Leistungen, eine Prozessorganisation und – steuerung, die alle zeitgemäßen Instru-

mentarien der Klinik- und Unternehmensführung wie z.B. EDV-Ausstattung und Controlling notwendig machen. Information und Bericht über diese „Bausteine“ einer Neuausrichtung stehen innerhalb der folgenden Kapitel zwar nicht im Mittelpunkt – darüber wird anderweitig regelhaft gegenüber dem Aufsichtsrat und dem Gesellschafter der Kreiskliniken Reutlingen GmbH Rechenschaft abgelegt –, jedoch sei hier deshalb darauf hingewiesen, weil der Erfolg eines auf die weitere Zukunft ausgerichteten Medizin- und Betriebskonzepts natürlich auch davon abhängt, dass bereits im Ist die nötigen Vornahmen und alltäglichen Entscheidungen sachgerecht erfolgen, die die Basis für ein zukunftsorientiertes Handeln legen. M.a.W.: Das Medizinkonzept spiegelt einerseits eine Fülle bereits ergriffener Maßnahmen und das Resultat bereits bis dato für den laufenden Betrieb getroffener Entscheidungen; andererseits bündelt es – als Hauptaufgabe – die Überlegungen und Vorschläge, die für die Weiterentwicklung und den Fortbestand der Kreiskliniken Reutlingen GmbH in kommenden Jahren nach derzeitigen Erkenntnissen und Prognosen für entscheidend angesehen werden müssen.

Auf diesem Hintergrund vermitteln die folgenden Kapitel nun sowohl einen Überblick über zu berücksichtigenden Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren ebenso wie ausgehend vom Sachstand zu Leistung und Medizinstruktur der Kreiskliniken Reutlingen GmbH Empfehlungen und eine Basis für Entscheidungen niedergelegt werden zur künftigen medizinkonzeptionellen Gestaltung und ihrer betrieblichen Umsetzung in den Kliniken in Reutlingen, Bad Urach und Münsingen – prozessgestützt, flexibel angesichts sich ändernder Rahmenbedingungen und zukunftsorientiert.

1.2 Zur Entwicklung des Krankenhauswesens – Wandlung, Anpassung, Flexibilität

Die Geschichte der Medizin und des Krankenhauswesens ist eine besonders erfolgreiche – gerade weil beide eng miteinander verknüpften Bereiche sich immer wieder dem Fortschritt öffneten und für Veränderungen offen geblieben sind. Dabei hat es immer wieder Phasen des schnellen Wandels ebenso gegeben wie auch Zeiten der Konsolidierung oder auch Konservierung des Bestehenden.

Die letzten gut 50 Jahre waren gekennzeichnet von zunächst der Bewältigung der Kriegsfolgen und dem Wiederaufbau sowie von einem nachfolgend beträchtlichen Ausbau des Gesundheitswesens und geradezu säkularen Fortschritten der Medizin und Medizintechnik, der einschlägigen Wissensakkumulation und der Nutzung einer hochdynamisch sich entfaltenden Informationstechnologie. In den Jahren des Wiederaufbaus und des Wirtschaftsaufschwungs dominierte dabei für das Krankenhauswesen zunächst und logischerweise nach einer Phase der kriegerischen Zerstörung die Vorstellung, Krankenhausbauten im Sinne des Beitrags zur langfristig gesicherten Versorgung der Bevölkerung auf eine ebenso langfristige Existenz auszurichten, um damit die stationäre Basisversorgung flächendeckend zusichern – sowohl unter Berücksichtigung des Sicherstellungsauftrags als auch des (kommunalen) Prinzips der Daseinsfürsorge. Die Gültigkeit dieser Prinzipien hat auch der Bericht der Expertenkommission zur „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ (Ministerium für Arbeit und Soziales, Stuttgart 2006, S. 21 – im folgenden „Expertenkommission“) für die Gegenwart und Zukunft unterstrichen.

Dennoch darf die Ausrichtung von Krankenhausversorgung und –bau auf langfristige Zeiträume nicht vernachlässigen, dass innerhalb dieser Zeiträume sich ein Wandel vollzieht und auch unvermeidbar ist: Weder Medizin noch Versorgungsangebote sind statisch, Bevölkerungs- und Nachfragestrukturen ändern sich, Krankenhausgesetzgebung und Finanzierungsgrundlagen passen sich (folglich) an.

Dies bedeutet, dass auch Versorgungskonzepte und die baulichen Raumbedarfe für stationäre Krankenversorgung Veränderungen unterliegen (müssen).

Gerade die in den beiden letzten Jahrzehnten deutlich und unabweisbar gewordenen Einflussfaktoren haben zur Restrukturierung der Krankenhausversorgung (und zu einer Um-

schichtung der Trägerstrukturen, Stichwort Privatisierung) erheblich beigetragen: Zu nennen sind insbesondere die beträchtlichen Fortschritte in Medizin und ihrer diagnostischen und operativen Kernkompetenzen, die z.B. dadurch rückläufige Krankenhausverweildauer, der z.T. dramatisch sich abzeichnende Wandel in der Bevölkerungsstruktur, die Betonung von Qualität, Marktorientierung und Wettbewerb auch für das Gesundheitswesen durch die Europäische Union ebenso wie durch die Bundesgesetzgebung – all dies sind Faktoren, die auch hinsichtlich baulicher Lösungen für künftige Krankenhausbauten nicht mehr vernachlässigt werden können.

Allerdings kann angesichts der Komplexität der nur beispielhaft genannten Faktoren nicht davon ausgegangen werden, dass hier einfache Ursache-Wirkungs-Mechanismen als Erklärungsmuster taugen und sich auf einfachem Wege absolut prognosesichere Gegebenheiten für die Zukunft ableiten lassen. Die Abschätzung der Wahrscheinlichkeit möglicher Entwicklungen und Szenarien ist folglich die Methode der Wahl. Zu dieser Situation trägt nicht unerheblich bei, dass die „Halbwertszeit“ der für das Krankenhauswesen wichtigen gesetzlichen Entscheidungen seit Jahren sinkt, so dass auch hier von dauerhaft verlässlichen Gegebenheiten nicht mehr ausgegangen werden kann (was nicht kritisch bewertet werden soll, denn auch die Gesetzgebung „re-agiert“ nur auf die wachsende Komplexität der jeweiligen Ausgangslagen). Als für das Krankenhauswesen einschneidende Gesetze können genannt werden:

- **1972:** Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG): Grundsätzliche Neuordnung der Krankenhausplanung, der Finanzierung der Krankenhausbehandlung und der Investitionen für den Krankenhausbau.
- **1992:** Gesundheitsstrukturgesetz (GSG): U.a.(endgültige) Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips, (erste) Einführung von Fallpauschalen, Zulassung der Krankenhäuser zum ambulanten Operieren.
- **2000:** Gesundheitsreformgesetz (GRG): Verankerung des „Diagnosis Related Group (DRG)-Systems“, d.h. Finanzierung der Krankenhausbehandlung auf Basis fallpauschalierter Entgelte; Verankerung von Qualitätssicherung, Integrierte Versorgung u.a.m.
- **2004:** GKV-Modernisierungsgesetz (GMG): Schaffung des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), Ausweitung der Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung, Förderung der Integrierten Versorgung durch „Anschubfinanzierung“
- **2007:** GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Schaffung des „Gesundheitsfonds“ mit noch nicht absehbaren Konsequenzen insgesamt für die Krankenhausversorgung, „Sanierungsbeitrag“ für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist durch Krankenhäuser aufzubringen u.a.m..

Die vorstehenden Gesetze – in immer kürzeren Abständen erfolgt, und weitere Gesundheitsreformgesetze werden zwangsläufig folgen - sind überdies

- ab 1992 immer auch mit Tatbeständen der sog. „Budget-Deckelung“ und Kürzungsaufgaben für das Krankenhauswesen verbunden gewesen (so z.B. bei den Erlösausgleichen oder jetzt beim „Sanierungsbeitrag“ für 2007).
- Diese, den Abbau der Krankenhauskapazitäten befördernde Situation wird überdies parallelisiert durch den Rückgang der öffentlichen Fördermittel für den Krankenhausbau (im Grunde seit 1973, beschleunigt seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts).

- Schließlich ist anzuführen, dass alle Gesetze mindestens seit 1993 (der sog. Seehofer-Reform“) darauf abzielen, den Abbau der stationären Kapazitäten zu befördern und einer „Ambulantisierung“ des Gesundheitswesens das Wort zu reden (Ambulantes Operieren, Erweiterung der Möglichkeiten zur ambulanten Tätigkeit für Krankenhäuser etc.). Allerdings ist auch festzuhalten, dass die hierzu eröffneten Möglichkeiten für Krankenhäuser seit Jahren von einer finanziellen Unterdeckung gekennzeichnet sind.

Angesichts dieser Gegebenheiten können Entscheidungssituationen nicht mehr allein davon geprägt sein, absolut verlässliche und unverrückbare Grundtatbestände zum Ausgangspunkt zu nehmen, sondern ein gewisses Maß an Anpassungsfähigkeit und Flexibilität ist gefordert auch mit Blick auf bauliche Lösungen. Richtig ist, dass stationäre Versorgungsbedarfe in Kern- und Schwerpunktbereichen der Chirurgie und der Inneren Medizin auch künftig unabweisbar bleiben werden, so dass für diese Kernbereiche es auch weiterhin der Behandlungs- und Pflegebereiche bedarf. Richtig ist aber auch, dass diese und weitere Disziplinen dem (Bevölkerungs-) Wandel unterliegen, den Einflussfaktoren des medizinischen Fortschritts einerseits wie auch andererseits in ihrer Ausgestaltung den „Eingriffen“ durch die Gesundheitsgesetzgebung. Von daher erscheint es heute und mit Blick auf die Zukunft als sinnvoll, versorgungskonzeptionelle und baubezogene Entscheidungen im Lichte dieser Einflussgrößen zu treffen; von diesen Überlegungen und Überzeugungen lassen sich die Ausführungen in den folgenden Kapiteln leiten.

1.3 Rahmensetzungen auf Landesebene

Gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz obliegt die Finanzierung der Behandlungskosten den Kostenträgern (Kassen), den Rechtsrahmen hierfür setzt die Bundesgesetzgebung. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung (Planung und Investitionsfinanzierung) ist Aufgabe der Bundesländer. Damit sind die Länder aufgefordert, den gesellschaftlichen Veränderungen und ihren Auswirkungen auf das Krankenhauswesen ebenso auf ihre Weise Rechnung zu tragen. Neben einer für das Jahr 2007 vorgesehenen Neufassung des Landeskrankenhausgesetzes hat in Baden-Württemberg im Jahr 2006 eine vom Land bzw. zuständigen Ministerium für Arbeit und Soziales eingesetzte Expertenkommission weit greifende Vorstellungen und Empfehlungen zur (künftigen) Struktur der Krankenhausversorgung sowie damit verbundener Aufgaben (Notfallversorgung etc.) vorgelegt („Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg - Bericht der Expertenkommission“, Ministerium für Arbeit und Soziales BW, Mai 2006).

Bei der Entwicklung und Formulierung der konzeptionellen Vorstellungen für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH bzw. damit für die stationäre Versorgung in einem Landkreis bzw. für eine Region wurde folglich darauf geachtet, dass diese im Einklang mit den Empfehlungen der Expertenkommission stehen bzw. diese auch explizit aufgreifen. Insbesondere wird Bezug genommen auf folgende Empfehlungsziffern der Expertenkommission (erläutert durch einen *Kommentar* in Klammern):

„(2) Die Krankenhausplanung soll sich auf eine zeitnahe Aggregation und Auswertung krankenhausbbezogener Struktur- und Leistungsdaten stützen ... auf der Basis der Bevölkerungszahlen des Statistischen Landesamtes ... (und) ... für die Beteiligten ... nachvollziehbar.“

(Das Konzept für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH nimmt Struktur- und Leistungsdaten sowie die demographische Entwicklung zu Ausgangspunkten).

„(4) Planungsgröße bleibt hilfsweise das Krankenhausbett, da es zugleich die notwendige Konkretisierung und Flexibilität bei der Konkretisierung und Flexibilität bei der Erfüllung des Versorgungsauftrages erlaubt...“

(Jetzige und künftige Bedarfe werden auch durch benötigte Bettenzahlen zum Ausdruck gebracht) .

„(5) Krankenhausträger sollten im Rahmen des regionalen Versorgungsauftrages größtmögliche Freiheit erhalten und bei ihrem in einem oder in einem benachbarten Landkreisen gelegenen Krankenhäusern (Krankenhausverbund oder Krankenhaus mit mehreren bestehenden Betriebsstätten) selbst entscheiden können, welche Leistungen sie an welchen Standorten erbringen...“

(Das Konzept für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH folgt exakt dieser Empfehlung u.a. durch Vorschläge zur Verteilung der Versorgungskapazitäten auf die drei Kliniken).

„(10) Die Investitionsförderung muss sich an Zielen der Krankenhausplanung orientieren. ... die Festbetragsförderung (ist) nach folgenden Prioritäten fortzuführen:

Hohe Prioritätsstufe:

Strukturverbesserungen entsprechend den Zielen des Krankenhausplans (Versorgungsstützpunkte für die flächendeckende Versorgung, Bündelung der Versorgungsleistungen zur Steigerung der Versorgungseffizienz)...“ *(Strukturverbesserungen, Erzielung von Synergieeffekten, Bündelung der Versorgungsleistungen u.a. sind Gegenstand der Überlegungen zur stationären Versorgung des Landkreises Reutlingen durch die drei Kliniken; durch Erfüllung dieser Empfehlungen wird auch ein Prioritätsanspruch auf Landesfördermittel begründet).*

„(22) In jedem Landkreis sollten konkrete Vereinbarungen aller Beteiligten über die Organisation und die Standorte der ambulanten und stationären Notfallversorgung getroffen werden...“

(Diese Vereinbarungen liegen für den Landkreis Reutlingen bereits vor; die drei Kliniken sind bereits Standorte der Notfallversorgung).

„(26) Die Universitätsklinik sollten ihr Leistungsspektrum stärker als bisher mit den umliegenden Krankenhäusern abstimmen im Sinne einer regionalen Kooperation und Kompetenzvernetzung, wobei bei der Beurteilung der Entwicklungsoptionen die jeweilige unterschiedliche regionale Versorgungssituation zu berücksichtigen ist.“

(Die Kreiskliniken Reutlingen GmbH kooperiert bereits seit Jahren mit dem Universitätsklinikum in Tübingen; Fortführung und Ausweitungen dieser Kooperation werden dargestellt bzw. sind geplant).

„(28) Erforderlich ist eine stärkere Verzahnung der ambulanten/stationären fachärztlichen Versorgung durch Ausbau des Konsiliararztwesens“.

(Die Kliniken der Kreiskliniken Reutlingen GmbH sind eng mit dem ambulanten Bereich über die Notfallversorgung, über Ermächtigungen, durch das Belegarztwesen sowie durch Einbindung von Konsiliarärzten verbunden).

„(31) Notwendige Konzentrationen von Krankenhausstandorten (Zentrenbildung) sind durch die Krankenhausplanung im Interesse der Qualität aktiv zu begleiten.“

(Die Gegenwart und das Konzept der Kreiskliniken Reutlingen GmbH sind wesentlich bereits von (Vorschlägen zur) Zentrenbildung gekennzeichnet).

„(33) Die weitere Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung wird befürwortet.“

(Über die diesbezüglichen Planungen der drei Kliniken wird ebenfalls berichtet).

(Zitierte Ziffern s. Empfehlungen der Expertenkommission S. 13 – 17, Expertenkommission 2006).

Ebenso als Bewertungshintergrund fungiert ein „Positionspapier zur Entwicklung der kommunalen Krankenhausstrukturen in Baden-Württemberg“ des Landkreistages Baden-Württemberg 2006 (im Folgenden „Positionspapier“). Darin heißt es u.a.:

„Die Kliniken in öffentlicher Trägerschaft stellen sich dem erforderlichen Wandel durch Veränderung der Managementstrukturen, Verbesserung von Prozessabläufen, Outsourcing und nicht zuletzt das Eingehen von Kooperationen/Verbänden“.
(Dies ist für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH bereits im Gang).

„Es sind sowohl horizontale Kooperationen – Abstimmung mit Leistungsangeboten zwischen Kliniken der Akutversorgung – als auch vertikale Kooperationen – Zusammenarbeit innerhalb der Leistungskette (niedergelassener Bereich, Akutkrankenhäuser, Reha-Einrichtungen und Pflege) – erforderlich...“
(Die vertikale und horizontale Vernetzung im Rahmen der Versorgung erfolgt).

„Die Leistungsfähigkeit von Kliniken in öffentlicher Trägerschaft kann im Regelfall am besten durch kommunale Klinikverbände gesichert werden...“
(Die Kreiskliniken Reutlingen GmbH stellt in sich bereits einen Verbund dar; die Beteiligung an regional übergreifenden Verbänden wird geprüft).

„Klinikverbände kommunaler Träger mit Universitätsklinika und Zentren für Psychiatrie setzen grundsätzlich voraus, dass die kommunalen Interessen und Zielsetzungen angemessen berücksichtigt werden.“
(Dies ist bei den bereits bestehenden Partnerschaften gewährleistet).

(Positionspapier, S. 33/34).

1.4 Rahmensetzungen durch Kreistag und Gesellschafter der Kreiskliniken Reutlingen GmbH

Die Entwicklung des Medizinkonzept bezieht neben der Berücksichtigung von Rahmensetzungen auf Bundes- und Landesebene und allgemeiner Einflussgrößen schließlich insbesondere die Leitlinien des Kreistags und des Gesellschafters (Landkreis Reutlingen) mit ein. Folgende Leitgedanken wurden diesbezüglich entwickelt bzw. als Vorgaben im Weiteren eingearbeitet und von der Geschäftsführung als übergeordnete und strategische Zielsetzungen aufgenommen:

- Erhalt der drei Klinikstandorte in Reutlingen, Bad Urach und Münsingen: Grundsätzlich zielen die zu ergreifenden Maßnahmen darauf ab.
- Die Kreiskliniken Reutlingen GmbH ist rechtlich ein Unternehmen mit drei Betriebsstätten. Es gilt dem Leitsatz hierfür: „Ein Klinikum an drei Standorten“ gerecht zu werden: U.a. folgen diesem Gedanken die Unternehmensteuerung und Strategie, die aktuell neu konzipierten geschäftsordnenden Regelungen zur Kooperation zentral-dezentral und die Verteilung der Zuständigkeiten im Management und in der Leitung der GmbH und der drei Kliniken.
- Damit verknüpftes Ziel ist im Weiteren, ein „Globalbudget“ für alle drei Kliniken zu schaffen: Dieses setzt die landesplanerische Zustimmung zum krankenhausrrechtlichen Zusammenschluss der drei Kliniken voraus. Dazu sind Kriterien gesetzt, die z.T. bereits erfüllt sind (z.B. einheitliches Versorgungskonzept, einheitliche Administration, einheitliche „Querschnittsfächer“ z.B. Labor, Pathologie)
- Die Versorgungsstufen der einzelnen Häuser sollen erhalten bleiben: Das Medizinkonzept trägt dem Rechnung.
- Die medizinische und betriebliche Konzeption hat zum Ziel, die Qualität der Leistungserbringung zu steigern, Synergien zu fördern, die Verbesserung der Prozesse herbeizuführen.

führen, die Nutzung der Ressourcen zu optimieren und die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens langfristig zu sichern.

- Interdisziplinarität und die Förderung der fachbereichsübergreifenden und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit haben hohe Priorität.
- Bei der Festlegung der medizinischen Strukturen sind regionale Bedarfslagen und standortspezifische Fragen zu berücksichtigen.
- Die Entwicklung von Partnerschaften und Kooperationen (mit Fachkliniken, Universität, niedergelassenen Ärzten usw.) wird gefördert.
- Bauliche Lösungen sind in ihrer Funktionalität so zu gestalten, dass dem Leitgedanken der Interdisziplinarität durch räumliche Strukturen Rechnung getragen wird. Dies betrifft auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Administration usw.).

2 Methodik - Vorgehensweise zur Abschätzung der Einflussfaktoren auf Medizin- und Betriebskonzept

2.1 Prozess der Entwicklung des Konzeptes

Wie einleitend dargestellt, kann (und darf) ein Konzept für die Struktur einer Krankenhausversorgung nicht statisch und auf Jahre hinaus „unverrückbar“ aufgebaut und entwickelt werden, damit würde man den gegenwärtig sehr intensiven und auch zeitlich sehr verdichteten Veränderungen nicht gerecht. Andererseits bedarf es gleichwohl zu einem bestimmten Zeitschnittpunkt einer tragfähigen Grundlage, auf der Entscheidungen mit kurz- und mittelfristiger Wirkung getroffen werden können. Als methodische Lösung wurde deshalb für das vorgelegte Medizin- und Betriebskonzept folgender Weg gewählt:

(1) Auf der Basis heutiger, für die Gegenwart maßgeblicher und analysierter Gegebenheiten, die die Versorgungsleistung und Struktur, die Wettbewerbsposition und den Handlungsrahmen der Kreiskliniken Reutlingen GmbH im Ist bestimmen, wird die Ausgangslage der drei Kreiskliniken skizziert. Auf diesem Hintergrund ist abzuschätzen, wie sich für die nächsten Jahre die medizinische Nachfrage unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und der Wettbewerbssituation darstellen wird und welche Konsequenzen sich jetzt daraus einerseits für das medizinische Angebot – unter Berücksichtigung künftiger Erlössicherung – ergeben wie andererseits für die Umsetzung anstehender baulicher Lösungen – unter Beachtung wettbewerblicher, organisatorischer und wirtschaftlicher Aspekte.

(2) Zugleich ist jedoch dafür Sorge zu tragen, dass die vorgeschlagenen Lösungen – sowohl medizinstrukturell als auch betrieblich und baulich betrachtet – auch in kommenden Jahren und für einen (vertretbaren) Prognosehorizont von mindestens 10 Jahren anpassungsfähig und flexibel bleiben:

Denn weder ist im Einzelnen bereits heute festgelegt noch abzuschätzen,

- wie sich z.B. das Ende der sog. Konvergenzphase innerhalb des DRG-Systems ab dem Jahr 2009 auswirken wird (gibt es z.B. künftig einen bundeseinheitlichen Basisfallwert mit nachteiligen Wirkungen für baden-württembergische Krankenhäuser?),
- wie die Krankenhausinvestitionsfinanzierung sich entwickeln wird (Ablösung des dualen Systems durch die monistische Finanzierung?),
- wie die Bundesgesetzgebung künftig sich gestaltet (z.B. erneute Gewichtung des Verhältnisses ambulanter zu stationärer Versorgung?), das Verändern einzelner Gesetzesvorgaben kann, wie die Erfahrung zeigt, erhebliche Auswirkungen auf Krankenhäuser haben,

- offen ist des Weiteren die Auswirkung des jetzt gesetzlich vorgesehenen „Gesundheitsfonds“ (ab 2009) auf das System der Gesundheitsversorgung überhaupt.

Dies alles zusammengenommen lässt dafür plädieren, in sich und auch nach Jahren noch weiterentwicklungsfähige Lösungen vorzuschlagen.

Prozesshaftes Denken und eine zyklische Bearbeitungsform von Aufgabenstellungen ist angezeigt, die es erlaubt, gegenüber den eben benannten und anderen Einflussfaktoren die nötige Flexibilität im künftigen (Re-)Agieren zu erhalten. Sicherzustellen ist (bzw. dies ist bereits so angelegt), dass über eine entsprechende strategische Handlungsweise, ein entsprechendes Controlling und vor allem durch die Beachtung wettbewerblicher und wirtschaftlicher Eckdaten die Gesamtsteuerung des Zyklus auf einen langfristigen Erhalt der Kreiskliniken Reutlingen GmbH ausgerichtet bleibt bzw. gegenüber Veränderungen sich anpassungsfähig zeigt – im Sinne eines qualitätssichernden, mehrfach zu durchlaufenden „PDCA-Zyklus“: Plan – Do – Check – Act. Die folgende Grafik verdeutlicht dieses Vorgehen:

Prozessphasen und Bearbeitungszyklus

Vorgabe: Sicherstellungsauftrag, Daseinsfürsorge, Erhalt Kreisinfrastruktur, ein Klinikum mit drei Standorten setzt voraus:

Analyse der Entwicklung der Kreiskliniken Reutlingen GmbH unter gegebenen Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

•Sanierungsbedarf, Chefarztwechsel usw.

dies führt zu:

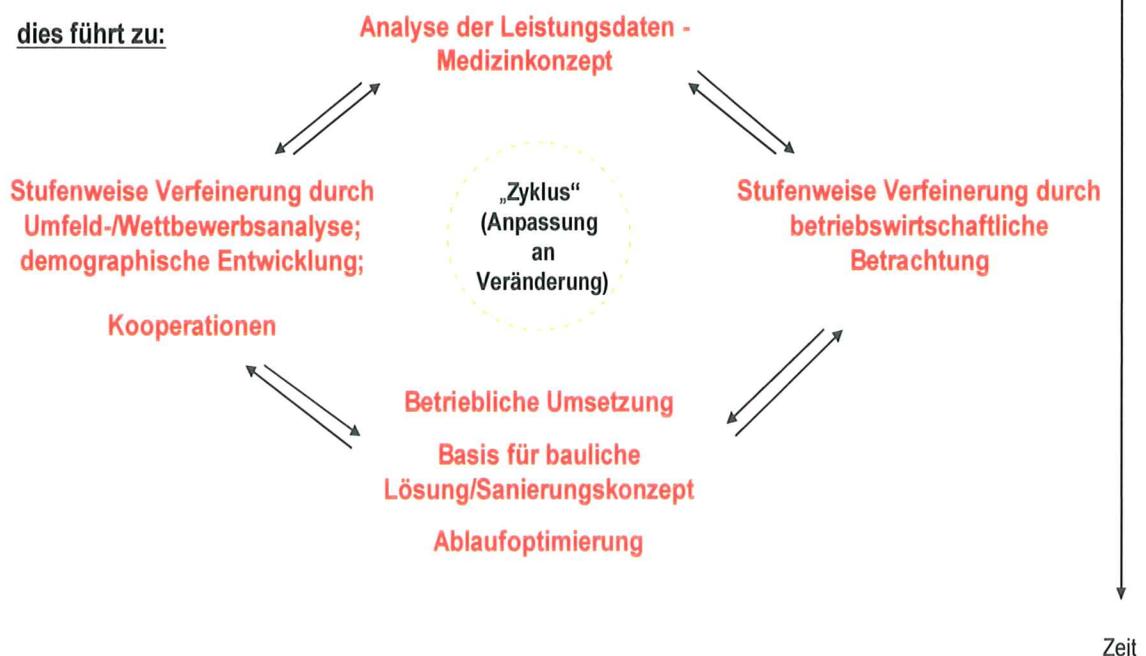


Abbildung 1 Prozessphasen und Bearbeitungszyklus

2.1.1 Die Kliniken im Landkreis Reutlingen

2.1.1.1 Leistungsdaten im Überblick

Mit Stand 1.1.2007 verfügen die Kreiskliniken Reutlingen über insgesamt 945 Planbetten (Klinikum am Steinenberg Reutlingen: 650, Ermstarklinik Bad Urach: 190, Albklinik Münsingen: 105).

Insgesamt behandelten die Kreiskliniken im Jahr 2006 32.842 stationäre Fälle (2005: 31.765), die Hauptfachabteilung Gynäkologie/Geburtshilfe in Reutlingen und die bezeichnungsgleichen Belegabteilungen in Bad Urach und Münsingen verzeichneten im Jahr 2006 insgesamt 2.296 Geburten (2005: 2.281). Die gegenüber dem Jahr 2005 steigenden Fallzahlen und Geburtsziffern erweisen sich gegenüber dem jeweils sinkenden Trend auf Bundesebene als positiv und belegen die Akzeptanz der Kliniken durch die Bevölkerung: So sind die stationären Fallzahlen auf Bundesebene seit 2002 bis 2005 leicht rückläufig von 17,43 Mio. Behandlungsfälle auf 16,84 Mio.; im gleichen Zeitraum sinkt die Zahl der Geburten von 719 Tsd. auf 686 Tsd. (alle Zahlen: Statistisches Bundesamt 2006; die Zahlen für das Jahr 2006 werden voraussichtlich erst im Sommer 2007 vorliegen).

Die Verweildauer ist in allen drei Kliniken von 2005 auf 2006 zurückgegangen: Im Klinikum am Steinenberg von durchschnittlich 7,4 Tagen pro Fall auf 6,9 Tage, in Bad Urach von 8,6 auf 8,2 Tage und in Münsingen von 9,3 auf 8,9 Tage. Damit bewegen sich alle Kliniken zusammengenommen im gewünschten (erlössteigernden und kostensenkenden) Trend des Anstiegs der Fälle und des Rückgangs der Verweildauer. Die durchschnittliche Verweildauer auf Bundesebene für das Jahr 2005 beträgt 8,6 Tage (Statistisches Bundesamt 2006).

2.1.1.2 Bestehende Verbundbildung, Vernetzung und Kooperationen

Die Kreiskliniken Reutlingen GmbH hat sich bereits in Vorjahren den auf Landesebene gewünschten und propagierten Vorstellungen (s. Kap. 1, Einleitung, „Expertenkommission“, „Positionspapier Landkreistag“) geöffnet bzw. diese zur Umsetzung gebracht, beispielhaft seien erwähnt:

- Verbundbildung von drei Kreiskliniken durch Zusammenfassung zunächst in einem Eigenbetrieb und ab 2004 in einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung – unter der heutigen Zielsetzung: Ein Klinikunternehmen mit drei Standorten.
- Vernetzung und Kooperation mit dem ambulanten, niedergelassenen Sektor:
 - Die Kreiskliniken Reutlingen GmbH umfasst insgesamt 6 Belegabteilungen, geleitet durch niedergelassene Ärzte.
 - Die Kliniken beteiligen sich an der ambulanten Notfallversorgung.
 - Chefärzte und Oberärzte verfügen über Ermächtigungen zur Behandlung ambulanter (Spezial-)Fälle.
 - Der Kinderärztliche Notfalldienst der Niedergelassenen ist innerhalb des Klinikums am Steinenberg angesiedelt und organisiert.
 - Eine Praxis für Dialyse und eine Praxis für Radiologie sind im Klinikum am Steinenberg integriert.
 - Konsiliarärztliche Beziehungen bestehen in vielfältiger Weise bis hin zu Verträgen hinsichtlich Erbringung operativer Leistungen durch niedergelassene Ärzte in den Kliniken.
 - Ambulante Operationen werden regelhaft durchgeführt.
 - Die ambulante Versorgungsleistung der Kreiskliniken Reutlingen GmbH durch Notfallversorgung und Ermächtigungsambulanzen umfasst ca. 50.000 Fälle pro Jahr. Allein dies belegt die enorme Rolle und Bedeutung für bzw. Verflechtung mit dem ambulanten Bereich, die in Zukunft weiter ausgebaut und

vertieft werden wird – auch unter den erweiterten Möglichkeiten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (1.4.2007) und des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (1.1.2007).

- Kooperation und Vernetzung mit dem stationären Bereich:
 - Nicht nur als Akademisches Lehrkrankenhaus kooperiert das Klinikum am Steinenberg regelhaft und ausbildungsbezogen mit dem Universitätsklinikum Tübingen, sondern auch fach- und fallbezogen. So besteht eine explizite und breit ausgebaut Kooperation auf den Gebieten
 - Onkologie,
 - Strahlentherapie,
 - Kinderkardiologie und Kinderchirurgie,
 - Herzchirurgie.
 - Fachliche Abgestimmtheit bzw. Komplementarität besteht auf den Gebieten
 - Neurochirurgie,
 - Viszeralchirurgie.
 - Weitere Kooperationen mit dem Universitätsklinikum sind in der Diskussion.
 - Eine enge und vertraglich geregelte Beziehung der Kreiskliniken Reutlingen GmbH besteht mit dem Südwürttembergischen Psychiatrieverbund (Zwiefalten):
 - Ansiedelung je einer psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Klinik im Klinikum am Steinenberg.
 - Konsiliarärztliche Versorgung suchtgefährdeter Personen in allen drei Kliniken in Reutlingen, Münsingen und Bad Urach.
 - Fakultative und patientenbezogene Beziehungen bestehen mit den Rehabilitationskliniken in Hohen Urach und weiteren Reha-Kliniken im Umland.

- Notfallversorgung:

Die Kreiskliniken Reutlingen GmbH ist entscheidender Bestandteil der Notfallversorgung im Landkreis Reutlingen. Es bestehen hier langjährige Kooperationsbeziehungen mit dem Deutschen Roten Kreuz; an allen drei Kliniken sind Notarztrettungsfahrzeuge stationiert, die von Klinikärzten besetzt werden bzw. auch mit niedergelassenen Ärzten. Auch in diesem Feld ist die Vernetzung gemäß den Vorstellungen auf Landesebene sehr eng und konstruktiv.

- Weitere Kooperationen

Abgesehen von den bereits genannten Kooperationen ist die Kreiskliniken Reutlingen GmbH in eine Vielzahl weiterer Formen der Zusammenarbeit eingebunden, z.B. im Bereich der Brückenpflege, in der Kooperation mit dem Hospiz in Eningen, in Vertragswerke mit Kostenträgern zum Fallmanagement usw. Grundsätzlich werden diese Kooperationen auch künftig gewollt und gefördert bzw. sind im Medizinkonzept integraler Bestandteil.

2.1.1.3 Position der Kliniken im Kreisgebiet

Die Kreiskliniken Reutlingen GmbH weist mit ihren drei Kliniken ein „Alleinstellungsmerkmal“ im Landkreis auf: Die drei Kliniken sind alleine für die Versorgung der Landkreisbevölkerung zuständig. Diese für eine kommunale Gebietskörperschaft eher seltene Gegebenheit (denn vielfach finden sich auch andere freigemeinnützige oder private Träger im Kreis- oder Stadtgebiet) hat Vorteile: Faktisch ergeben sich keine Konkurrenzen innerhalb des Versorgungsgebietes, zugleich bietet es sich an, gerade deshalb ein Versorgungskonzept „aus einem Guss“ zu entwickeln. Allerdings erfordert das Alleinstellungsmerkmal auch, das Behandlungspotential flächendeckend und aktiv auszuschöpfen. Da die Patienten zugunsten qualifizierter Behandlung zunehmend weitere Wege auf sich nehmen, ist es erforderlich, entsprechende Qualität auch im Kreisgebiet zu bieten. Auch dies berücksichtigt das unten darzustellende Medizinkonzept, das auf eine dauerhafte Bereitstellung hochqualifizierter und möglichst umfassender Versorgung für die Kreisbevölkerung abhebt.

Die örtliche Lage der drei Kliniken deckt von der Versorgungsleistung her betrachtet den Kreis sehr gut ab, die größeren Kliniken befinden sich auch in den bevölkerungsstärkeren Gebieten.

Eine Aussagekraft von erheblicher Bedeutung kommt schließlich der Analyse der Bettenzahlen im Landkreis und im überregionalen Vergleich zu.

Für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH ergibt sich:

- Die Bettenzahl (2005) betrug 450 inkl. Psychiatrie pro 100.000 Einwohner (Bund 635, Baden-Württemberg 572).
- Dies bedeutet dass der Landkreis Reutlingen hinsichtlich des von Landesplanung und Kostenträgern geforderten Abbaus von Betten keinesfalls an vorderer Stelle hinsichtlich dieser Agenda genannt werden müsste.

Zwar kann nicht vernachlässigt werden, dass Kreisgrenzen keine Versorgungsgrenzen sind, sondern Patientenwanderungen stattfinden, dennoch bleibt das Faktum einer – mit Abstand! - unterdurchschnittlichen Bettendichte für den Landkreis Reutlingen im Vergleich zu Landes- und Bundesgebiet bestehen.

Diese Situation stellt eine Stärke und eine Chance für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH dar. Damit wird deutlich, dass die Grenzen des Bettenabbaus im Landkreis Reutlingen erreicht sind, ja wenn nicht sogar schon überschritten. Andererseits, sollten sich Trends festigen, dass sich – wie derzeit zu vermuten (s.u.) – noch unausgeschöpfte Versorgungspotenziale im Kreis selbst befinden, so ist die Ausgangssituation: „(bundes-/landes)unterdurchschnittliche Bettenkapazität“ nicht als negativ zu bezeichnen, sondern als Chance, dieser zu gegebener Zeit dann geeignet Rechnung tragen zu können.

2.1.2 Auswertung zur demografischen Entwicklung

Von erheblicher Bedeutung ist des Weiteren für die Bewertung der jetzigen und künftigen Versorgungssituation und damit verknüpfte Entscheidungen für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH die zahlenmäßige Entwicklung der Bevölkerung.

Anzumerken ist dabei, dass im Folgenden Bevölkerungsentwicklungen bis zum Jahr 2020/2025 bzw. 2050 näher betrachtet werden. Der sachlich fundierbare und inhaltlich-qualitativ vertretbare Prognosehorizont für das Medizinkonzept für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH kann jedoch aus den einleitend genannten Gründen nur einen Zeitraum von ca. 10 bis 12 Jahren umspannen; damit ist aber auch zum Ausdruck gebracht, dass dieser

Prognosehorizont von den vorliegenden Bevölkerungsprognosen gut umfasst wird, was die Sicherheit von Aussagen z.B. zur Nachfrage nach medizinischen Leistungen erhöht.

Für das **Bundesgebiet** wird für die kommenden Jahre eine schrumpfende Bevölkerung prognostiziert: Waren im Jahre 2000 in Deutschland 82,16 Mio. Einwohner zu verzeichnen, so wird für das Jahr 2050 eine Zahl von 75,00 Mio. Einwohnern prognostiziert. Zugleich verschiebt sich der Altersaufbau der Bevölkerung bekanntlich dramatisch:

Alter:	0-14	15-59	60-
Jahr: 2000	14,6%	62,4%	23,0%
2050	10,3%	53,0%	36,7%

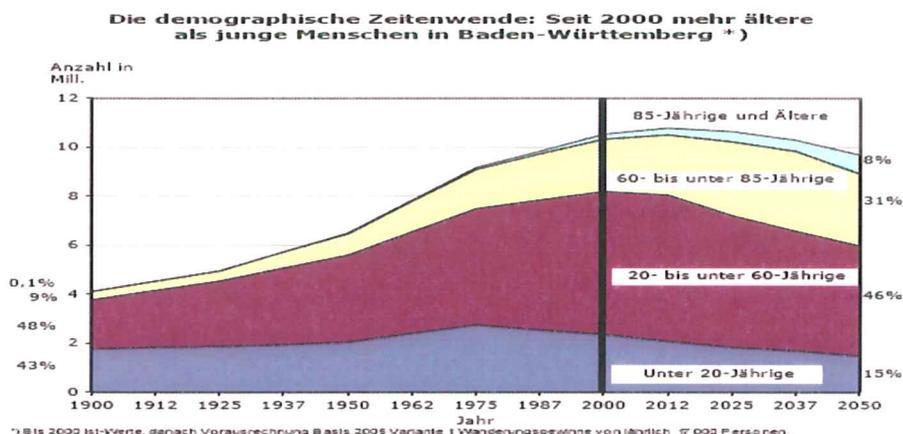
(Alle Zahlen: Statistisches Bundesamt 2006).

Die Konsequenz einer z.B. notwendigen Veränderung des Rentensystems ist unausweichlich und angesichts einer sinkenden Bevölkerungszahl ist zunächst auch der auf Bundes- und Landesebene gewollte Bettenabbau im Krankenhausbereich nachvollziehbar (wobei heute vollkommen offen ist, wer welche Versorgungsleistungen künftig für eine alternde Bevölkerung erbringen wird).

Gelten diese Trends auf Bundesebene auch für das Land Baden-Württemberg und für den Landkreis Reutlingen?

Wie die folgende Übersicht für das **Land Baden-Württemberg** zeigt, muss für die Jahre bis 2050 (mit Prognosestand 2004) mit ähnlichen Entwicklungen wie auf Bundesebene gerechnet werden.

Rückgang der Einwohnerzahl des Landes kann bereits 2012 eintreten



Das Statistische Landesamt hat die Bevölkerungsvorausrechnungen bis zum Jahr 2050 fortgeschrieben und dabei die deutlich rückläufigen Wanderungsgewinne der vergangenen vier Jahre zu Grunde gelegt. Nach diesen Berechnungen wird die Einwohnerzahl des Landes bis zum Jahr 2011 um rund 30 000 Personen auf knapp 10,8 Mill Einwohner anwachsen. „Motor“ des erwarteten Bevölkerungswachstums wären hauptsächlich Wanderungsgewinne von jährlich 17 000 Personen. Dagegen dürfte die Bilanz aus Geburten und Sterbefällen bereits ab 2006 Jahr für Jahr mehr Sterbefälle als geborene Kinder aufweisen und damit den Bevölkerungszuwachs bremsen. Falls die Wanderungsgewinne nicht mehr über 17 000 Personen jahresdurchschnittlich steigen sollten, wäre bereits ab 2012 mit einem Rückgang der Einwohnerzahl zu rechnen. Im Jahre 2030 hätte das Land mit rund 10,5 Mill. Einwohnern etwa 225 000 Menschen weniger als heute. Bis 2050 wäre die Einwohnerzahl bei knapp 9,7 Mill, also eine Million weniger als heute.

Abbildung 2 Auszug aus dem Bericht des Statistischen Landesamtes 2004

Allerdings zeigen Analysen bis zum Jahr 2020 (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2004: Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung), dass „mit Bevölkerungszunahmen (noch) bis 2020 in allen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs und in den meisten Gemeinden mit mehr als 10 000 Einwohnern zu rechnen (ist). Auch hier werden sich allerdings die Gewichte in der Altersstruktur stark verschieben. Besonders stark zunehmen wird die Zahl der 85-Jährigen und Älteren, während die Zahl der Kinder, Jugendlichen und mittleren Jahrgänge zurückgehen wird.“(Ebenda). Ab 2025 wird mit einem absoluten Rückgang der Bevölkerung gerechnet. Gründe für die erst ab 2025 schrumpfende Bevölkerung sind erwartete Wanderungsgewinne für das Land Baden-Württemberg, die in Grenzen das auch hier steigende Geburtendefizit noch für einige Zeit kompensieren können. (Die jüngste Veröffentlichung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg aus dem Jahr 2007 verändert die Prognosen auf Landesebene nicht wesentlich gegenüber 2004: Es wird mit weiterhin knapp 9,7 Mio. Einwohnern für das Jahr 2050 gerechnet mit einer Altersstruktur: Unter 20 Jahre 15%, 20-60 Jahre 46% und über 60-Jährige: 39%).

Hinsichtlich der Region Neckar-Alb wird (mit Prognosestand 2004) mit folgender Altersstrukturveränderung (im Bezugszeitraum von 2001 bis zum Jahr 2020) gerechnet:

Der Anteil der unter 20 Jährigen fällt in diesem Zeitraum von 22,8% auf 18,0%, 20-25 Jahre: 6,0 % auf 6,0%, (konstant), 25-45 Jahre: 31,7% auf 25,9%, 45-60 Jahre: 17,7% auf 22,9% und die Zahl der über 60 Jährigen steigt ebenfalls von 21,8% auf 27,2%.

Landkreis Reutlingen:

Zwar wurde mit Prognosestand 2004 für den Landkreis Reutlingen noch mit einem Bevölkerungszuwachs gerechnet, die aktuellen Zahlen schwächen die damalige Prognose jedoch bereits wieder deutlich ab (insbesondere wegen jetzt angenommener geringerer Wanderungsgewinne für den Landkreis Reutlingen). Die jüngste Bevölkerungsprognose (auf Basis von Gemeinden mit über 5.000 Einwohnern) des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg aus dem Jahr 2007 verweist auf folgende Entwicklungen:

- Der Landkreis Reutlingen verringert sich in der Bevölkerungszahl von 282.049 Einwohnern im Jahr 2005 auf 279.852 Einwohner im Jahr 2015 (-0,8%), im Jahr 2025 auf 275.106 Einwohner (-2,5% gegenüber 2005).
- Altersstruktur: Der Anteil der über 65-Jährigen im Landkreis Reutlingen steigt von 2005 bis 2025 von 18,2% auf 24,3%, der Anteil der unter 15-Jährigen sinkt im gleichen Zeitraum von 15,9% auf 12,5%.
- Für die Städte mit den Kliniken im Landkreis Reutlingen liegen folgende Prognosen vor:

(Prognose)Jahre:	2005	2010	2020	
• Reutlingen:	112.252	111.105	108.511	(-3,3%)
• Bad Urach:	12.732	12.804	12.792	(+0,5%)
• Münsingen:	14.582	14.719	14.816	(+1,6%).

Aus diesen Zahlen lässt sich nun für den gegebenen Kontext kein zwingender Anlass zu einem drastischen Abbau der Versorgungskapazitäten ableiten.

Natürlich sind Bevölkerungsprognosen auf Wahrscheinlichkeitsabschätzungen gebaut; dennoch geben die Zahlen eine gewisse Sicherheit, dass innerhalb des vom Medizinkonzept umspannten Prognosehorizont nicht mit dramatisch sinkenden Bevölkerungszahlen zu rechnen ist, mit denen die Versorgungskapazitäten ggf. nicht mehr ausgelastet werden würden.

Zu diesen Prognosen gibt es noch andere Qualifizierungen: In der von der Bertelsmann Stiftung im Jahr 2006 vorgelegten Analyse zur Entwicklung der Kommunen und Regionen („Wegweiser Demographischer Wandel 2020 – Analysen und Handlungskonzepte für Städte und Gemeinden“ Gütersloh 2006) finden sich die Gebiete um Stadt und Landkreis Reutlingen in folgenden Kategorien wieder:

- Stabile Städte und Gemeinden im ländlichen Raum mit hohem Familienanteil (S. 79),
- Prosperierende Städte und Gemeinden im ländlichen Raum (S. 87).

Daraus ließe sich ebenfalls nicht zwingend auf eine Reduktion der Versorgungskapazitäten schließen; gute Krankenhausversorgung ist auch ein Standortfaktor.

Einem wiederum im Jahr 2007 vorgelegten Gutachten der Prognos AG Basel, die für den Landkreis Reutlingen einen eher (nur) „ausgeglichenen Chancen-Risiko-Mix“ gegenüber anderen Wachstumsregionen sieht, wird u.a. von der Industrie- und Handelskammer Reutlingen-Tübingen aus methodischen Gründen deutlich widersprochen.

Faktum bleibt, dass die derzeitigen Zahlen nicht für einen Abbau der Versorgungskapazitäten sprechen zumal die Umschichtung in der Altersstruktur eher weitere Kapazitäten erwarten lassen dürfte.

3 Trägerübergreifende Kooperationen: Bestandteile künftiger Entwicklungen und Konzepte

Die bereits dargestellten und künftig darüber hinaus möglichen Kooperationen (s. im Folgenden) sind grundsätzlich Bestandteil der medizinkonzeptionellen Überlegungen, da eine konstruktive Partnerschaft mit anderen Versorgungsträgern Vorteile für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH bringt bzw. bringen kann. Dass dabei – wohlverstanden – die Interessen der Kreiskliniken Reutlingen GmbH ihr Gewicht behalten müssen, ist nicht nur aus der Sache selbst heraus nachvollziehbar, sondern entspricht auch dem Positionspapier des Landkreistages, dass die kommunalen Interessen angemessen zu berücksichtigen sind. Kooperationen sind somit nicht abstrakter Selbstzweck oder Forderung, sondern dienen gemeinsam definierten Interessen im Sinne einer sog. Win-win-Situation.

Die folgenden Erläuterungen heben darauf ab, die perspektivisch über den Ist-Zustand hinaus geplanten und möglichen, medizinkonzeptionell wesentlichen Kooperationen und Partnerschaften einzuordnen und zu skizzieren.

Kommentiert wird dabei auch, welche kurz- und mittelfristigen Auswirkungen sie auf investive Entscheidungen haben könnten.

3.1 Zentrum für Psychiatrie (ZfP) / Psychiatrie/Psychotherapie Reutlingen (PP.rt)

Ausgangspunkt:

Durch die bisherige Partnerschaft mit dem Zentrum für Psychiatrie und der Integration von zwei akutpsychiatrischen Stationen im Bettenhaus West ist es gelungen, eine zukunftsweisende Kooperation aufzubauen, die für die Kreiskliniken Reutlingen GmbH auf folgenden Ebenen Vorteile bringt:

Patientensicht:

- Die Integration psychischer Kranker in einen somatischen Krankenhausbetrieb verhindert die Stigmatisierung und die soziale Ausgrenzung dieser Kranken und ihrer Angehörigen. Die Akzeptanz der von PP.rt geführten Stationen im Bettenhaus West ist sehr hoch.
- Die ärztliche Kompetenz bei der Erstversorgung von komplexen Behandlungsbildern und die Vermeidung von Fehlbelegungen werden durch die permanente Verfügbarkeit eines psychiatrischen Dienstes verbessert.
- Im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) engagieren sich auch somatische Ärzte bei der Grundversorgung der Patienten, so dass sich hier neben einer Kontinuität der Behandlung auch die Kompetenz der behandelnden Ärzte verbessert.
- Für psychiatrische Patienten steht ohne Verzögerung somatische Kompetenz während der ganzen Behandlungsphase zur Verfügung.

Sicht der Kreiskliniken:

Zum Teil sind die Vorteile für die Kreiskliniken deckungsgleich mit den Vorteilen des Patienten. Zusätzlich zeigen sich noch folgende Aspekte:

- Die diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen des Hauses werden durch die zusätzliche Nutzung durch die PP.rt besser ausgelastet. Dies trägt zur Kostendeckung bei.
- Durch konsiliarisch erstellte psychiatrische Diagnosen (besonders in der Gerontopsychiatrie) lassen sich somatisch Kranke besser und schneller behandeln und die „Fälle“ mit höheren Effektivgewichten abrechnen.
- Für die Standortsicherung mit von Bedeutung ist die Inanspruchnahme der Leistungsbereiche Apotheke, Wäscherei, Küche usw.

Dies bildet eine Basis für folgende künftige Perspektive:

Die vorhandene Kooperation wird ausgebaut:

- Im Rahmen der bestehenden Kooperation wird eine Verlagerung von 18 Betten Psychosomatik aus Zwiefalten auf das Gelände Klinikum am Steinenberg angestrebt und zwar im Tausch mit neurologischen Betten zugunsten der Kreiskliniken Reutlingen GmbH. Ein diesbezüglicher, gemeinsamer Antrag an das Sozialministerium wurde im Jahr 2006 bereits gestellt.
- Auf der Basis aktueller Erkenntnis könnte dabei die Verortung der 18 Betten Psychosomatik in Trägerschaft der PP.rt statt im (sanierten) Bettenhaus Süd auch innerhalb eines neuen Gebäudes am Ort des (ebenfalls dringend sanierungsbedürftigen) Personalwohnheims II der Kreiskliniken Reutlingen GmbH realisiert werden. Dieses Gebäude soll unter Regie der PP.rt entstehen und zugleich ggf. Platz für patientenferne Dienste der Kreiskliniken Reutlingen GmbH bieten.

3.2 Kooperation mit dem Universitätsklinikum Tübingen (UKT)

Die Kooperation mit dem Universitätsklinikum Tübingen ist in einem fortgeschrittenen Zustand, besteht, ist gewollt und auch künftig – ggf. noch erweitert – gewünscht. Dies resultiert bereits allein aus der Tatsache, dass der Status „Akademisches Lehrkrankenhaus“ für das Klinikum am Steinenberg und für das UKT wechselseitig – z.B. ausbildungsbezogen – zum Vorteil gereicht.

Die aktuelle Kooperation betrifft

- folglich den studentischen Bereich: Das Klinikum am Steinenberg in Reutlingen ist als Akademisches Lehrkrankenhaus u.a. Ausbildungsträger für die Studenten/innen im Praktischen Jahr)

sowie die klinischen Bereiche, für die das UKT regelhaft Leistungen erbringt, nämlich

- Strahlentherapie (Onkologischer Schwerpunkt, Brustzentrum),
- Herzchirurgie,
- Kinderchirurgie.

Damit bestehen bereits wesentlich und wechselseitig anerkannte versorgungsbezogene Achsen, die im Einzelfall auch auf weiteren Feldern beschriftet werden, so hinsichtlich zueinander komplementär abgegrenzter Leitungsspektren in der Neurochirurgie oder der Viszeralchirurgie. So führt das Klinikum am Steinenberg weder komplexe hirnchirurgische Eingriffe durch, noch Operationen an der Bauchspeicheldrüse. Diese Leistungen erbringt ausschließlich das UKT bzw. auf Zuweisung.

Es finden seit einiger Zeit regelhaft und wechselseitig Gespräche zwischen dem Vorstand des UKT und der Geschäftsführung der Kreiskliniken Reutlingen GmbH statt, um weitere Kooperationsfelder auszuloten.

Unmittelbare Auswirkungen auf die geplante Baumaßnahme Bettenhaus Süd ergeben sich daraus aktuell nicht, sind aber für spätere Jahre nicht auszuschließen, auch deshalb ist es sinnvoll, medizinstrukturelle Konzepte langfristig flexibel anzulegen.

3.3 Bettenspiegel Klinikum am Steinenberg

Abgeleitet aus den dargestellten Überlegungen heraus ergibt sich für den Standort Klinikum am Steinenberg ein zwingender Bettenbedarf, der sich wie folgt auf die Fachabteilungen aufteilt:

Bettenspiegel		Reutlingen	Reutlingen	Reutlingen	Reutlingen
Reutlingen		Stand 2005	Interim/2009	bisher geplant	Stand 2011
Allgemeinchirurgie *2		71	57	52	46
Unfallchirurgie *2		60	49	52	39
Neurochirurgie		20	23		
Gefäßchirurgie		30	31	43	41
Urologie *2,		40	33	33	38
Med. I		221	112	112	105
Med. II			49	49	55
Frauenklinik *1		106	70	72	70
Pädiatrie		55	43		
Anästhesie		20	22	22	22
Belegabteilungen					
Beleg HNO *2		13	5	5	3
Beleg Augen		6	2	1	1
Beleg Neurologie		8	8		
Neue Zentren					
IAS RT *3			24	24	24
Neuro-Zentrum	Neurochirurgie			23	23
	Neurologie			8	8
	Phase B			18	18
	Stroke			6	5
	Stroke Ausfluss + Fehlbel.			20	20
Kinder-Jugend-Medizin	Intensiv Früh-/Neu-Geborene			6	6
	Intensiv ältere Kinder			2	2
	Intensiv-Überwachung			4	4
	Neugeborene			6	6
	Mutterkind *1			4	4
	Allgemeinpädiatrie			19	19
	Interdis. Chir, Uro, HNO *2			9	9
	Kinder-Psychosomatik			10	10
Gesamtbettenzahl		650	528	600	578
PP.RT (im PII)	Erwachsenen-Psychosomatik			18	18

Abbildung 3 Bettenspiegel Klinikum am Steinberg 2005 -2011

- *1 Die Mutterkindbetten sind der Frauenklinik zuzuordnen.
 *2 Die Interdisziplinären Betten sind den chirurgischen Kliniken zuzuordnen:
- 2 Betten: Allgemeinchirurgie
 - 4 Betten: Unfallchirurgie
 - 1 Bett: Urologie
 - 2 Betten: HNO
- *3 Funktionsbetten

3.4 Medizinkonzept I: Bündelung hausübergreifender Aufgaben

Die drei Standorte der Kreiskliniken Reutlingen GmbH begreifen sich als Einheit. Dies und wirtschaftliche Erwägungen im Sinne der Synergie machen es sinnvoll, möglichst viele Organisationseinheiten vor die Klammer zu ziehen, um über alle drei Standorte eine hausübergreifende Bündelung und Verklammerung der Aufgaben und Disziplinen zu erreichen.

- Dies betrifft Einrichtungen, die schon seit Jahren häuserübergreifend tätig sind (Verwaltung, Apotheke, Pathologie, Münsinger Model Chirurgie).
- Dies betrifft auch Einrichtungen, die erst seit kurzer Zeit (Labor) oder in Zukunft (Radiologie, Anästhesie) häuserübergreifend tätig sind oder sein sollen.

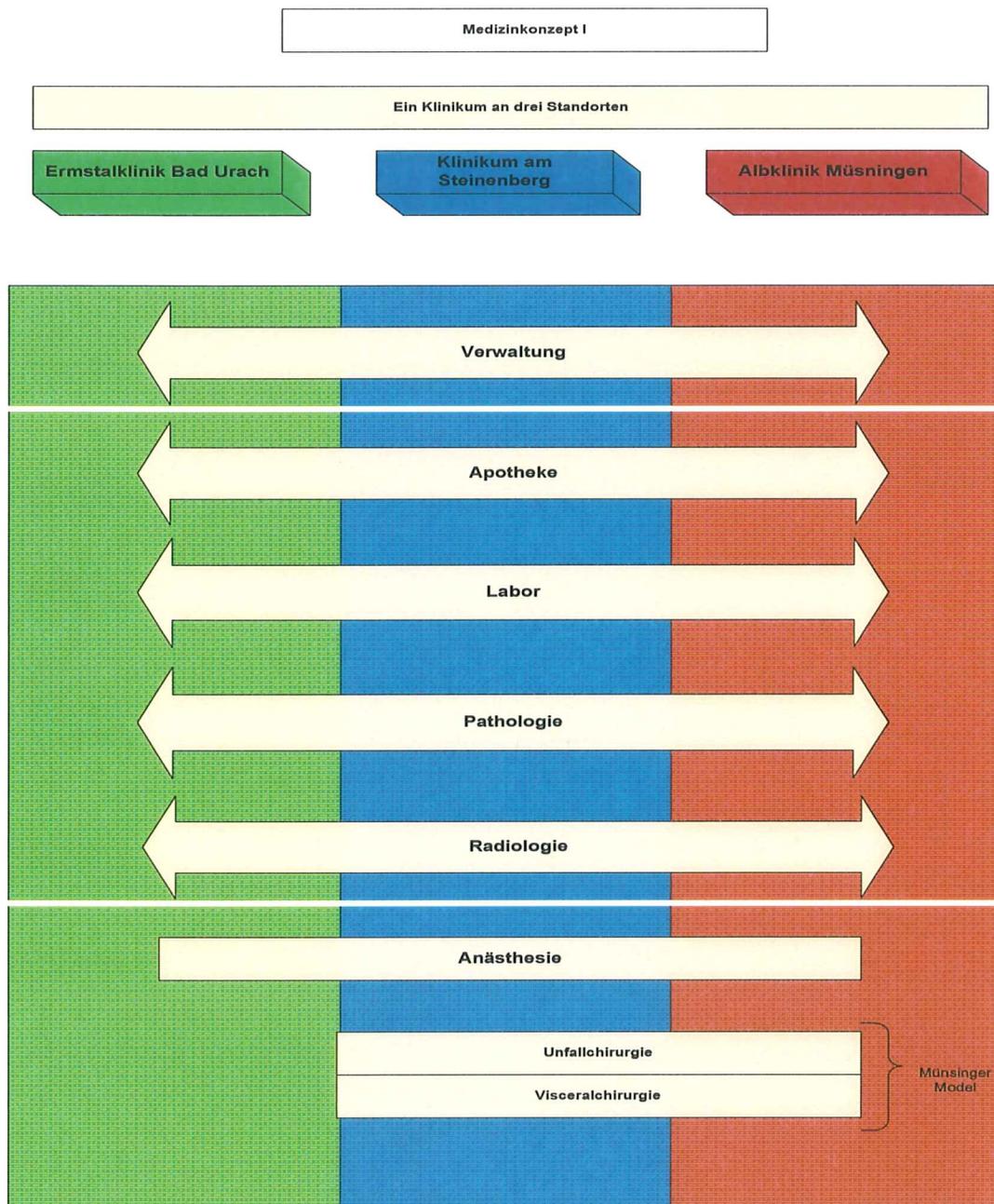


Abbildung 4 Medizinkonzept I

3.5 Medizinkonzept II: Schwerpunkte und Zentren im Klinikum am Steinenberg Reutlingen, IAS = Interdisziplinäre Aufnahme mit Station

Ein weiterer Aspekt und Kerngedanke der medizinischen Neuausrichtung ist die Stärkung vorhandener und die Bildung neuer interdisziplinärer Schwerpunkte und Kompetenzzentren. Unter „Medizinkonzept II“ werden nachfolgend die diesbezüglichen Überlegungen für das Klinikum am Steinenberg beschrieben, unter „Medizinkonzept III“ diejenigen für die Ermstarklinik und die Albklinik.

Die Schwerpunkt- und Zentrenbildung folgt der Überlegung, die medizinische Ausrichtung und Leistungserbringung zunächst unabhängig vom Standort unter Berücksichtigung folgender Faktoren zu konzipieren:

- Vorhandene Raumkapazitäten
- Vorhandene Kompetenzen
- Einweiserakzeptanz
- Sächliche Ausstattung
- Demographische Entwicklung
- Qualitätsaspekte

Durch die Fortführung bereits eingeleiteter Wege werden folgende Aspekte weiter betont und entwickelt:

- **Qualität der Leistungserbringung**

Qualität wird zunehmend zu einem wichtigen Beurteilungsfaktor für die Leistungserbringung eines Krankenhauses. Einweiserverhalten und die Wahl eines Krankenhauses durch den Patienten hängen in immer stärkerem Maße von der glaubwürdigen Darstellung einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung ab.

Die Bildung interdisziplinärer Zentren unterstützt den Aufbau von Kompetenzzentren innerhalb des Krankenhauses. Dadurch wird eine fachübergreifende Betreuung des Patienten gewährleistet. Durch eine horizontale und vertikale Verknüpfung der Leistungsebenen werden eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten möglich und die Interdisziplinarität der Leistungserbringung gestärkt.

- **Patientenmanagement und Leistungsplanung**

Durch die Bildung interdisziplinärer Zentren wird ein umfassendes Management von Patienten, die in Folge ihrer Grunderkrankung ähnliche Anforderungen an Planung, Ablauf und Nachkontrolle, sowie Diagnostik und Therapie stellen, möglich. Insbesondere am Standort Klinikum am Steinenberg sollen sich durch die Einführung von einheitlich abgestimmten Aufnahmemodalitäten für diese Patienten im Bereich einer Interdisziplinären Aufnahme mit Station (IAS) zentral gesteuerte Anlaufpunkte für niedergelassene Ärzte und Patienten entwickeln.

- **Organisation von Diagnostik und Therapie**

Unter den Anforderungen des DRG basierten Fallpauschalensystems ist die möglichst frühzeitige Planung von Diagnostik und Therapieleistung zur Senkung von Verweildauerzeiten bzw. Einhaltung der Grenzverweildauer unumgänglich. Die Etablierung so genannter „Klinischer Pfade“ bei häufigen Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Endoprothetik, akuter Bauch usw.), soll über das standardisierte Vorgehen den Beginn von Diagnostik und Therapie beschleunigen und eine reibungslose interdisziplinäre Zusammenarbeit sicherstellen. Die optimale Bündelung von Kernkompetenzzentren des Krankenhauses muss durch die Planung gemeinsamer Visiten, regelmäßiger Fallbesprechungen und interdisziplinärer Behandlung in Zentren forciert werden.

- **Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung**

Der verantwortungsvolle und wirtschaftliche Umgang mit Ressourcen gewinnt in der Zukunft verstärkt an Bedeutung. Dabei steht die gemeinsame Nutzung vorhandener Sachmittel und diagnostischer Mittel im Vordergrund, um eine mittelfristige Investitionsplanung auf einem den Möglichkeiten angepasstem Niveau durchführen zu können.

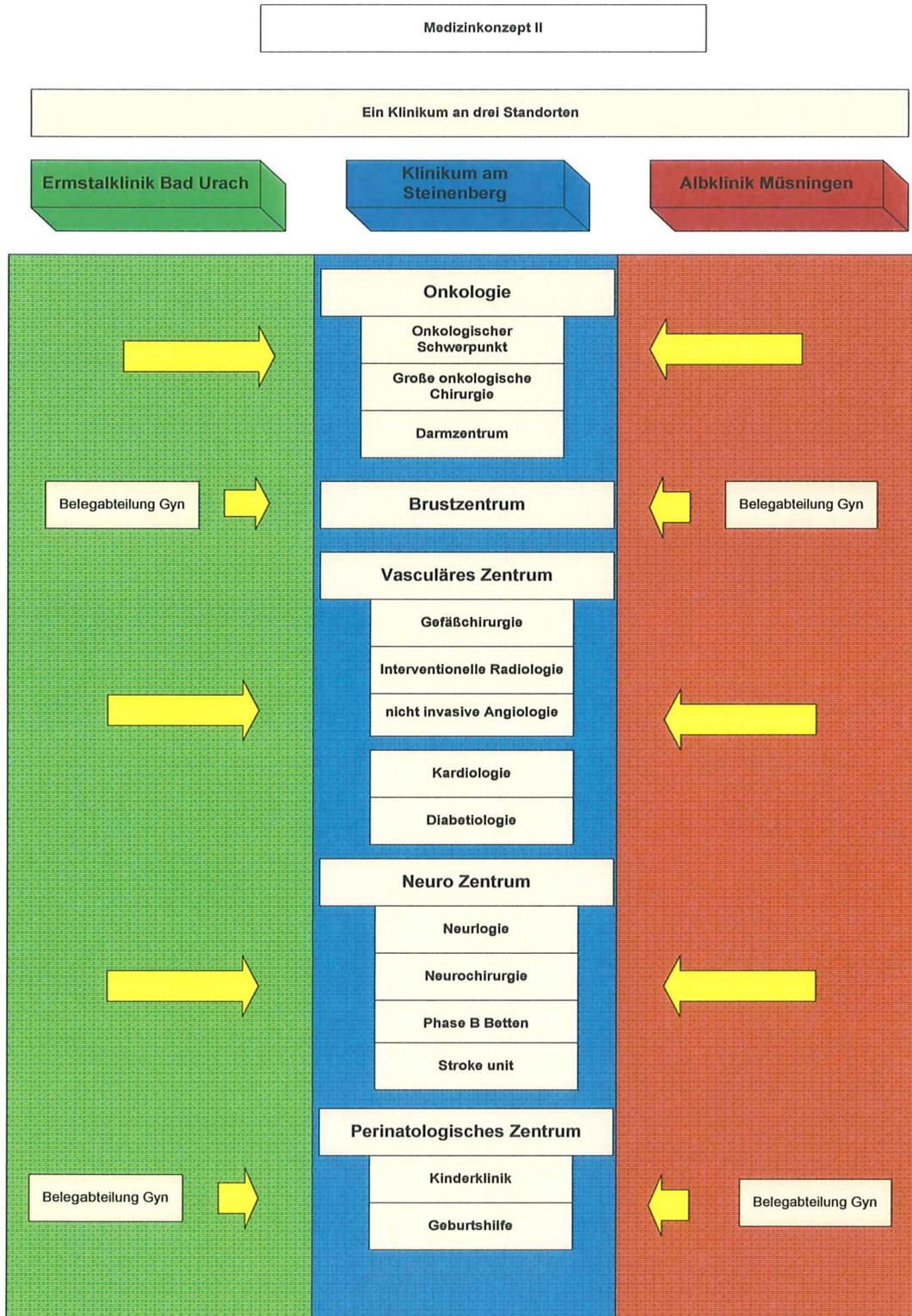


Abbildung 5 Medizinkonzept II

3.5.1 Interdisziplinäre Aufnahme mit Station (IAS)

Im Rahmen der Baumaßnahmen Bettenhaus Süd A / Süd B wird zusätzlich eine organisatorische Einheit (IAS) aufgebaut. Diese interdisziplinäre Aufnahme mit einer angeschlossenen Kurzliegerstation (24 Betten) wird zentrales und verbindendes Steuerinstrument für den stationären Betrieb des Krankenhauses und stellt eine optimale Verzahnung des ambulanten und stationären Casemanagements dar.

- Die interdisziplinäre Aufnahme ersetzt hierbei die medizinische Notaufnahme und die chirurgische Notaufnahme, die örtlich zusammengefasst und somit interdisziplinär handlungsfähig sind.
- Die anderen Fächer (Urologie, Kinderheilkunde, Frauenklinik) sind konsiliarisch zugeordnet. Die chirurgischen und die urologische Spezial- und Ermächtigungsambulanz sollen örtlich und organisatorisch direkt an die IAS angebunden werden.
- Die Gesundheitsreform 2007 ergibt neue Möglichkeiten der Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung (inklusive Ambulantes Operieren). Diese Verzahnung soll auf der Ebene der IAS erfolgen.

Ziele der IAS sind:

- a) Verbesserung der administrativen Patientenaufnahme und –betreuung (Verwaltung)
- b) Qualitative Verbesserung der ärztlichen Patientenversorgung (zeitlich und fachlich)
- c) Kurzliegerstation

Ad a: Administrativer Aufnahmebereich:

Mit der administrativen Aufnahme werden die Funktionen, die Information, Aufnahme und Telefonzentrale zu einer organisatorischen Einheit zusammengeführt und somit Personalkapazitäten gebündelt sowie Kompetenzen zusammengefasst. Als zentraler Anlaufpunkt für die Patienten im Eingangsbereich sowie für Besucher und Angehörige wird es möglich sein, die Ströme nach elektiv stationären Patienten, ambulanten Patienten, Notfällen, Besuchern und ähnliche optimal zu verteilen. Diese Funktionen werden durch Fachkräfte der Verwaltung übernommen, was zu einer entscheidenden Entlastung für die Ärzte und die Pflege führt. Die enge Verzahnung der Administration mit der Pflege und dem ärztlichen Dienst gewährleistet ein gutes Bettenmanagement und erlaubt somit eine bessere Auslastung des Krankenhauses.

Ad b: Durch die neue Organisation wird eine Verbesserung der zeitlichen und fachlichen Patientenversorgung durch einen kontinuierlichen, von einem Oberarzt betreuten Facharztstandard gewährleistet, der täglich (auch nachts und am Wochenende) 24 Stunden präsent ist. Die fachliche Leitung durch einen internistischen und einen chirurgischen Facharzt wird von den entsprechenden Kliniken organisiert, die disziplinäre Zuordnung erfolgt direkt zum Ärztlichen Direktor oder zum Ärztlichen Geschäftsführer. Eine enge Zusammenarbeit mit den chirurgischen, internistischen und urologischen Spezial- und Ermächtigungsambulanzen erlaubt hierbei eine Verbesserung des Aufnahme- und Entlass-Managements. Kein Patient wird stationär aufgenommen, der nicht die entsprechende Diagnostik entweder bereits hat oder diese umgehend veranlasst wird. Eine primäre Fehlbelegung kann damit vermieden werden. Zusätzlich werden über die Besetzung mit fachärztlichem Standard die Patienten primär der richtigen Fachabteilung zugeführt oder in die Kurzliegerstation (c) verbracht, bis eine entsprechende Grunddiagnostik durchgeführt wurde. Die IAS ist zusätzlich Einstiegspunkt für sogenannte klinische Pfade, so dass über ein standardisiertes Vorgehen noch im Aufnahmebereich die notwendige Diagnostik und Therapie ohne Verzögerung eingeleitet werden kann. Über definierte Schnittstellen werden ambulante Bereiche (z.B. Onkologische Tagesklinik, Kinder-psycho-somatische Tagesklinik, neue ambulante Bereiche) an die IAS angebunden; dies erlaubt eine gute Verzahnung ambulanter und stationärer Patientenversorgung.

Flussdiagramm Besucher- und Patientenströme

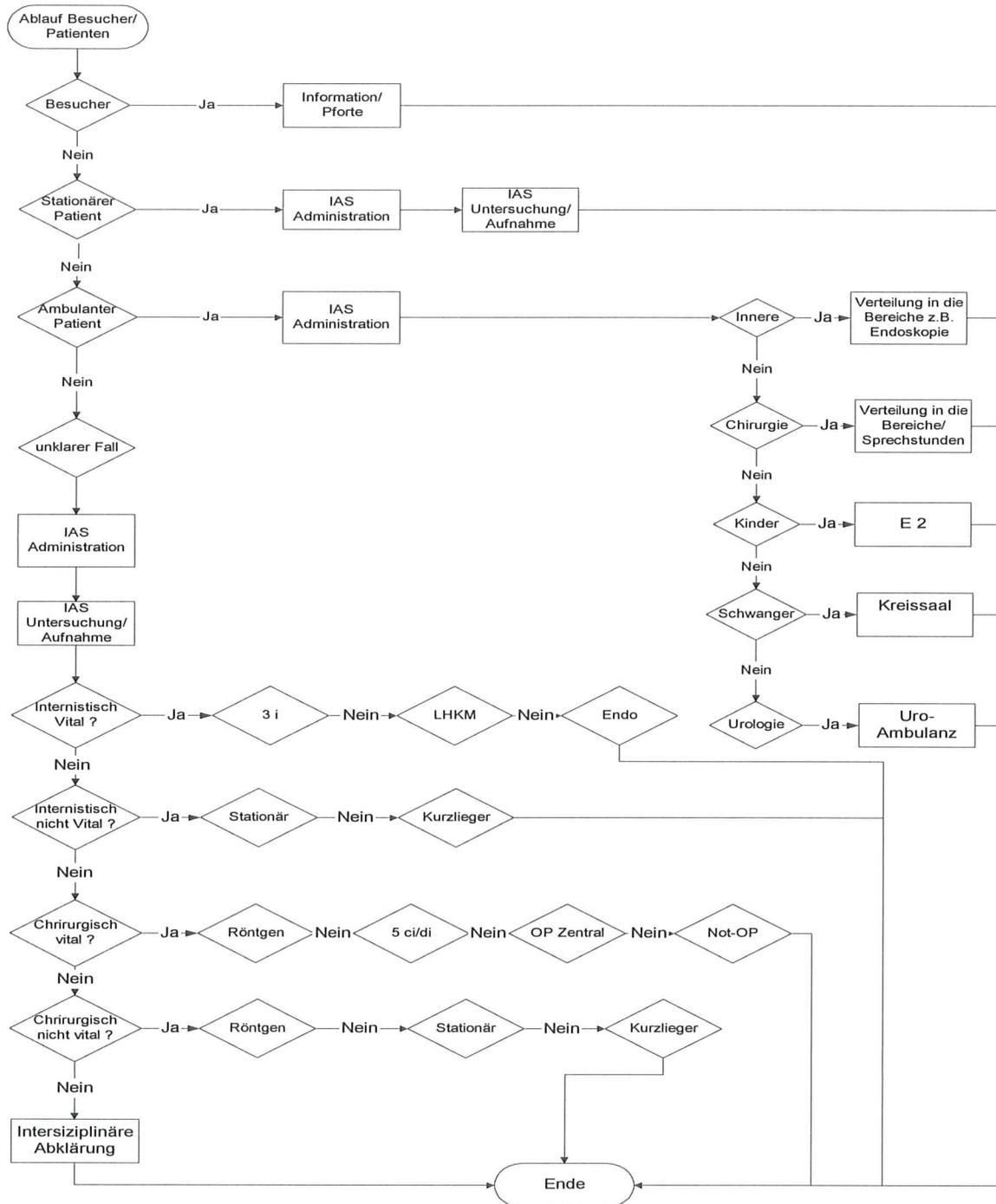


Abbildung 6 Flussdiagramm Patienten- und Besucherströme IAS

3.6 Medizinkonzept III: Schwerpunkte und Zentren in der Ermstalklinik und in der Alb klinik

Dieser Abschnitt beschreibt in Fortsetzung die Umsetzung der Schwerpunkte in der Ermstalklinik Bad Urach und der Alb klinik Münsingen.

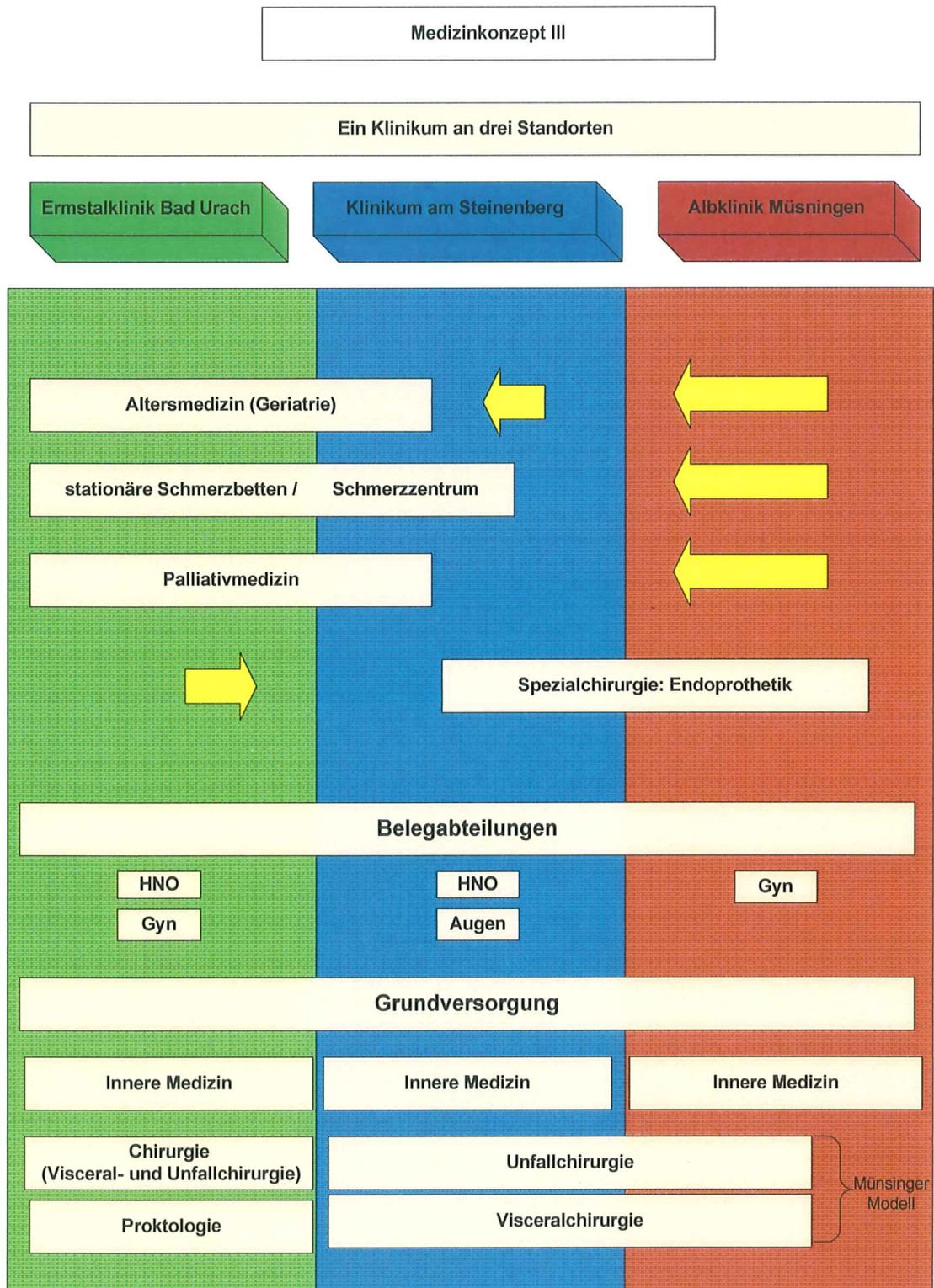


Abbildung 7 Medizinkonzept III

Hierbei wird von folgenden Sachverhalten ausgegangen:

- Sowohl in Münsingen als auch in Bad Urach werden jeweils eine internistische und chirurgische Grund- und Regelversorgung auf angemessenem Niveau vorgehalten. In Münsingen funktioniert dies bereits in der Chirurgie zusammen mit Reutlingen über das „Münsinger Modell“.
- Die Pensionierungen von Dr. Henzler und Dr. Schmelz sind zu beachten: Die Gefäßchirurgie und große onkologische Operationen sollen nicht mehr in Bad Urach stattfinden (Verlagerung nach Reutlingen). Bei der Endoprothetik wird es aufgrund von Mindestmengenregelungen zu Konzentrationen auf Reutlingen/Münsingen kommen.
- Zur Stärkung und Zukunftssicherung der Ermstaklinik Bad Urach soll dort ein Schwerpunkt Altersmedizin und eine Schmerzstation (ggf. mit Palliativbetten) etabliert werden. Gleichzeitig bringt dies Entlastung für Reutlingen, besonders in der Bauphase des Bettenhauses Süd A.
- Der Standort Münsingen soll durch eine chirurgische Schwerpunktbildung in seiner Auslastung gestützt werden (Endoprothetik) und gleichzeitig für eine Entlastung in Reutlingen sorgen.

4 Zusammenfassende Bewertung

Die Umsetzung vorgenannter medizinkonzeptioneller und betrieblich-struktureller Überlegungen in eine bauliche Lösung für die seit Jahren anstehende Sanierung des Bettenhauses Süd geht grundsätzlich von folgenden Überlegungen aus:

- Jegliche Lösung sollte sich im bisher gesetzten Zeitrahmen bewegen: Fertigstellung bis 2010/2011. Dies ist auch angesichts des Sanierungsbedarfes des jetzigen Baukörpers Bettenhaus Süd und des Erhalts des Patientenzustroms angesichts konkurrierender wettbewerblicher Entwicklungen zwingend (Erhalt der Marktposition!).
- Die Geländesituation und bestehende Baukörper setzen Rahmenbedingungen, die bei der Anbindung künftiger Baumaßnahmen z.B. hinsichtlich der Höhe und Platzierung zu berücksichtigen sind, d.h. nur bestimmte Lösungen sind überhaupt möglich.
- Die Berücksichtigung des Wandels der Medizin, offener gesundheitsreformerischer Überlegungen für die weitere Zukunft, die demographische Entwicklung erfordert Lösungen, die zwar einerseits als dauerhaft oder sogar als wachsend einschätzbare Bedarfe konstant abdecken lassen, die jedoch andererseits in späteren Jahren auch weitere Anpassungen in baulicher Hinsicht zulassen. Dies spricht für eine „Mischung“ von baulich langfristigen Lösungen zusammen mit baulich in gewissen Zeiträumen veränderbaren.
- Der sich in den nächsten Jahren/Jahrzehnten ergebende Handlungsbedarf für das Bettenhaus Nord erfordert ebenfalls eine bauliche Lösung, die diese Perspektive mit einschließt. Aufgrund der Tatsache, dass das Bettenhaus Nord mindestens bis zum Ende der Baumaßnahme bis 2010/2011 benötigt wird, stellt sich die Notwendigkeit einer Lösung hierfür allerdings erst danach.

In Ansehung dieser Faktoren wird vorgeschlagen:

- Errichtung eines Neubaus anstelle und am Ort des jetzigen Bettenhauses Süd, jedoch im Bauvolumen kleiner und kürzer als das jetzige Gebäude: „Bettenhaus Süd A“. Bettenhaus Süd A dient „klassischen“ medizinischen Fächern und Disziplinen mit auf längere Sicht konstantem oder wachsendem Bedarf.

- Um die Maßnahme Süd A durchführen zu können wird im Vorfeld das Bettenhaus Süd B erstellt. Bettenhaus Süd B ist ausgerichtet auf medizinische Fächer bzw. Disziplinen, die eine gewisse Abhängigkeit von der demographischen Entwicklung zeigen könnten Süd A und Süd haben damit ca. die Kapazitäten des bisher zur Sanierung anstehenden bzw. geplanten alten Bettenhauses Süd.
- Beide, Bettenhaus Süd A und Süd B decken ab 2010/2011 die Bettenbedarfe für das Klinikum am Steinenberg. Die Bauweise des Bettenhauses Süd B ermöglicht einfache interne Umstrukturierungen, z.B. die Integration neuer Aufgabenbereiche wie Kinderpsychosomatik oder spätere Veränderungen z.B. im Hinblick auf Handlungsbedarfe hinsichtlich des Bettenhauses Nord.
- Schließlich bietet die vorgeschlagene Lösung Vorteile durch Reduzierung der Baukörpergrößen Süd A und Süd B und eine Verbesserung der Umgebungssituation (z.B. Patientengarten).

Die anstehenden Baumaßnahmen Bettenhaus Süd A / Süd B und IAS bieten für das Klinikum am Steinenberg die Chance, die interne Betriebsorganisation zu reflektieren und prozessbezogene Ablaufoptimierung vorzunehmen. Folgende Maßnahmen werden auf den einzelnen Ebenen realisiert (vgl. folgende Abbildungen):

1. Realisierung des Neurozentrums auf der Ebene 5 mit Anbindung an die bereits vorhandene chirurgische Intensivstation, mit kurzen Wegen zur zentralen OP-Abteilung.
2. Aufbau des vaskulären Zentrums auf der Ebene 4 in der räumlichen Nähe zur Funktionseinheit Radiologie (Gefäßinterventionen).
3. Nutzung der Nähe der Stationen auf der Ebene 3 zum Aufbau der neuen Abteilung Kardiologie mit enger Anbindung an die Linksherzkathetermessplätze und internistische Intensivstation.
4. Nutzung der OP-Kapazitäten Ebene 2 zur Realisierung weiterer operativer Bereiche (HNO, Augen, Geburtshilfe) und Erhalt der bereits vorhandenen ambulanten Versorgungsstrukturen für operative Fächer (ambulantes OP-Zentrum).
5. Schaffung einer durchgängigen, auf einer Ebene angesiedelten Klinik für Kinder- und Jugendmedizin einschl. ggf. Kinderpsychosomatik auf der Ebene 1.
6. Nutzung der Ebene 0 zur Fortführung der ambulanten Strukturen mit Vorteilen der leichten Auffindbarkeit für Patienten und Besucher, sowie Schaffung attraktiver Versorgungseinheiten für sensible Patientengruppen (Onkologie).

Zusätzliche Vorteile, die sich aus den Maßnahmen ergeben sind:

1. Entzerrung der Patienten- und Besucherströme auf verschiedene vertikale Verbindungseinrichtungen.
2. Reduktion der Wegezeiten für Patiententransporte durch Anbindung der Stationen mit ebenengerechter Zuordnung.
3. Entzerrung der Ver- und Entsorgung von Betten durch den Aufbau von zwei Bettenzentralen (Süd A / Süd B).

4. Entlastung der Stationen durch die Interdisziplinäre Aufnahmeeinheit.
5. Durch die Verteilung der Patienten mit geringem demographischem Entwicklungspotential (Kinder, Geburtshilfe) und Klientel mit hohem diagnostischen Aufwand und kurzer Verweildauer (Kardiologie) im Bettenhaus Süd B und der Verlagerung von klassischem Patienten Klientel mit höherer Verweildauer in das Bettenhaus Süd A, lassen sich neue Versorgungsstrukturen (Intermediate-care, High-care, Low-care) aufbauen, ohne dass es zu einem „Patiententourismus“ durch die Pflegestufen kommt.
6. Aufbau gleicher innerer Strukturen unter optimalen Stationsgrößen (40 aufstellbare Betten), gleicher innerer Aufbau, gleiche Strukturen.
7. Möglichkeit der Neudefinition des pflegerischen Konzeptes und Verbesserung der logistischen Strukturen durch gleiche räumliche Situationen.

5 Umsetzung des Konzeptes

5.1 Klinikum am Steinenberg

5.1.1 Fachabteilungen

5.1.2 Unfallchirurgie

Allgemeine Beschreibung

Dieser Bereich umfasst die Versorgung von akuten Unfallverletzungen und die elektive Versorgung der Patienten mit Endoprothesen der Hüfte, des Kniegelenks und auch der Schulter. Dieser Bereich ist integraler Bestandteil der Zentralversorgung, kann also nicht komplett an einen anderen Ort verlagert werden. Das Einzugsgebiet umfasst neben dem Landkreis Reutlingen auch die angrenzenden Landkreise, sowie überregionale Einweiser.

Einbindung / Zuordnung und Leitung

Die Abteilung ist eine bettenführende Hauptabteilung an den Standorten Reutlingen und Münsingen („Münsinger Modell“). Organisatorisch ist die Abteilung eingebettet in die Chirurgische Klinik des Klinikums am Steinenberg. Chefarzt Dr. Vogel ist eigenständig. Es besteht an beiden Standorten eine D-Arzt Zulassung. Der Standort RT ist von der BG für das Schwerstverletztenverfahren zugelassen.

Aufgaben der Zukunft / Perspektiven

- Nachfolgeregelung für den ausscheidenden Chefarzt.
- Verlagerung von Patientenströmen aus Reutlingen nach Münsingen aufgrund der geplanten Baumaßnahmen und zur Stärkung des Standorts Münsingen.
- Sicherstellung der Kooperation mit den Einweisern.
- Ggf. Fortführung des Münsinger Chefarztmodells.

5.1.3 Viszeralchirurgie

Allgemeine Beschreibung

In der Viszeralchirurgie werden alle klassischen Eingriffe der Allgemein Chirurgie durchgeführt. Der Anteil der endoskopischen Eingriffe hat hierbei einen hohen Stellenwert. Im Bereich der onkologischen Chirurgie wird das gesamte Spektrum der großen onkologischen Chirurgie im Bereich der Verdauungsorgane, der Pankreas sowie der Lunge angeboten. Die Versorgung erfolgt auf dem Niveau einer Klinik der Zentralversorgung. Das Einzugsgebiet umfasst neben dem Landkreis Reutlingen auch die angrenzenden Landkreise, sowie überregionale Einweiser.

Einbindung

Die Abteilung ist eine bettenführende Hauptabteilung an den Standorten Reutlingen und Münsingen. Organisatorisch ist sie eingebettet in die Chirurgische Klinik des Klinikums am Steinberg, Chefarzt Prof. Zimmermann arbeitet eigenständig und hat gleichzeitig die Funktion des geschäftsführenden Direktors der Chirurgischen Klinik.

Aufgaben der Zukunft

- Übernahme der onkologisch-chirurgischen Patienten aus den Standorten Münsingen und Bad Urach.
- Sicherstellung der Kooperation mit den Einweisern.
- Beteiligung am Onkologischen Schwerpunkt, Darmzentrum, interdisziplinäre Viszeralstation.
- Zeitnahe Reaktion auf verändertes medizinisches Leistungsspektrum.
- Sicherstellung des Erhalts von Eingriffen, die unter Mindestmengenregelungen fallen.

5.1.4 Neurochirurgie

Allgemeine Beschreibung

In der Neurochirurgie werden alle klassischen Operationen der Neurochirurgie durchgeführt. Die Versorgung erfolgt auf dem Niveau einer Klinik der Zentralversorgung. Das Einzugsgebiet umfasst den Landkreis Reutlingen.

Einbindung

Die Abteilung ist eine bettenführende Hauptabteilung am Standort Reutlingen. Organisatorisch ist sie eingebettet in die Chirurgische Klinik des Klinikums am Steinberg, Chefarzt PD Dr. Hamel arbeitet eigenständig. Die Station wird bereits jetzt in enger räumlicher Nähe zur Station der neurologischen Belegabteilung geführt.

Aufgaben der Zukunft

- Ein auch organisatorisches Zusammengehen mit einer Hauptabteilung Neurologie zu einem Neuro-Zentrum ist nach deren Neugründung und der Fertigstellung des Bettenhauses Süd A geplant. Hierdurch werden eine flexible bedarfsgerechte Bettenfluktuation und eine Synergie in der Zusammenarbeit gesichert.
- Sicherstellung der Kooperation mit den Einweisern.
- Zeitnahe Reaktion auf verändertes medizinisches Leistungsspektrum.

5.1.5 Gefäßchirurgie

Allgemeine Beschreibung

In der Gefäßchirurgie werden alle klassischen Operationen an Gefäßen durchgeführt. Die Versorgung erfolgt auf dem Niveau einer Klinik der Zentralversorgung. Das Einzugsgebiet umfasst neben dem Landkreis Reutlingen zunehmend auch die umgebenden Landkreise und externe Einweiser.

Einbindung

Die Abteilung ist eine bettenführende Hauptabteilung am Standort Reutlingen. Organisatorisch ist sie eingebettet in die Chirurgische Klinik des Klinikums am Steinenberg, Chefarzt Dr. Claußnitzer arbeitet eigenständig. Die Gefäßchirurgie ist integraler Bestandteil des Gefäßzentrums, das mit der Kardiologie zu einem vaskulären Zentrum ausgebaut werden soll.

Aufgaben der Zukunft

- Der weitere Ausbau des vaskulären Zentrums ist zentrales Thema der weiteren Entwicklung.
- Der Bedarf an Betten wird steigen, weil nach Pensionierung von Dr. Henzler in Bad Urach die dort versorgten Patientenkontingente nach Reutlingen wechseln und bedingt durch die demographische Entwicklung Gefäßerkrankungen zunehmen werden.
- Sicherstellung der Kooperation mit den Einweisern.
- Zeitnahe Reaktion auf verändertes medizinisches Leistungsspektrum.

5.1.6 Urologie

Allgemeine Beschreibung

Die Urologie nimmt das gesamte Spektrum der Versorgung von urologischen Krankheitsbildern wahr. Schwerpunktmäßig werden endoskopische Eingriffe, auch der Prostataresektion, angeboten. Das Einzugsgebiet umfasst neben dem Landkreis Reutlingen zunehmend auch die umgebenden Landkreise und externe Einweiser.

Einbindung

Die Abteilung ist eine bettenführende Hauptabteilung am Standort Reutlingen. Organisatorisch ist sie selbständig und wird von Chefarzt Dr. Schwaibold eigenständig geleitet. Die Urologie ist integraler Bestandteil des Onkologischen Schwerpunkts. Eine enge Zusammenarbeit besteht mit der Frauenklinik (Kontinenzzentrum).

Aufgaben der Zukunft / Perspektiven

Bedingt durch den demografischen Faktor wird der Bettenbedarf steigen (Prostatakarzinom), obgleich besonders in der Urologie eine deutliche Verweildauerverkürzung nach operativen Eingriffen (endoskopisch) stattgefunden hat und viele Operationen ambulant durchgeführt werden.

5.1.7 Frauenklinik

Allgemeine Beschreibung

- Die Frauenklinik umfasst die Geburtshilfe und die Gynäkologie sowie (als eigener Bereich) die Senologie (Erkrankungen der weiblichen Brust).
- In der Geburtshilfe stellt die Frauenklinik die prä-, peri- und postpartale Versorgung von Schwangeren in allen Versorgungsstufen sicher und wirkt in Kooperation mit der Kinder- und Jugendmedizin bei der neonatologischen Versorgung mit (Mutter-Kind-Zentrum).
- In der Gynäkologie reicht die Tätigkeit von der großen Tumorchirurgie des Ovarialkarzinoms und Uteruskarzinoms bis hin zu kleinen minimalinvasiven laparoskopischen Eingriffen und Versorgung der inkontinenten Frauen.
- In der Senologie ist die Frauenklinik der Vorreiter des zertifizierten Brustzentrums mit Schwerpunkt Therapie des Mamakarzinoms.

Einbindung und Zuordnung

Die Abteilung umfasst die Teilbereiche Gynäkologie und Geburtshilfe als bettenführende Abteilungen, unter gemeinsamer chefärztlicher Leitung von Herrn Privatdozent Dr. Kristen. Die Frauenklinik ist eingebunden in unterschiedlichste Kooperationen (Onkologischer Schwerpunkt, Brustzentrum, Perinatologisches Zentrum, Radioonkologie der Uni Tübingen usw.).

Aufgaben der Zukunft

- Sichere Positionierung gegenüber dritten Leistungsanbietern (Mammachirurgie, Geburtshilfe).
- Erhalt der wichtigsten Funktionen als Kooperationspartner für die Kinderklinik (Neonatologie).
- Aufbau von ambulanten Versorgungsstrukturen in Kooperation mit der Inneren Medizin bei der Versorgung von onkologischen Patientinnen.
- Aufbau engerer Kooperation mit den Belegabteilungen Gynäkologie, Geburtshilfe der Häuser Bad Urach und Münsingen.

5.1.8 Innere Medizin

Allgemeine Beschreibung

Die Klinik für Innere Medizin ist derzeit die größte bettenführende Abteilung und wird von Chefarzt Prof. Braun geführt. Das Leistungsspektrum umfasst die gesamte Palette der Inneren Medizin mit Schwerpunkten Gastroenterologie, Onkologie, Diabetologie, Geriatrie, Schlaganfallpatienten (Stroke) sowie die „konservative“ Kardiologie. Neben den endoskopischen Verfahren hat sich die Sonographie als wichtiger diagnostischer Schwerpunkt herausgebildet.

Die „interventionelle“ Kardiologie mit dem Linksherzkatheter und einer entsprechenden kardiologischen Station untersteht derzeit Chefarzt Prof. Haase.

- Die geplanten Schwerpunkte und Zentren machen es notwendig, die Struktur der Inneren Medizin zu restrukturieren. Ziel ist es, die Innere Medizin in ihren einzelnen Unterabteilungen zukunftsorientiert neu aufzustellen und entsprechend den modernen Anforderungen zu positionieren. Über die künftige Or-

ganisationsstruktur der Klinik wird zurzeit ein Organisationsgutachten durch die Firma Lohfert & Lohfert, Hamburg erstellt.

- Erste diskutierte Vorüberlegungen, die im Rahmen des Gutachtens verifiziert werden, gehen in die Richtung, dass die Innere Medizin künftig gegliedert wird in eine Abteilung Innere Medizin I und Innere Medizin II.

Innere Medizin I

- Grundversorgung Allgemeinmedizin mit dem geriatrischen Primärkomplex.
- Gastroenterologie, Leber, Pankreas, Gallenwege, sonographische und endoskopische Interventionen (Beteiligung am Viszeralzentrum).
- Onkologie, Hämatologie (mit Onkologischer Schwerpunkt).
- Endokrinologie, Diabetologie.
- Sonographie.

Leitung: Herr Chefarzt Prof. Dr. Braun

Innere Medizin II

- Kardiologische Diagnostik mit Linksherzkathetermessplätzen und Interventionelle Kardiologie.
- Intensivmedizinische Versorgung kardiologischer Patienten.
- Kardiologische Funktionsdiagnostik (Rechtsherzkatheter / Kipp-Tisch/Echo).
- Konservative kardiologische Therapie.
- Nichtinvasive Angiologie.

Leitung: Herr Chefarzt Prof. Dr. Haase

Ausgegliedert werden:

- Schlaganfallbetten (inklusive Stroke unit) in eine neue Hauptabteilung Neurologie in Reutlingen und in die Altersmedizin Bad Urach.
- Belegungspotentiale anderer Abteilungen in eine neue Hauptabteilung Neurologie in Reutlingen.
- Altersmedizinische Betten nach Bad Urach.

Aufgaben der Zukunft

- Wichtigste Aufgabe wird es sein, die Ergebnisse des Gutachtens und die zu erwartende Trennung der Abteilung zu realisieren und entsprechend organisatorisch mit Personalentwicklungsmaßnahmen zu begleiten. Zusätzlich ist die Verlagerung von geriatrischem Patientenkontext, welches unter dem Fokus der Altersmedizin in Bad Urach angesiedelt wird, zu organisieren. Hierbei werden folgende Fragestellungen noch zu bearbeiten sein:
 - Personalqualifikation,
 - Personaleinsatz, Personalrotation,
 - Organisatorische Zuständigkeiten,
 - räumliche Anbindung,
 - organisatorische Zusammenführung Bad Urach und Reutlingen im Bereich der Altersmedizin / Geriatrie mit Aufbau einheitlicher Standards und Assessments,
 - Assistentenrotation innerhalb der Inneren Medizin.

5.1.9 Kinder- und Jugendmedizin / Psychotherapeutisch-psychosomatisch ausgerichtete Kinder- und Jugendmedizin (PTM)

Allgemeine Beschreibung

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin übernimmt Diagnostik und konservative Therapie aller akuten und chronischen Erkrankungen des Kinder- und Jugendalters mit Schwerpunkt Stoffwechselerkrankungen. Darüber hinaus stellt sie die stationäre Betreuung aller operativ zu versorgenden Patienten in dieser Altersgruppe sicher. Besonderer Schwerpunkt ist die Neonatologie mit Perinatalzentrum Level I.

Einbindung / Zuordnung

Die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin ist bettenführende Hauptabteilung unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Trefz und bildet mit dem Bereich Geburtshilfe ein Mutter-Kind-Zentrum mit Perinatalzentrum Level I.

Aufgaben der Zukunft / Perspektiven

- Die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin ist ähnlich wie die Geburtshilfe beeinflusst durch demographische Entwicklungen. Da in den nächsten Jahren mit einem Rückgang an Entbindungen und damit verbunden auch dem Bedarf an kindermedizinischer Betreuung zu rechnen ist, ist es parallel zur Kinderklinik zur Sicherstellung der Abteilung Geburtshilfe zwingend erforderlich, alle Anstrengungen zu unternehmen, um die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin zukunftsorientiert aufzustellen.
- Um die o. g. Aufgabenstellung zu realisieren, ist das Portfolio der Kinderklinik um Therapiefelder zu erweitern, die entweder regional unzureichend oder überhaupt nicht abgedeckt sind oder wo aufgrund der veränderten Krankheitsbilder mit zunehmenden Bedarfen zu rechnen ist. Dies zeichnet sich insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin für psychosomatische Erkrankungsbilder ab, die auch psychotherapeutischer Behandlung bedürfen. Die Leitung der Kinderklinik und die Geschäftsführung sind daher bemüht, entsprechende Kooperationspartnerschaften aufzubauen. Das Sozialministerium wurde über die Absicht des Aufbaus einer psychosomatischen Kinderstation haben bereits informiert. Die Kostenträger stehen den Überlegungen nicht ablehnend gegenüber und haben zur Abgabe eines Konzeptes aufgefordert. Das neue Aufgabengebiet soll jedoch integraler Teil der Pädiatrie bleiben, eine Planbettenerhöhung ist nicht angedacht.

Auswirkungen auf die Baumaßnahme Bettenhaus Süd

- Bei der Realisierung der Neubaumaßnahme Bettenhaus Süd A / Süd B sind interne Strukturen zu schaffen, die es bei Realisierung einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Medizin möglich machen, dies (später) ohne Umbaukosten zu realisieren. Angedacht ist dies über eine Leichtbauweise, die Raumveränderungen ohne großen Aufwand zulassen. Im Bereich der psychosomatisch-psychotherapeutischen Medizin ist das Verhältnis Betten pro Nebenfläche höher als in der somatischen Pflege, da eine Vielzahl an therapeutischen Räumen (Beschäftigungstherapie, Musiktherapie, Entspannungstherapie u. a.) im Fokus der multimodalen Therapie stehen.
- Die gesamte Kinderklinik (Intensiv, Perinatalogie, allgemeine Pädiatrie, psychotherapeutische Pädiatrie) sollte auf einer Ebene angebunden sein, um einen optimalen Personaleinsatz zu gewährleisten.

5.1.10 Neurologie

Allgemeine Beschreibung

Die Neurologie ist zurzeit eine belegärztliche Abteilung, welche im Rahmen der Weiterentwicklung des Klinikums am Steinenberg und in engem Zusammenhang mit der Baumaßnahme Bettenhaus Süd A / Süd B und der Übernahme von Phase B-Betten aus Zwiefalten in eine Hauptabteilung Neurologie umgewandelt werden soll.

Aufgaben der Zukunft

- Im Rahmen der krankenhauserplanerisch bereits Mitte 2006 beantragten Umwandlung von einer Belegabteilung in eine Hauptabteilung muss sichergestellt werden, dass durch entsprechend qualifizierte chefärztliche Besetzung der Aufbau und die Etablierung der Abteilung sichergestellt ist.
- Die Interdisziplinäre Zusammenarbeit wird bereits jetzt praktiziert und wird zu intensivieren sein. Im Rahmen des Aufbaus der Abteilung sind überregionale Einzugsstrukturen aufzubauen.

5.1.11 Anästhesie und operative Intensivmedizin

Allgemeine Beschreibung

Die Anästhesie und operative Intensivmedizin ist bettenführende Abteilung mit 22 Betten, interdisziplinärer chirurgischer Belegung sowie zentraler Dienstleister für die operativen Fachbereiche und zusätzlich verantwortlich für die Sicherstellung der Notarztversorgung im Landkreis Reutlingen. Die Leitung obliegt Herrn Prof. Dr. Pühringer. Zusätzlich werden schwerpunktmäßig Schmerztherapien auf hohem Niveau durchgeführt (anerkanntes Regionales Schmerzzentrum).

Aufgaben der Zukunft

Im Rahmen des Aufbaus des Neurozentrums muss die interdisziplinäre Zusammenarbeit neu definiert und Versorgungsstrukturen von High-care zu Intermediate-care und Low-care mit interdisziplinärer Kooperation aufgebaut werden. Zusätzlich wird durch die Übernahme der Leitungen der Anästhesieabteilung Bad Urach / Münsingen eine Zusammenführung der Personalressourcen und Standards erfolgen.

5.1.12 Belegabteilungen

Die Belegabteilungen Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde und Augenabteilung waren wie kaum andere Bereiche in den letzten Jahren durch die Veränderungen im Gesundheitswesen negativ betroffen. Die Potentiale der stationären Patienten gehen ständig zurück. Sollte dieser Trend sich fortsetzen muss reflektiert werden, inwieweit der hohe organisatorische Aufwand und die entsprechenden Vorhaltekosten (Spezialinstrumentarium, OP-Kapazitäten) die Abteilungen noch rechtfertigen. Diese Diskussion wird Aufgabe der Zukunft sein; zum jetzigen Zeitpunkt ist keine Entscheidungsgrundlage gegeben, die Belegabteilungen nicht fortzuführen.

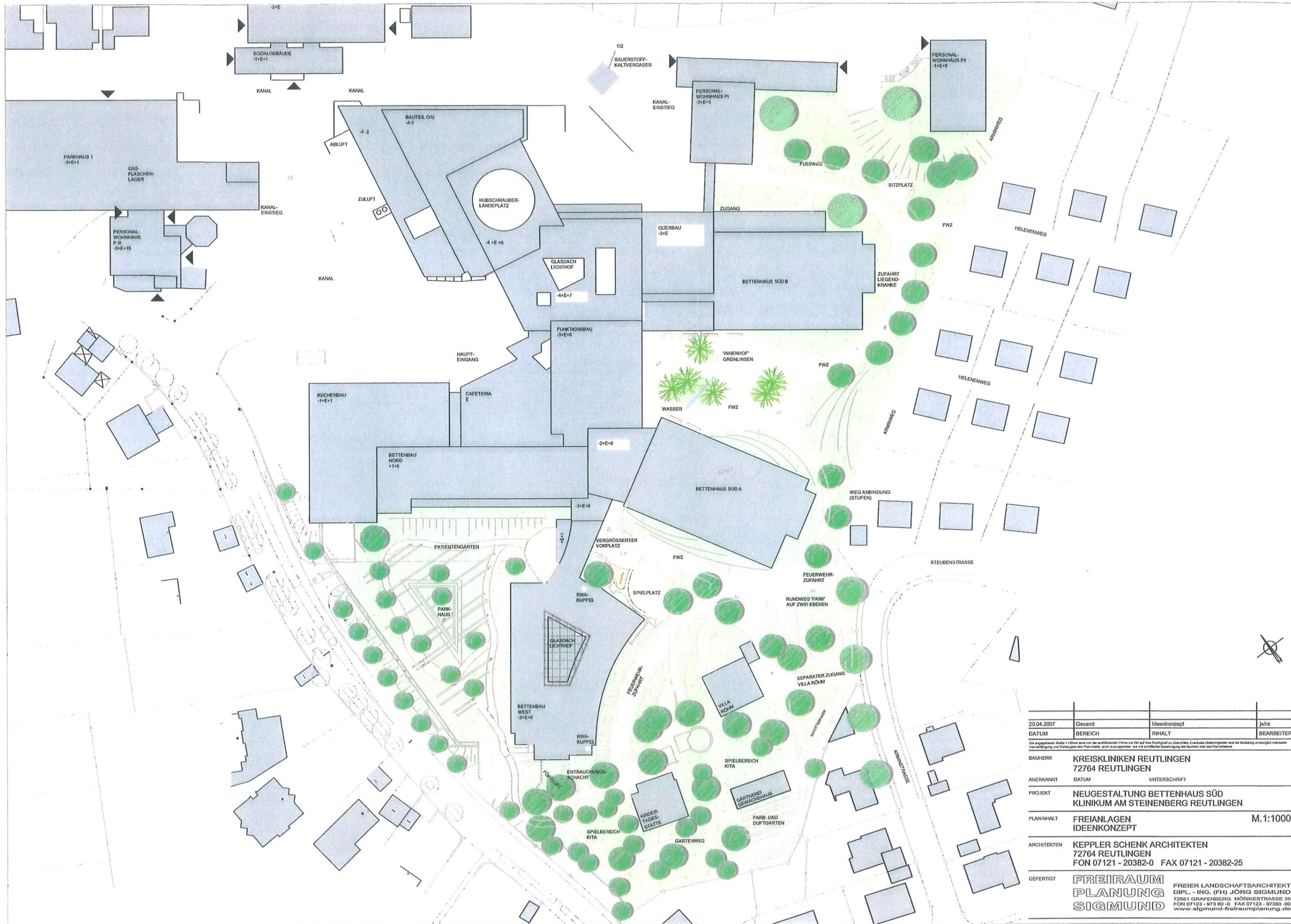
5.1.13 Geländeübersicht

Die folgende Übersicht zeigt die bauliche Situation nach Abschluss der Erstellung der Baukörper Süd A und Süd B.

Durch die Abkehr von den ursprünglichen Überlegungen, das Bettenhaus Süd (im weiteren Bauteil bzw. Bettenhaus Süd A) im Bestand zu sanieren bzw. durch ein Ersatzgebäude neu zu erstellen, welches die gesamten Bettenkapazitäten aufnimmt, ist es möglich, das gesamte Areal differenzierter zu gestalten.

Durch die Nutzung des (bisher) „Interimsgebäudes“! (künftig Bettenhaus Süd B) als zu erhaltendes Bettenhaus wird die Möglichkeit geschaffen, die Verkehrsströme innerhalb des Gebäudes neu zu lenken und durch die Schaffung entsprechender Aufzugskapazitäten ein tägliches Ärgernis für Patienten, Besucher und Mitarbeiter zu entschärfen.

Zusätzlich können die Freiflächen im Sinne von Patientengärten und Aufenthaltsbereichen neu und attraktiver gestaltet werden. Der Übersichtsplan zeigt deutlich, dass damit die baulichen Entwicklungsmöglichkeiten erschöpft sind und gleichzeitig vom zentralen Verkehrsknoten ausgehend die Erschließungswege ähnlich groß sind.



20.04.2007	Gesamt	Ideenkonzept	je/cs
DATUM	BEREICH	INHALT	BEARBEITER
Die angegebenen Maße + Höhen sind von der ausführenden Firma vor Ort auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Eventuelle Unstimmigkeiten sind bei Beauftragung unverzüglich mitzuteilen. Verantwortlich und Träger des Planmehls, auch ausgenommen, nur mit schriftlicher Genehmigung des Bauherrn oder des Planverfassers.			
BAUHERR	KREISKLINIKEN REUTLINGEN 72764 REUTLINGEN		
ANERKANNT	DATUM	UNTERSCHRIFT	
PROJEKT	NEUGESTALTUNG BETTENHAUS SÜD KLINIKUM AM STEINBERG REUTLINGEN		
PLANINHALT	FREIANLAGEN IDEENKONZEPT		M. 1:1000
ARCHITEKTEN	KEPPLER SCHENK ARCHITEKTEN 72764 REUTLINGEN FON 07121 - 20382-0 FAX 07121 - 20382-25		
GEFERTIGT	FREIRAUM PLANUNG SIGMUND <small>FREIER LANDSCHAFTSARCHITEKT DIPL. - ING. (FH) JÖRG SIGMUND 72661 GRAFENBERG MÖRKESTRASSE 35 FON 07123 - 973 80-0 FAX 07123 - 97380 -80 www.stgmund-freiraumplanung.de</small>		

5.1.13.1 Stationsbeispiel

Der folgende Plan zeigt für das Bettenhaus Süd A die abgestimmten Geschossaufteilungen, die als Bettenstationen mit 40 Betten ausgelegt sind. Grundüberlegung für diese Stationskonzeption ist die Erschließung der Bereiche von einem zentralen Versorgungspunkt (Stützpunkt), welcher durch seine zentrale Lage eine gute Auffindbarkeit auch für Patienten und Besucher gewährleistet.

Durch die Nutzung einer Mittelzone mit gleicher inhaltlicher Aufteilung zu Nebenräumen (Ver- und Entsorgungsräume) ist gewährleistet, dass die Wege für die Pflegekräfte aus allen 4 Betteneinheiten gleich lang sind.

Das Konzept des offenen Stationsstützpunktes sowie eines großen Patientenaufenthaltes mit integrierter Küchenzeile wird aufgrund der guten Erfahrung im Bettenhaus West fortgeführt.

5.1.13.2 Ebene 5

Die Auslegung der Station Neurologie (Neurozentrum) orientiert sich an der Grundkonzeption der allgemeinpflegerischen Stationen und trägt dem Patientenkontext in diesem Bereich Rechnung. So sind für Patienten mit hohem Überwachungs- und Mobilisationsaufwand entsprechend größere Einheiten vorgesehen und für die betreuenden Pflegekräfte entsprechende dezentrale Überwachungsstützpunkte angelegt. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, durch Nutzung der Flächen für den Patientenaufenthaltsbereich Therapieräume zur frühzeitigen Einleitung rehabilitativer Maßnahmen einzurichten.

5.1.13.3 Interdisziplinäre Aufnahmestation

In konsequenter Fortführung der bisherigen Überlegung wird durch die Schaffung der interdisziplinären Aufnahmestation die Möglichkeit geschaffen, den zentralen Prozess der Patientenaufnahme neu zu gestalten. Durch den Vorteil der kompletten Neuplanung können neben einem Schockraum, einem Intensiv-Überwachungsbereich und einem Isolationszimmer mit Schleusen 24 interdisziplinäre Betten für Patienten zur Verfügung gestellt werden, die in diesem Bereich maximal 24 Stunden verbleiben.

5.2 Ermstaklinik Bad Urach

5.2.1 Fachabteilungen

5.2.2 Chirurgie

Allgemeine Beschreibung

Die chirurgische Abteilung der Ermstaklinik Bad Urach ist bettenführende Hauptabteilung unter Leitung von Chefarzt Dr. Henzler, welche das Spektrum Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie mit Tumorchirurgie und Gefäßchirurgie abdeckt. Im Bereich der Unfallchirurgie sind hohe Anteile endoprothetischer Versorgung. Die Abteilung ist nach § 6 Schwerstverletztenverfahren der BG zugelassen. Die Bereiche große Tumorchirurgie und Gefäßchirurgie werden nach Reutlingen verlagert.

Aufgaben der Zukunft / Perspektiven

- Mit Ausscheiden des jetzigen Stelleninhabers wird im Rahmen der medizinischen Gesamtkonzeption das Portfolio der chirurgischen Abteilung neu zu definieren sein. Im Rahmen der Sicherstellung der chirurgischen Grundversorgung ist die Stelle mit einem qualifizierten Viszeralchirurgen nachzubetzen, der nach Möglichkeit eine Schwerpunktbezeichnung Proktologie in seinem Portfolio aufweist, um so ein zukunftsorientiertes Marktsegment mit abzubilden.
- Die auf den ersten Blick redundante Vorhaltung von chirurgischen Leistungen an allen drei Standorten ist unter dem Gesichtspunkt der wohnortnahen Grundversorgung gerechtfertigt und stellt keine Konkurrenzsituation dar. Es ist eine bekannte Tatsache, dass über eine funktionierende Ambulanz und stationäre Diagnostik auch Patientenklintel erfasst werden kann, welches aufgrund komplexer Krankheitsbilder einer Therapie in Reutlingen zugeführt werden kann. Im Gegenzug hierzu werden Patienten im Kontext Altersmedizin nach Bad Urach transferiert.

5.2.3 Innere Medizin

Allgemeine Beschreibung

Die Innere Medizin als bettenführende Abteilung, unter Leitung von Chefarzt Dr. Schmelz deckt das gesamte Spektrum der allgemeinen Inneren Medizin, ohne differenzierte kardiologische Diagnostik ab. Schwerpunktmäßig werden Behandlungen von Apoplexien und gastroenterologischen Erkrankungen durchgeführt.

Aufgaben der Zukunft / Perspektiven

- Für den ausscheidenden Chefarzt wird die Nachfolge ausgeschrieben, mit einem Internisten mit breitem allgemeinen Spektrum und ggf. Schwerpunkt Diabetologie bzw. Rheumatologie. Bei der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie wäre eine Versorgungslücke im Landkreis Reutlingen zu schließen mit dem Vorteil, dass rheumatologische Patienten Klientele darstellen, die auch einer endoprothetischen Versorgung zugeführt werden könnten.
- Neben der internistischen Grundversorgung soll ein internistischer Schwerpunkt Altersmedizin in Bad Urach unter zertifizierungsfähigen Bedingungen aufgebaut werden, der angesichts der demographischen Entwicklung gute Entwicklungsaussichten hat.
- Die organisatorische Aufteilung des internistischen Fachbereiches wird in die Bereiche Altersmedizin (Oberärztliche Leitung mit einem Facharzt für Geriatrie mit Anbindung an den geriatrischen Schwerpunkt Reutlingen) und einem eigenen

Chefarzt den Bereich allgemeine Innere Medizin zur Sicherstellung der Grundversorgung erfolgen.

5.2.4 Belegabteilungen

- Die Bereiche Gynäkologie, Geburtshilfe und Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde werden als Belegabteilungen, mit insgesamt 5 Belegärzten geführt.
- Die Belegabteilung Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde war wie kaum ein anderer Bereiche in den letzten Jahren durch die Veränderungen im Gesundheitswesen negativ betroffen.
- Im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe sind die Trends der rückläufigen Entbindungszahlen ebenfalls spürbar.

5.2.5 Anästhesie und Intensivmedizin

Allgemeine Beschreibung

Die Anästhesie und Intensivmedizin ist in Bad Urach nicht bettenführende Abteilung und wird interdisziplinär von den Chefarzten Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesie geleitet. Die Anästhesie ist Dienstleister für die operativen Fachbereiche.

Aufgaben der Zukunft / Perspektiven

- Im Rahmen der Übernahme der Leitung von Herrn Prof. Dr. Pühringer wird die Abteilung in eine bettenführende Abteilung umzuwandeln sein, um hier klare einheitliche Strukturen aufzubauen.
- In Bad Urach wird bereits ambulante Schmerztherapie durchgeführt. Mit Zusammenführung der Häuser bzw. zur Nutzung der Bettenkapazitäten, welche durch Verweildauerverkürzung, Chefarztwechsel, sowie medizinischer Entwicklung zu erwarten sind, werden in Bad Urach stationäre Schmerzbetten etabliert. Die enge Verknüpfung zum Regionalen Schmerzzentrum Reutlingen wird fachliche Synergieeffekte bringen.

5.2.6 Bettenspiegel Ermstaklinik Bad Urach

Die Darstellung des Bettenspiegels zeigt die Überlegungen der Marktanalyse, die Analyse der betriebswirtschaftlichen und medizinischen Leistungsdaten, sowie der strategischen Überlegungen. Er zeigt die Bedarfe an aufstellbaren Betten und berücksichtigen folgende Faktoren:

- Isolationsbedarfe
- Wahlleistungsansprüche
- Saisonale Schwankungen
- Geschlechtertrennung
- Verschiebung von Bedarfen durch Zentrenbildung

Bettenzahlen	Bad Urach	Bad Urach	Bad Urach	Bad Urach
Bad Urach	Stand 2005	Interim/2009	bisher geplant	Stand 2011
Chirurgie	80	60	60	60
Innere Medizin	79	56	56	56
Beleg HNO	5	1	1	1
Beleg Frauenklinik	26	12	12	12
Altersmedizin BU		50	50	50
Schmerz/Palliativ		11	11	11
Gesamtbettenzahl	190	190	190	190

Abbildung 8 Bettenspiegel Bad Urach

5.2.7 Bauliche Realisierung der Altersmedizin

Um das Zentrum für Altersmedizin in Bad Urach aufbauen zu können (maximale Zielzahl: 50 Betten) ist es erforderlich, die zurzeit nicht benutzten Stationen Pflegegruppe 12 und 13 entsprechend den Bedürfnissen geriatrischer Medizin umzubauen. Basis hierfür ist ein Muster-Raum- und Funktionsprogramm, welches die Möglichkeit bietet, ein fachliches Zertifikat für altersgerechte Behandlung zu erhalten.

Grundsätzlich sind in Bad Urach die vorhandenen Nasszellen weder behindertenfreundlich noch behindertengerecht und zum damaligen Zeitpunkt in fortschrittlicher Bauweise als Fertigelemente in das Gebäude eingebracht worden, so dass ein nachträglicher Umbau nicht möglich ist. Um entsprechende Situationen zu schaffen ist es daher erforderlich, sämtliche Nasszellen in diesem Bereich zu entfernen und neu aufzubauen. Durch den höheren Platzbedarf kommt es zum entsprechenden Verlust aufstellbarer Betten.

5.2.7.1 Ebene 0 - Übersichtsplan

Kurzbeschreibung

- Zusammenlegung der beiden bestehenden, stillgelegten Stationen 12 + 13 zu einer geriatrischen Station mit 42 Pflegebetten.
- Erweiterung der beiden Flügel um jeweils **vier** 2-Bett-Pflegezimmer mit behinderten-freundlichen Nasszellen.
- Abriss der bestehenden Nasszellen und Errichtung von neuen Behinderten-Patientenbädern in jedem Pflegezimmer.
- Veränderung des Bettengemenge zu Gunsten von 2-Bett-Zimmern.
- Reduzierung auf einen Stationsstützpunkt und bauliche Optimierung.
- Umnutzung der „inneren“ Raumspace in Diensträume ohne Umbau der Räume (Ausnahme Stützpunkt).

Vorteile

- Verbesserung Bettengemenge im Sinne EQ ZERT.
- Alle Patientenbäder behindertenfreundlich, mit Roll- und Bettstuhl befahrbar.
- Optimierter Stützpunkt.
- Raumprogramm nach EQ ZERT, unter Berücksichtigung der im Haus vorhandenen Funktionen erfüllt.
- Zentraler Patientenaufenthalt in Stützpunktnähe.

Nachteile

- Keine 1-Bett-Zimmer.
- Massive Eingriffe in bauliche und haustechnische Substanz.
- Höhere Kosten.
- Längere Bauzeit.

5.3 Albklinik Münsingen

5.3.1 Unfallchirurgie

Allgemeine Beschreibung

Die Unfallchirurgie der Albklinik Münsingen ist bettenführende Hauptabteilung unter Leitung von Herrn Chefarzt Dr. Vogel, Reutlingen. Die Unfallchirurgie deckt das gesamte Spektrum der unfallchirurgischen Grundversorgung mit Schwerpunkt Hüft- und Knieendoprothetik ab.

Aufgaben der Zukunft / Perspektiven

- Im Rahmen des bevorstehenden Chefarztwechsels im Bereich der Unfallchirurgie wird das Münsinger Chefarztmodell fortgesetzt.
- Durch die dauerhafte Besetzung des Bereichs mit einem leitenden Oberarzt als Chefvertreter ist die Kontinuität der Leistungserbringung und auch Ansprechbarkeit für die niedergelassenen Ärzte sichergestellt.
- Künftig werden im Rahmen der Neubaumaßnahme Bettenhaus Süd A / Süd B vermehrt Patienten aus dem Bereich Reutlingen zu elektiven Eingriffen in der Albklinik Münsingen versorgt werden müssen. Die vorhandenen Kapazitäten sind hierfür ausreichend.

5.3.2 Viszeralchirurgie

Allgemeine Beschreibung

Der bettenführende Bereich Viszeralchirurgie ist unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Zimmermann Reutlingen und analog der Unfallchirurgie mit dem Münsinger Chefarztmodell versehen.

5.3.3 Innere Medizin

Allgemeine Beschreibung

Die Innere Medizin deckt auf dem Niveau eines Krankenhauses der Grundversorgung die Bereiche der allgemeinen Inneren Medizin ab. Die Leitung obliegt Herrn Chefarzt Dr. Konrad.

Aufgaben der Zukunft / Perspektiven

- Profilierung der Inneren Medizin.
- Etablierung von Spezialsprechstunden im Bereich der Neurochirurgie, Neurologie und Urologie. Bedarfe hierfür werden aus dem niedergelassenen Sektor mitgeteilt.

5.3.4 Belegabteilung Gynäkologie / Geburtshilfe

Allgemeine Beschreibung

Die Zukunft der Abteilung hängt von der demografischen Entwicklung ab.

5.3.5 Anästhesie und Intensivmedizin

Allgemeine Beschreibung

Die Anästhesie und Intensivmedizin ist in Münsingen eine nicht bettenführende Abteilung und wird interdisziplinär von den Chefärzten Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesie geleitet. Die Anästhesie ist Dienstleister für die operativen Fachbereiche. Die Leitung obliegt Hr. Chefarzt Dr. Hahn.

Aufgaben der Zukunft / Perspektiven

Im Rahmen der Übernahme der Leitung von Herrn Prof. Dr. Pühringer wird die Abteilung in eine bettenführende Abteilung umzuwandeln sein, um hier klare einheitliche Strukturen aufzubauen.

5.3.6 Bettenspiegel Albklinik Münsingen

Die Darstellung des Bettenspiegels spiegelt die Überlegungen der Marktanalyse, die Analyse der betriebswirtschaftlichen und medizinischen Leistungsdaten, sowie der strategischen Überlegungen wider. Er zeigt die Bedarfe an aufstellbaren Betten und berücksichtigt folgende Faktoren:

- Isolationsbedarfe
- Wahlleistungsansprüche
- Saisonale Schwankungen
- Geschlechtertrennung
- Verschiebung von Bedarfen durch Zentrenbildung

Bettenzahlen	Münsingen	Münsingen	Münsingen	Münsingen
Münsingen	Stand 2005	Interim/2009	bisher geplant	Stand 2011
Chirurgie	50	50	50	
Allgemeinchirurgie				15
Unfallchirurgie				40
Innere Medizin	50	50	50	47
Beleg Frauenklinik	5	5	5	3
Gesamtbettanzahl	105	105	105	105

Abbildung 9 Bettenspiegel Albklinik Münsingen