Bericht

zur KHU-Bau

Betriebsorganisatorische Rahmenbedingungen und funktionale Aspekte zur Neubauplanung Haus 6 „Mein Städtisches“

Städtisches KRANKENHAUS KIEL

Erstellt durch

Wedeleit Health Care Management Service

20. Dezember 2019

Version 2.23a

Inhaltsverzeichnis

Seite

1. Betriebsorganisatorische Rahmenbedingungen und funktionale Aspekte zur Neubauplanung Haus 6 5

1.1. Zweck der Unterlage 5

1.2. Übersicht Ebenen-Zuordnung der Stationen und Fachbereiche 5

1.3. Raumprogramm/Standardraumprogramm Schleswig-Holstein 6

1.4. Übergreifende Rahmenbedingungen & allgemeine Standards zur Planung 6

1.4.1. Zentrale Patienten-Aufnahme 6

1.4.2. Zentrale Notaufnahme 6

1.4.3. Universelle Nutzung der Stationen 6

1.4.4. Standard Patientenzimmer 6

1.4.5. Patienten-Aufenthalt 7

1.4.6. Standard Nasszellen und Stationsbad 7

1.4.7. Wahlleistungs-, Privat-Patient/innen & ISO-Patient/innen 7

1.4.8. Stations-Stützpunkte 7

1.4.9. Sozial- und Besprechungsraum Stationen 8

1.4.10. U+B-Räume Stationen 8

1.4.11. Wäsche-Wagen, Visiten-Wagen, Notfallwagen auf Station 8

1.4.12. Rohrpost 8

1.4.13. Speisen- & Getränkeversorgung 9

1.4.14. Ver- und Entsorgung/Lagerkonzept auf Station 10

1.4.15. Bettenreinigung/Bettenholding (reine Betten/unreine Betten) 11

1.4.16. Umkleiden/Zentrale Personalumkleiden 11

1.4.17. Duschen in der Zentralen Umkleide 13

1.4.18. Schuhreinigung 14

1.4.19. Raumplanung Chefärzte/innen, Chefarzt-Sekretariate ltd. Oberärzte/innen 14

1.4.20. Raumkonzept Dienstarbeitsplätze im Neubau Haus 6 15

1.4.21. Raumplanung Arbeitszimmer/Bereitschaftszimmer 15

1.4.22. Raumplanung Teamleitungen 16

1.4.23. Raumplanung Care Management & Controlling 16

1.4.24. Raumplanung Physiotherapie & Sozialdienst 16

1.4.25. Personal-WC 16

Sockelgeschoß 17

1.5. ZSVA & Endoskopie-Aufbereitung 17

1.5.1. Allgemeines zur Infrastruktur der ZSVA und Endoskopie-Aufbereitung 17

1.5.2. ZSVA/Sterilgut-Aufbereitung 18

1.5.3. Endoskopie-Aufbereitung 19

1.6. Fallwagenlogistik 19
1.7. Wirtschafts- und Zentrallager 21
Erdgeschoß 22
1.8. Radiologie 22
1.8.1. Stützpunkt/Annahme Radiologie 22
1.8.2. Warte- & Holdingbereiche 23
1.8.3. Bedarf Radiologische Arbeitsplätze/Großgeräte 23
1.8.4. Röntgen 23
1.8.4.1. Konventionelles-Röntgen 23
1.8.4.2. Unfall-Röntgen 24
1.8.5. Computertomographie 24
1.8.6. Front-Arzt 26
1.8.7. Befund-Arbeitsplätze und Demoräume 26
1.8.8. Weitere Diensträume/Räume 26
1.8.9. Arbeitsraum unrein 27
1.9. Praxis 1 „Orthopädie & Unfallchirurgie“ 28
1.9.1. Raumanforderungen Anmelde-, Sprechstd., Administration & Infrastruktur 28
1.9.2. Raumanforderungen BG-Bereich/Eingriffsräume 29
1.10. Praxis 2 „Innere Medizin“ 30
1.10.1. Raumanforderungen Anmelde-, Sprechstd., Administration & Infrastruktur 30
1.10.2. Endoskopie-Bereich 31
1.Obergeschoß 33
1.11. OP-Bereich (AOZ & ZOP) 33
1.11.1. Raumanforderungen AOZ-, ZOP & SDS-Bereich 34
1.11.2. Sectio-OP & Ablauf Kreissaal - ZOP 37
1.11.3. Same-Day-Surgery-Konzept 37
1.11.4. Klinik Flechsig 38
1.11.5. Erschließung & Patienteneinschleusung ZOP & AOZ/AOP 39
1.11.6. Zentrale Personalschleuse 40
1.11.7. ZOP/AOZ 40
1.11.8. Logistik/Lager/Fallwagenkonzept 41
1.11.9. Betten-Logistik OP und Stretcher-Reinigung im AOZ 42
1.11.10. Übrige Räume/OP-Infrastruktur 42
1.11.11. OP-Flowcharts 45
2.- 4. Obergeschoß 58
1.12. Tagesklinik Geriatrie (40 Plätze) 58
1.13. Stationen 63

1.13.1. Spezifische Themen Station Flechsig 63
1.13.2. Stationskubatur 64
5. Obergeschoß 66
1.14. Palliativstation 66
1.15. Onkologische Ambulanz 69
1.16. Chefarzt-Bereich 76
1.17. Hebammenpraxis 76
2. Anlagen 78
3. Abkürzungsverzeichnis 79

1. Betriebsorganisatorische Rahmenbedingungen und funktionale Aspekte zur Neubauplanung Haus 6

1.1. Zweck der Unterlage

Im Rahmen der Neubau-Planung des Hauses 6 des Städtischen Krankenhauses Kiel (SKK) fanden intensive Arbeits- & Nutzergespräche, Ortsbegehungen und Routinebegleitungen im klinischen Betrieb und Teilprojekt-Sitzungen statt.

Zusätzlich wurden Analysen zur Konzeptentwicklung für die OP-Bereiche, ZSVA (Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung)-/Fallwagen-, Endoskopie und Radiologie-Planungen durchgeführt. Diese Unterlagen, sowie die Grundrisse und das Standardraumprogramm Schleswig-Hostein sind als Anlage beigefügt.

Mit den nachfolgenden Beschreibungen und Übersichten werden die wesentlichen Planungsprämissen, die sich aus den o. g. Aktivitäten und Bauherren- & Nutzergesprächen entwickelten, sowie aus den Analysen und Protokollen ergeben haben, im Sinne einer Betriebsbeschreibung, zusammengefasst.

Die Unterlage soll als Grundlage für den weiteren Planungs- und Genehmigungsprozess des Neubaus Haus 6 dienen.

1.2. Übersicht Ebenen-Zuordnung der Stationen und Fachbereiche

Ebene	Fachbereiche/Stationen			
5. OG	CA-Bereich	Hebammen-Praxis	Onkolog. Ambulanz	Palliativstation 12 Betten
4. OG	Station M13 - 1. Med. Kardiologen 36 Betten			Station UCH 36 Betten
3. OG	Station M33 - 3. Med. Gastroenterologie 36 Betten			Station "Klinik Flechsig" 32 Betten
2. OG	Station GE 5/C3 Altertraumatologie 26 Betten			Geriatrische TK 40 Plätze
1. OG	AOZ 18 Plätze		ZOP/AOP 12 Säle	
EG	Radiologie		Praxis 1 Orth. & Unfallchirurgie	Praxis 2 Innere Med.
SG	Zentrallager/Logistik		Zentrale Umkleiden	ZSVA
KG	Technik Leichenwesen			

1.3. Raumprogramm/Standardraumprogramm Schleswig-Holstein

Zur Entwicklung der Raumprogramme wurden die Nutzer/innen befragt und auf dieser Basis Entwürfe erstellt, die mit den Nutzern/innen weiterentwickelt und als Grundlage für die weitere Bauplanung verwendet werden.

Die Struktur der Raumprogramme orientiert sich strikt am Standardraumprogramm Schleswig-Holstein (SRP S.-H.). Etwaige Abweichungen werden im Raumprogramm automatisch mitgeführt und sind für die weitere Planung zwingend explizit freizugeben.

1.4. Übergreifende Rahmenbedingungen & allgemeine Standards zur Planung des Neubaus

1.4.1. Zentrale Patienten-Aufnahme

- Die Zentrale Patienten-Aufnahme findet nicht im Haus 6 des SKK statt und ist daher in der Neubauplanung Haus 6 nicht zu berücksichtigen.

1.4.2. Zentrale Notaufnahme

- Die Zentrale Notaufnahme (ZNA) ist nicht Bestandteil des Neubau-Projektes Haus 6, befindet sich jedoch in der Umplanung und in der zukünftigen Struktur in unmittelbarer Anbindung an den Neubau.

  Die ZNA wurde daher bei der Neubauplanung funktional berücksichtigt. Der Notfall-CT und das Notfall-Röntgen wurden mit einer möglichst kurzen Zuwegung von der ZNA im Haus 8 (Stichwort Entfernung Schockraum/Notfall-CT) geplant. Die beiden Diagnostikräume CT & Röntgen sind zudem in der Gesamtradiologie vorgelagert verortet und separierbar, sodass sie außerhalb der Öffnungszeiten der Radiologie für den 24/7-Betrieb weiter zugängig bleiben, die übrige Radiologie aber für den öffentlichen Verkehr geschlossen ist.

1.4.3. Universelle Nutzung der Stationen

- Im Interesse der Flexibilität und Zukunftssicherheit sollen alle Stationen so standardisiert und so übereinstimmend wie möglich geplant werden. Die universelle Nutzung der Stationen bedingt zwingend eine übereinstimmende Grundstruktur (insbesondere bzgl. der Verortung von Nasszellen).

1.4.4. Standard Patientenzimmer

- Die im SRP S.-H. vorgesehene Fläche von Patientenzimmern i. H. v. 22 m² reicht aus, um für die stationäre Normalversorgung eine zeitgemäße und funktional adäquate Patientenversorgung und „Service“-Qualität zu gewährleisten.
- Mit Blick auf die Zunahme von Infektionspatienten und vor dem Hintergrund, dass das SKK über keine eigene Infektionsstation verfügt, werden pro Station die 4 Ein-Bett-Zimmer mit Kittelschleuse eingerichtet. Die Zwischentür der Schleuse wird mit einem Glasausschnitt ausgerüstet, damit die Schleuse nicht völlig dunkel ist. Im Patientenzimmer ist dann an der Tür für einen Abwurfplatz und in der Schleuse für

geschlossene und ergonomische Regalschränke für Einmalmaterial (Kittel, Mundschutz, Haube, etc.) zu sorgen.

- In den Patientenzimmern werden Versorgungsschränke als Handlager für pflegerisches Materialien vorgesehen.

1.4.5. Patienten-Aufenthalt

- Auf jeder Station werden je ein Patienten-Aufenthaltsraum mit einer Fläche gemäß der Vorgabe aus dem SRP S.-H. berücksichtigt.
- Die Verortung mit dem vorhandenen „Stadtblick“ wurde bewusst vom Architekten so gewählt, um in den Räumen eine Grundattraktivität herzustellen.

1.4.6. Standard Nasszellen und Stationsbad

- Pro Patientenzimmer sind **behindertenfreundliche Nasszellen** mit ca. 5 m² Nutzfläche (NF) vorgesehen.
- Pro Station erhält eines der Patientenzimmer eine **behindertengerechte Nasszelle** mit ≥ 10 m² NF, die mit einer 2. Tür zum Stationsflur ausgestattet wird (gegenseitige Verriegelung) und **multifunktional auch als behindertengerechtes Stationsbad** genutzt werden kann. Das Stationsbad wird nur selten genutzt, wenn jedoch der Bedarf besteht, ist die Verfügbarkeit eines Stationsbades sehr wichtig. Es ist geklärt, dass diese Lösung aus hygienischer Sicht realisierbar ist. Lediglich auf der Unfallchirurgischen (UCH)-Station im 4. Obergeschoß (OG), wo eine solche Lösung aus bauplanerischen Gründen nicht einfach realisierbar ist, ist ein eigenes Stationsbad vorgesehen.

  Anmerkung: Für ein behindertengerechtes Stationsbad ist eine Fläche i. H. v. 10 m² erforderlich, weil hier 2 Pflegekräfte mit zumeist multimorbiden und/oder adipösen Patient/innen ausreichend Bewegungsraum benötigen. Das SRP S.-H. sieht pro Station 0,5 Stationsbad vor.

1.4.7. Wahlleistungs-, Privat-Patient/innen & ISO-Patient/innen

- Da im SKK keine eigene Wahlleistungsstation vorgesehen ist, werden Wahlleistungs- und Privatpatient/innen auf den Stationen „eingestreut“ versorgt.
- Je Station wird ein reines Einzelzimmer und drei Einbettzimmer mit optionaler Zwei-Bett-Nutzung geplant, die – neben der Nutzung als Isolations- (ISO) Zimmer - für die Belegung mit Einbett-Wahlleistungen genutzt werden können.

1.4.8. Stations-Stützpunkte

- Auf einer Ebene werden die jeweiligen Stationsstützpunkte der beiden Bereiche/Stationen nebeneinander verortet und funktional miteinander so verzahnt, dass bei Bedarf die gegenseitige personelle Unterstützung möglich ist (Synergieeffekte, Nachtdienste, Flächeneffizienz).
- Die Pflegestützpunkte sind Eingangs-nah verortet (Portalfunktion für die Station), um das Stationsgeschehen möglichst übersichtlich im Blick behalten zu können.

- Am vorgelagerten Tresen sind 1 - 2 Wechsel-Arbeitsplätze und als Back Office Pflege 2 Wechsel-Arbeitsplätze separiert vorgesehen.
- Der Arbeitsraum rein (ARrein) und der Untersuchungs- und Behandlungsraum (U+B-Raum) befinden sich in unmittelbarer Nähe.

1.4.9. Sozial- und Besprechungsraum Stationen

- Die Sozialräume sollen als Personalaufenthalt mit Schließfächern und Teeküche ausgestattet sein.
- Da die Sozialräume auch als Besprechungsräume für Stationsübergaben, Abteilungsbesprechungen etc. genutzt werden, ist vorgesehen, dass jede Station einen eigenen Sozial- und Besprechungsraum erhält, der an den jeweiligen Stützpunkt andockt.

1.4.10. U+B-Räume Stationen

- Die U+B-Räume auf den Stationen sind Stützpunkt-nah verortet.
- Patient/innen werden in den U+B-Räumen z. T. auch in den Betten untersucht. Die Räume müssen daher bettengängig sein und gleichzeitig eine Liege aufnehmen können.
- In den U+B-Räumen wird je ein Waschbecken benötigt und je nach Abteilung zusätzlich EKG, Sonographie und EEG. Zusätzlich sind Notfallwagen unterzubringen und es soll Bewegungsraum zur Reanimation vorhanden sein. Darüber hinaus müssen die Räume Betten-gängig sein, d. h. es soll möglich sein, den Patienten im Patientenbett zu untersuchen ohne dafür die Liege aus dem Raum räumen zu müssen.

  Aus diesem Grund sind die Flächen für **U+B-Räume mit ≥ 16 m²**, größer als im SRP S.-H. angegeben, ausgelegt. Im SRP S.-H. werden lediglich 12 m² vorgesehen.

1.4.11. Wäsche-Wagen, Visiten-Wagen, Notfallwagen auf Station

- Für **2 Visitenwagen** pro Station sind „Parkplätze“ im Bereich Stützpunkt/Back Office Pflege zu berücksichtigen, die auch als zusätzliche flexible ggf. auch als Steh-Arbeitsplätze genutzt werden können.
- Für die **2-3 Wäschewagen** (Maße Wagen:140 x 60 cm/Nische 200 x 80 -100 cm) werden ‚Parknischen‘ auf den Stationsfluren vorgesehen.
- Für den **Notfallwagen** ist pro Station eine ‘Parknische‘ in den U+B-Räumen vorgesehen.

1.4.12. Rohrpost

- Rohrpostanlagen werden häufig und insbesondere für den Transport von Blutproben aus der Station in das Labor verwendet.
- Mit Blick auf den hohen Anfall an Blutproben von den Stationen, der Tagesklinik und insbesondere der Onkologischen Ambulanz ist eine **Rohrpostanbindung des Neubaus dringend zu berücksichtigen**.

1.4.13. Speisen- & Getränkeversorgung

- Die **Speisenversorgung** im SKK erfolgt, wie üblich, zentral als **Tablett-Versorgung**.

  Gemäß der DIN Norm 10508 „Lebensmittelhygiene – Temperaturen für Lebensmittel“ ist ein Warmhalten von Lebensmitteln bei einer konstanten Temperatur von 65° C für max. 2 Stunden möglich. Ein Wiedererwärmen in Mikrowellen kann nur erfolgen, wenn zwischenzeitlich korrekt und lückenlos gekühlt wurde.

  Daher sind die Lagerung außerhalb der Warmhaltewagen und ein zweites Erwärmen auf den Stationen aus hygienischer Sicht grundsätzlich nicht zulässig.

- Benutzte Essenstabletts können bis zum nächsten Abtransport von Warmhaltewagen in einem verschließbaren Wagen in der Teeküche aufbewahrt werden.
- Bis auf die Tagesklinik Geriatrie (TK Geriatrie) und die Station C3/G5 sind keine zentralen Speiseräume vorgesehen, d.h. die Speisenversorgung erfolgt in den Patientenzimmern.
- Für die Station C3/G5 wird ein Aufenthaltsraum/Wohnen für **alterstraumatologische Patienten**, inkl. einer kleinen Pantry zur Verfügung gestellt, die für eine Patienten-Anzahl von 15-20 Patienten ausgelegt ist.

  Gemäß SRP Geriatrie S.-H. wird ein Patientenaufenthalt/Speiseraum für eine Geriatrische Station mit 24-26 Betten 50 m², sowie eine Therapieküche Kochgruppe/Hauswirtschaftstraining bei gleicher Dimension von 20 m² und ein Besucherraum von 18 m² vorgesehen. Da für den Neubau Haus 6 alle Bereiche zu einem Raum mit multifunktionaler Nutzung vorgesehen wird, wird der Raum insgesamt mit einer Flächendimension von 90 m² geplant. Zudem ist eine ausreichende Rangierfläche für die multimorbiden Patienten mit Rollatoren/Rollstühlen und ggf. in Begleitung mit 1-2 Mitarbeiter/innen notwendig.

- Trinkwasserspender sind im SKK aus hygienischen Gründen grundsätzlich nicht vorgesehen. Daher werden **Getränke auf den Stationen** vorgehalten. Die Lagerung von Getränkekisten darf aus hygienischen Gründen auch nicht auf dem Fußboden und ebenso auch nicht in einer Tee-, oder Stationsküche erfolgen. Um die Lagerung auf den Fluren zu vermeiden, sind daher **eigene Getränkelager** pro Station/Funktionseinheit vorgesehen. Für die Dimensionierung der Lagergröße wurde folgender Kalkulationsansatz verwendet:

2 Flaschen pro Patient/pro Tag	= 80 Flaschen pro Tag
+ Reserve + Angebotsvielfalt	= 120 Flaschen pro Tag
+ Leergut von 120 Flaschen	= 240 Flaschen pro Tag
Summe	= 20 Kisten/Tag

  Die Getränkelieferung erfolgt alle 2 Tage und an den Wochenenden und Feiertage muss der Vorrat für ≥ 3 Tage ausgelegt werden = ≥ 60 Kisten

20 Stapel á 3 Kisten übereinander (möglichst nicht höher) mit den Maßen 30 x 40 cm ergibt eine kalkulatorische Stellfläche i. H. v. 2,4 m². Inklusive Rangier- und Arbeitsfläche werden somit 6-8 m² benötigt. Die Verortung der Getränkelager ist in der Nähe der Teeküchen.

1.4.14. Ver- und Entsorgung/Lagerkonzept auf Station

- Auf den Stationen und in den Funktionsbereichen sind Ver- und Entsorgungsflächen in Anlehnung an das SRP S.-H. vorgesehen.

  Aufgrund der **IST-Bestandsaufnahme** und in Ergänzung zu den **hygienischen Anforderungen** sind im Neubau jedoch nach Materialart separierte Lagerhaltungen zu berücksichtigen. Daraus ergeben sich u. a. separate Lagerräume für die Wäsche- und Getränkelagerung, die jedoch im SRP S.-H. bisher nicht aufgeführt wurden, jedoch aus o. g. Gründen erforderlich sind.

- Grundsätzlich ist keine verteilte, sondern eine **zentrale Lagerkonzeption** auf der Station vorgesehen. Aus diesem Grund ist ein Standard-Lagerkonzept für alle Stationen realisiert, das alle erforderlichen Flächen und die Trennungen nach Lagerarten pro Station mit zentralen Räumen abbildet.

- Der **zentrale Versorgungsraum** ist Wege-optimiert von beiden Flurspangen der Patientenflure aus begehbar.

  Das SRP S.-H. sieht für die Versorgungslager von Stationen 9 m² vor. Aufgrund des bestehenden und im Rahmen der Planung evaluierten Flächenbedarfes (Stationsbegehungen, Ermittlung Materialien, Nutzergespräche, etc.) ist jedoch pro Station, je nach Gebäudeflügel eine Fläche i. H. v. 15 – 18 m² vorgesehen.

- Die Flächen des **Gerätelagers** und der **Abstelllager** entsprechen dem SRP S.-H. Hier ist jedoch eine strikte Trennung erforderlich, da beispielsweise auch wischdesinfizierte Toilettenstühle nicht gemeinsam mit Infusionspumpen im Gerätelager gelagert werden können. Gereinigte Toilettenstühle dürfen aber auch ebenso nicht im ARunrein gelagert werden.

- Die **zentrale Wäschelagerung** erfolgt in einem Lagerraum von 6m ² auf den Stationen. Die Lagerung der Wäsche erfolgt aus hygienischen Gründen bewusst in einem separaten Raum. Wäscheschränke auf den Stationsfluren wurden nicht weiterverfolgt, da u. a. die hohe Quote von defekten Türen von den Nutzern/innen aus Erfahrung als nicht vorteilhaft betrachtet wird.

- Gemäß SRP S.-H. ist pro Station ein **Entsorgungsraum** mit einer Fläche i. H. v. 9 m² vorgesehen. Zur Verschlankung der späteren Logistik ist ein zentraler Entsorgungsraum pro Ebene, d. h. pro 2 Stationen ein Raum für die Entsorgung, nahe des Aufzuges mit je 16m² geplant.

- Gemäß SRP S.-H- ist pro Station ein Putzmittelraum mit einer Fläche i. H. v. 6 m² vorgesehen. Auch hier ist aus Gründen der Flächeneffizienz und Synergieeffekte ein zentraler Putzmittelraum pro Ebene, d. h. pro 2 Stationen, mit je 9 m² vorgesehen.

- Grundsätzlich ist pro Station ein **Arbeitsraum unrein** (ARunrein) eingeplant. Aufgrund der Größe der Stationen ist ein kleinerer **2. ARunrein** mit Steckbeckenspüle vorgesehen, um den Kapazitätsanforderungen gerecht werden zu können und lange Personalwege (dann auch noch mit genutzten Steckbeckenspülen über die Flure) zu vermeiden.

1.4.15. Bettenreinigung/Bettenholding (reine Betten/unreine Betten)

- Die Bettenreinigung erfolgt im SKK nicht zentral, sondern jeweils auf den Stationen im Zimmer. Aus hygienischer Sicht ist dies machbar, wenn eine entsprechende Arbeitsanweisung für die Bettenaufbereitung in den Patientenzimmern existiert, die klare Regelungen zum Umgang definiert (Reinigung nicht während einer Patienten-Behandlung, nicht während des Essens, etc.).
- Pro Ebene, d. h. pro 2 Stationen, ist eine **Betten-Holding „reine Betten“** in einer optisch trennbaren Nische am Eingangsbereich, mit je 3-4 Plätze vorgesehen.

1.4.16. Umkleiden/Zentrale Personalumkleiden

- Im Neubau Haus 6 sind **zentrale Personalumkleiden** mit **Wäscheausgabeautomaten** und **Rückgabeautomaten** im Sockelgeschoß (SG) vorgesehen, die mit nichtpersonalisierter Personalwäsche organisiert werden soll.
- Die zentrale Personalumkleide soll auch von den **Mitarbeiter/innen der Klinik Flechsig** mitgenutzt werden.
- Die **Mitarbeiter/innen der Praxen** werden sich ebenfalls in der zentralen Personalumkleide und/oder, soweit überhaupt erforderlich, in ihren Praxis-Flächen oder in der zentralen OP-Schleuse umkleiden.
- Unter Berücksichtigung der **Arbeitsstätten-Richtlinie** (ASR) für Umkleideräume sind pro Mitarbeiter/in eine Fläche von etwa 0,45 m² zu berücksichtigen. Bei der Planung werden 0,55 m² pro Mitarbeiter/in eingeplant, womit die Nasszellen und Duschen anteilig inbegriffen sind.
- Zusätzlich werden laut ASR bei mehr als 100 Mitarbeitern/innen pro Umkleideraum separate **Ein- und Ausgänge** benötigt, die in der Planung berücksichtigt werden.
- Das SKK beabsichtigt **Spinde** mit den Maßen 0,4 x 0,6 Mtr., aufgeteilt in zwei separat schließende Fächer, 1/3 für ‚weiße Wäsche‘ und 2/3 für ‚Straßenkleidung‘, anzuschaffen. Diese Spinde sind bereits im Westflügel des SKK vorhanden und beinhalten einschiebbare Hocker, damit auf Sitzbänke verzichtet werden kann und Flächeneffizienz gewonnen wird.
- Zur Rückgabe der Personalwäsche werden **Rückgabeautomaten** benötigt. Die Verortung des Rückgabeautomaten ist an den Ausgängen der Personalumkleiden vorgesehen, damit das Personal beim Verlassen der Umkleiden die Bekleidung auf direktem Wege entsorgen kann.

  Aus den Erfahrungen von der Personalumkleide im Westflügel des SKK werden mehr als ein Abwurfcontainer pro Rückgabeautomat benötigt. Aus diesem Grund

werden für den Neubau Haus 6 drei Abwurfcontainer eingeplant (zwei Container für reguläre Rückgabeteile und zur Qualitätsoptimierung ein dritter Container für fehlerhafte Personalkleidung, z. B. Defekte). In einem Abwurfcontainer können 80-120 Bekleidungsteile gesammelt werden. Ein **konsequenter Austausch** der Abwurfcontainer verhindert ein Überlaufen. Für den Rückgabeautomaten mit drei Abwurfbehältern ist die erforderliche Fläche von mindestens 3,5 x 1,1 Mtr. berücksichtigt.

- Zur **Dimensionierung** der zentralen Personalumkleiden und der Anzahl der Spinde (w/m) wurden die vorhandenen Flächen unter Berücksichtigung der o. g. Restriktionen berechnet. Im Ergebnis können voraussichtlich 400 Spinde untergebracht werden. Die Geschlechterverteilung ist dabei 1/3 männlich und 2/3 weiblich und orientiert sich an den vorhandenen Personalumkleiden im Westflügel des SKK.
- Ein Lager für die **Anlieferung/Abholung** der Personalbekleidung durch externe Lieferanten ist für den Neubau Haus 6 nicht relevant, sondern wird als Interimslösung im Bestandsgebäude organisiert.
- Anmerkung: Ob je ein oder zwei Rückgabe- und Ausgabe-Schalter eingerichtet werden sollen, ist noch SKK-intern festzulegen. Dies hat Flächen- und damit auch Kapazitätseinfluss. Bei 2 Rückgabe- und 2 Ausgabe-Automaten wäre die Anzahl der Mitarbeiter/innen für die Wäscheversorgung, aber auch für die Umkleide zu reduzieren.

  Zur Aufnahme der Auslastung der Wäscheausgabe- und Rückgabeautomaten wurden an repräsentativen Tagen (Donnerstag, den 07.11.2019 13:30-15:00 Uhr und Montag, den 18.11.2019 von 05:30-07:00 Uhr) eine Stichprobe des Gleichzeitigkeitsfaktors an den Wäscheausgabe- und Rückgabeautomaten im Westflügel erhoben.

  Der Gleichzeitigkeitsfaktor an den Wäscheausgabeautomaten lag maximal bei 2 Personen und bei den Rückgabeautomaten maximal bei 4 Personen, wobei sich die Wartezeit der einzelnen Wartenden zu keinem Zeitpunkt länger als eine Minute betrug, siehe folgende Abbildungen:

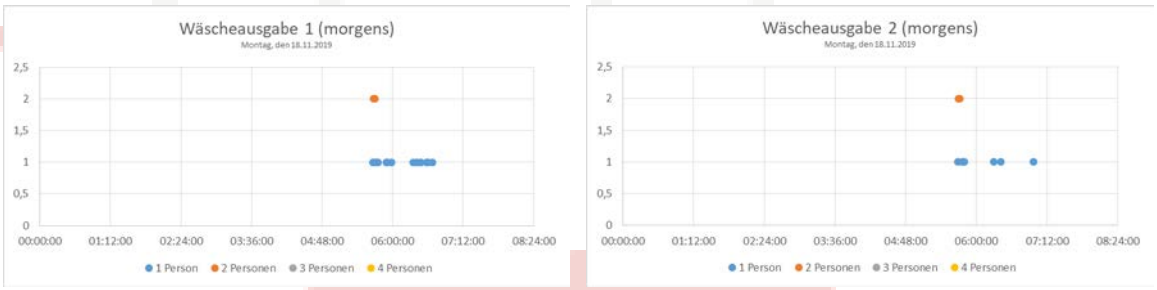
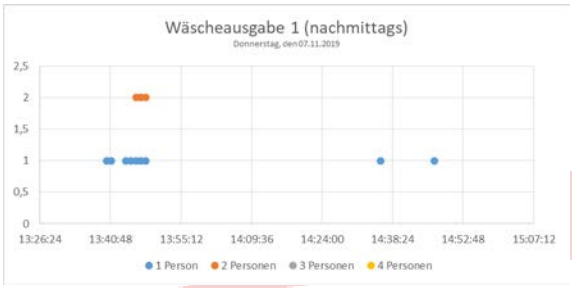


Abbildung 1+ 2: Wäscheausgabe 1 (morgens) mit maximal 2 Personen gleichzeitig



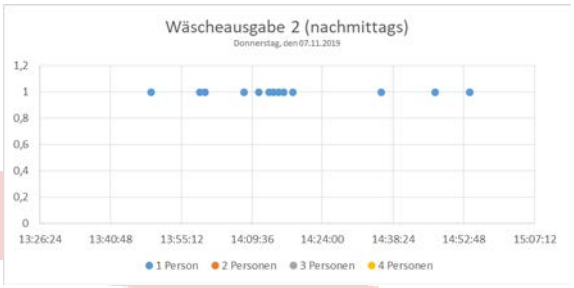
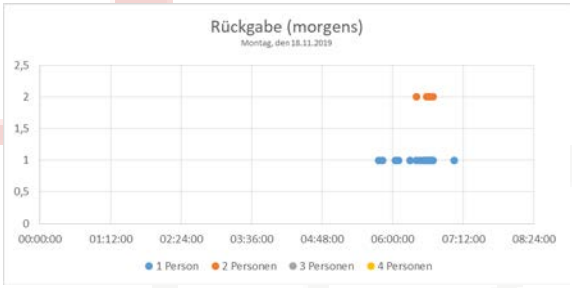


Abbildung 3+4: Wäscheausgabe 1 (nachmittags) mit maximal 1-2 Personen gleichzeitig



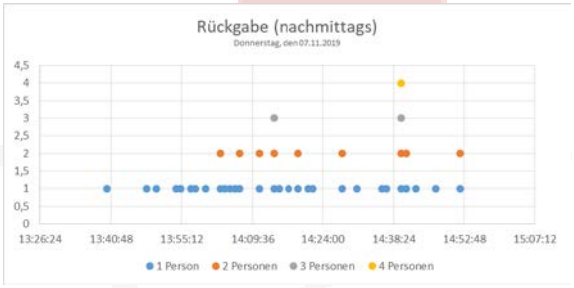


Abbildung 5+6: Rückgabeautomat (morgens) mit maximal 2-4 Personen gleichzeitig

Im Westflügel des SKK wurden pro Mitarbeiter/in Ø 2,5 - 3 Kleidungsstücke/Tag für den **Wäsche-Ausgabeautomaten** berechnet, um eine ausreichende Anzahl an Bekleidungsstücken auch an Wochenend- und Feiertagen vorrätig zu haben. Gemäß ersten beispielhaften Raumkonzepten ist auf der vorgesehenen Fläche von 50 m² ein Wäscheautomat mit 2 Ausgabestellen mit bis zu 2.100 Kleidungsstücke realisierbar. Daraus würden sich für die Versorgung für 400 Mitarbeiter/innen mit 5,25 Kleidungsstücken/Mitarbeiter/in ergeben. Sollten seitens SKK die Kleidungsstücke auf 2,5 – 3 Kleidungsstücke/MA (s. o.) definiert werden, würde sich eine Dispositionsfläche ergeben, die dem Handling im Raum sinnvoll zugutekäme.

Die Detailplanung ist im Rahmen der Ausführungsplanung vorgesehen.

1.4.17. Duschen in der Zentralen Umkleide

- Die Anzahl der **Duschen in den Personalumkleiden** soll wegen der erfahrungsgemäß geringen Nutzung so gering wie möglich ausfallen (siehe Erfahrungen Westflügel SKK). Die Anzahl der Duschen orientiert sich daher an der Genehmigungsfähigkeit gemäß Krankenhaus-Bauordnung, und/oder den im SKK angewendeten Arbeitsstättenrichtlinien (ASR).
- Gemäß ASR wird nach Kategorien A bis C nach Verunreinigungsgrad der Tätigkeiten unterschieden. Bei Kategorie A werden keine Duschen benötigt.

  Darüber hinaus unterscheidet die ASR auch nach dem Gleichzeitigkeitsfaktor.

  Bei Anwendung der Kategorie B „Stark schmutzige Tätigkeiten“ müssten selbst bei geringer Gleichzeitigkeit für bis 100 Mitarbeiter/innen 4 Duschen und je +30 Mitarbeiter/innen jeweils eine weitere Dusche eingeplant werden, also für z. B. 300 Mitarbeiter/innen 10 – 11 Duschen.

Bei Anwendung der Kategorie C "Vorlegen gesundheitlicher Gründe" müssten bei geringer Gleichzeitigkeit für bis 100 Mitarbeiter/innen sogar 10 Duschen und je +30 Mitarbeiter/innen zwei Duschen eingeplant werden, also bei z. B. 300 Mitarbeiter/innen 16 – 17 Duschen.

Da die Bereiche (z. B. OP, ZSVA) über eigene Umkleiden mit zugänglichen Duschen verfügen, kann für die Zentralen Umkleiden aus ASR-Sicht durchaus die Kategorie A angewendet werden. Aus Hygienesicht wird jedoch erfahrungsgemäß für die Umkleiden die leichte zugängliche Verfügbarkeit von Duschen erwartet. Insofern sollen in den Umkleiden in jedem Fall Duschen, aber in nur geringer und noch final mit der Arbeitssicherheit und der Hygiene des SKK abgestimmter Anzahl vorgesehen werden.

1.4.18. Schuhreinigung

- Grundsätzlich gilt das Prinzip, dass die Schuhreinigung aus folgenden Gründen so nah wie möglich am Gebrauchsort erfolgen soll:
  - Hygiene/Keimverschleppung
  - Vermeidung von unnötigen Transporten
  - Vermeidung von Vermischung (und Sortieraufwand) Herren- & Damenschuhe
- Die **OP-Schuhe** werden direkt am OP getrennt in der Damen- und Herren-Umkleide zwischen „unrein" und „rein" mit eigenen Schuhwaschmaschinen und eigener interner Logistik gereinigt und bleiben somit direkt im OP-eigenen Kreislauf.
- Die **Schuhe ZSVA** werden in den Großraumwaschmaschinen der ZSVA gewaschen.
- Die **Schuhe Endoskopie-Aufbereitung** werden ebenfalls in der Großraumwaschmaschine der ZSVA, und/oder der Endoskopie-Aufbereitung gewaschen.

1.4.19. Raumplanung Chefärzte/innen, Chefarzt-Sekretariate und leitende Oberärzte/innen

- Die Büros der Chefärztinnen/ärzte (CÄ/CA) inkl. Sekretariaten, sowie die Büros für leitende Oberärzte/innen (OÄ/OA) sind in der Neubauplanung Haus 6 nicht zu berücksichtigen, da die bestehende Verortung der Räume durch den Neubau nicht direkt betroffen und somit geregelt sind.
- Ausnahmen hierzu bilden die Radiologie im Erdgeschoss (EG) und der Chefarzt-Bereich im 5. Obergeschoss (OG).
- In der Radiologie wurden die CA-Räume und OA-Räume berücksichtigt.
- Im Chefarzt-Bereich werden ein CÄ/CA-Büro, ein Sekretariat und ein leitendes OÄ/OA-Büro in der Infrastruktur vorgehalten.
- Auf der Palliativstation wurde zudem aufgrund der erforderlichen örtlichen Präsenz ein OÄ/OA-Büro mit 2 Arbeitsplätzen auf der Station berücksichtigt.

1.4.20. Raumkonzept Dienstarbeitsplätze im Neubau Haus 6

- Für den Neubau wurden z. T. Standards festgelegt und die Anzahl und Verortung wie folgt definiert:

ORT	Funktion	AP	Anmerkung
Alle Stationen (2. OG bis 5. OG)	Schwesterndienst-platz, Tresen	2	Pro Ebene soll die Verortung so erfolgen, dass beide Stützpunkte unmittelbar aneinandergrenzen
	Dienstzimmer Pflege	2	
	Ärztlicher Dienst 1	1-2	
	Ärztlicher Dienst 2	1-2	
Kernbereich pro Etage	Bereitschaftszimmer Arzt	1	Verortung vor der Station
	Teamleitungsbüro	1	2 Teamleitungen in 1 Büro
	Pflegediagnostiker/in (CM)	1	
	Codierer/in (CO)	1	
Onkologische Amb./Palliativ (Ausnahme)	Teamleitungsbüro 1 Ambulanz	1	Verortung vorgelagert/außer-halb der Ambulanz
	Teamleitungsbüro 2 Station	1	Verortung vorgelagert/außer-halb der Station
	Abrechnungsbüro Ambulanz	1	Auf der Ebene 5 ist kein CM er-forderlich
OP	OP Teamleitungsbüro	3	
	OP Koordinator/ Leitender Anästhesist	2	
	OP Manager	1	
	OP Bereichsleitung	1	Inkl. Fläche für Besprechungen bis 5 Personen
	Bereitschaftszimmer Pflege	3	Außerhalb des reinen OP-Flures
	Bereitschaftszimmer Ärzte	2	Verbleibt in der INO
	Amb. OP-Zentrum	2-3	Inkl. Diktat-Plätze
	Besprechungsraum		Sitzung mit max. 36 Personen (AOZ+ZOP), Integration im Auf-enthaltsraum
	Ruheraum		Dringend erforderlich
	AD	1	Zusätzlich, aufgrund Geburten-entwicklung. Noch nicht mit Ge-schäftsführung geklärt.
	Pflege	1	Zusätzlich, aufgrund Geburten-entwicklung. Noch nicht mit Ge-schäftsführung geklärt.

Tabelle 1: Raumplanung Arbeitsplätze & Bereitschaftszimmer im Haus 6 (Stand 06.03.2019) (Quelle: SKK)

1.4.21. Raumplanung Arbeitszimmer/Bereitschaftszimmer

- Pro Station wurden 2 **Facharzt-/Arzt-Büros** mit je 2 Arbeitsplätzen vorgesehen, ggf. je nach Größe auch mit 3 Arbeitsplätzen, die gemäß SRP S.-H. vorgesehen sind.

- In der **Onkologischen Ambulanz** sind die **Sprechstunden-Zimmer** alle für die flexible Nutzung als Sprechzimmer mit 1 Arbeitsplatz und Liege, aber auch als Büros mit einer Fläche von 16 m² und 2 Arbeitsplätzen zu planen und technisch auszustatten. Die finale Festlegung inwieweit die Räume als Sprechzimmer, als Shared-Desk-Büros oder als personalisierte Arztzimmer genutzt werden, erfolgt erst zur Inbetriebnahme.
- In der **Radiologie** ist für den leitenden OA/die leitende OÄ ein Einzelraum vorgesehen, ansonsten sind Oberarzt-Räume mit 2 Arbeitsplätzen vorzusehen.
- Pro Ebene sind **Arzt-Bereitschaftszimmer** individuell verortet.

1.4.22. Raumplanung Teamleitungen

- Für die Teamleitungsbüros Pflege sind pro Station 0,5 Räume, d. h. für 2 Stationen 1 Raum mit je 2 Arbeitsplätzen pro Ebene geplant.

1.4.23. Raumplanung Care Management & Controlling

- Regelhaft werden pro Geschossebene je 1 Arbeitsplatz für CM (Pflegediagnostik) und 1 Arbeitsplatz CO (Codierung/Controlling) benötigt, sodass pro Ebene 2 Räume mit je 1 Arbeitsplatz einzuplanen sind. Für die 5. Geschossebene wird nur 1 Arbeitsplatz CO benötigt, da das CM für die Palliativstation nicht vorgesehen werden braucht.

1.4.24. Raumplanung Physiotherapie & Sozialdienst

- Für die stationären **alterstraumatologischen Therapien** werden entsprechend Physiotherapie-Räume vorgesehen, um die Anforderungen zur stationären Physiotherapie umsetzen zu können. Bei Bedarf können die Räumlichkeiten der Tagesklinik Geriatrie zusätzlich mitgenutzt werden, jedoch ist die Nutzung von ambulanten Patienten im stationären Bereich eher zu vermeiden.
- Im 2. OG ist des Weiteren ein Büro für den Sozialdienst vorgesehen, der primär für die Tagesklinik Geriatrie vorgesehen ist (siehe Punkt 1.12. Tagesklinik Geriatrie), aber auch zentral vom gesamten Haus als Anlaufstelle genutzt werden kann.
- Im 4. und 5. OG ist jeweils ein weiterer Therapieraum für Einzel-Physiotherapie vorgesehen.

1.4.25. Personal-WC

- Die Personal-WCs sind im SRP S.-H. mit einer Fläche von je ca. 3 m² vorgesehen und werden je nach Flächenressourcen überwiegend mit leichten Abweichungen realisiert.

Sockelgeschoß

1.5. ZSVA & Endoskopie-Aufbereitung

Die **ZSVA- und Endoskopie-Aufbereitung** werden als eigenständige Einheiten innerhalb einer gemeinsam genutzten Infrastruktur geplant. Die Separierung ist insbesondere erforderlich um

- Querungen der Endoskope-Logistik im reinen Bereich der ZSVA zu vermeiden
- kurze Logistikwege abzubilden und um
- Prozessstabilität und –qualität

durch zwei fachlich spezialisierte Teams (ZSVA-Team und Endoskope-Team) sicherzustellen.

1.5.1. Allgemeines zur Infrastruktur der ZSVA und Endoskopie-Aufbereitung

- Der ZSVA-Bereich ist durch Bereichstüren zugangsbeschränkt.
- Das ZSVA Leitungsbüro ist bewusst außerhalb der ZSVA vorgesehen, da Außenkontakte und Mitarbeitergespräche so besser zu organisieren sind.
- Der reine Bereich der ZSVA ist mit der gleichen Raumklasse (d. h. 1b) geplant, wie die OP-Säle bzw. der OP- & Rüstflur im 1. OG.
- Bypass-Funktionen (z. B. durch den Personalaufenthaltsraum) sollen so weit möglich vermieden und eine strikte Trennung von unreinen und reinen Wegen und Prozessen sichergestellt werden. Daher werden in dem Personalaufenthaltsraum im reinen Bereich Durchreiche-Schließfächer für mitgebrachte Taschen und Wertsachen des Personals vorgesehen, jedoch keine Tür zwischen Flur und Aufenthaltsraum.
- Um den **Hygieneanforderungen** insgesamt gerecht zu werden, sind jeweils für den unreinen, als auch für den reinen Bereich eigene Entsorgungsräume, Putzmittelräume (Pumi) und Umkleiden bzw. Personalschleusen vorgesehen. Zwischen Flur und Pumi-Raum ist eine Durchreiche vorgesehen, um die Materialversorgung in den reinen Bereich zu ermöglichen, jedoch auch hier kein Bypass für Personal (mittels normaler Tür) entsteht.
- Für die Mitarbeiter/innen, die in dem unreinen Bereich der ZSVA und der Endoskope-Aufbereitung tätig sind, ist in naher Umgebung ein **interdisziplinärer Personalaufenthaltsraum** im Bereich Logistik eingeplant. Damit wird ermöglicht, dass sich das Personal der unreinen Seite (ZSVA und Endoskopie-Aufbereitung) nicht extra einschleusen muss, um den Personalaufenthaltsraum nutzen zu können.
- Aus Effizienz- und Logistik-Gründen ist derzeit nicht vorgesehen, dass sich die **ZSVA-Mitarbeiter/innen (reiner Bereich)** 2x umkleiden, d. h. 1x in der zentralen Umkleide in Weiß und anschließend nochmals in der **Personalschleuse reiner Bereich**, auch wenn der Prozess aus Sicht der Hygiene zu bevorzugen wäre (Stichwort: Raucher-

pausen oder z. B. Besuche in die Cafeteria nicht in grüner Funktionskleidung). Zwischen beiden Personalschleusen ist eine Unisex-Dusche (gegenseitig verriegelbar) vorgesehen.

- Das Personal (reiner Bereich ZSVA) kleidet sich in grüner Bereichskleidung und Extra-Bereichsschuhen an (Bekleidung wie im OP).
- Das **Personal (unreiner Bereich)** wechselt von der Zentralen Umkleide bis zur Unisex-Ankleide in Bereichskleidung (weiß/rosa) inkl. eigener (Bereichs-)Schuhe und zieht in der Unisex-Ankleide die (gelbe) **Schutzausrüstung** (Einmalkittel, Mundschutz, Handschuhe, Schutzbrille) an. Der Schuhwechsel findet dann unmittelbar vor dem Betreten des unreinen Bereiches statt.

  Nach **Verlassen des unreinen Bereiches** ist das Abwerfen der Schutzausrüstung inkl. Schuhe(!) aus Hygienegründen unmittelbar am unreinen Bereich erforderlich (d. h. dort müssen dann die eigenen Schuhe zwischengelagert werden).

  Aus diesem Grund sind direkt vor/am unreinen Bereich je ein "reines" und ein „unreines" Schuhregal sowie ein Abwurf vorgesehen, wo saubere Schuhe bereitgestellt und genutzte Schuhe zwischengelagert oder in den Abwurf geworfen werden können.
- Die **Schuhreinigung** des gesamten Personals der ZSVA- und der Endoskopie-Aufbereitung erfolgt in der Fallwagen-Waschmaschine der ZSVA. Eine separate Schuhwaschmaschine ist damit nicht erforderlich.
- Über den reinen Bereich der ZSVA werden **die gereinigten Schuhe** in die Personalschleusen und auch in die o. g. Unisex-Ankleide transportiert.

1.5.2. ZSVA/Sterilgut-Aufbereitung

- Der vordere Bereich der ZSVA „**Annahme ZSVA unrein**", „**Unreiner Bereich Waschen**" und die Beladung der Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (RDG) sind aus funktionalen und aus hygienischen Gründen so geplant, dass Kreuzungen und Berührungen vermieden werden.
- Es ist eine Durchreiche/Schleuse für unzureichend gereinigtes und aussortiertes Sterilgut vom Bereich „Packen" hin zum „Unreinen Bereich Waschen" vorgesehen.
- Eine separate Personalschleuse zwischen den Bereichen „Unreinen Bereich Waschen" und „Packen" wurde im Laufe des Planungsprozesses verworfen, da Querschleusungen nicht sinnvoll sind. Es sind somit grundsätzlich die Personalschleusen zu nutzen.
- Das „**Cockpit ZSVA**" ist mit großer Fensterfläche und mit Sicht zum Packraum hin ausgerichtet.
- Der **Packbereich** soll so konzipiert werden, dass die Packtische quer zu der RDG-Reihe und damit in Sichtflucht zum Cockpit ZSVA gestellt werden.
- Grundsätzlich sind wie bisher im SKK **Weichverpackungen** vorgesehen.

- Die Packtische sollen alle universell eingesetzt werden, d. h. an allen Tischen soll gepackt werden können. Eine **Schrankfläche für Nachlege-Reserve** ist im Packbereich vorgesehen.
- Ein **Schweißtisch** ist - dem Prozessweg angelehnt - hinter der Packzone und mit ausreichender Entfernung von Hitzeentwicklungen der RDG verortet.
- Zwischen den Bereichen „Packen“ und „**Sterilgutlager**“ ist (durch das Hygiene-Institut bestätigt) keine Schleuse erforderlich, da in beiden Bereich die gleiche Reinraumklasse besteht.
- Grundlage für die **technische Ausstattung** ist folgendes Mengengerüst, das in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Herstellern ermittelt wurde. Details hierzu können der **Anlage „Kapazitätsberechnung ZSVA & Fallwagen-Konzept“** entnommen werden:
  - 6 RDG (plus 2x Planungsreserve)
  - 1 Wagen-Waschmaschinen plus 1x Planungsreserve
  - 10 Packtische
  - 1 Schweißtisch
  - 4 Sterilisatoren (9er-Höhe) plus 1x Planungsreserve
- Die **Chemie/Dosieranlage** ist aufgrund knapper Flächen mit ca. 18 m² im Kellergeschoß (KG) für etwa 10 Gebinde (pro Gebinde ein Gewicht, ca. i. H. v. 250 kg, d. h. insgesamt etwa 2,5 t) vorgesehen.

1.5.3. Endoskopie-Aufbereitung

- Die Endoskopie-Aufbereitung ist als **separate Einheit in der ZSVA** verortet. Aufgrund der Separierung kann die Logistik der Endoskope kreuzungsarm und gemäß den hygienischen Anforderungen umgesetzt werden.
- Die Ergebnisse aus der ZSVA-Teilprojektgruppe bezüglich der Endoskopie-Aufbereitung und die daraus erarbeiteten Prozesse, inkl. Flowcharts befinden sich in der **Anlage „Endoskopie-Aufbereitung“** und werden dort detailliert beschrieben.

1.6. Fallwagenlogistik

- Im Rahmen der Neubauplanung der ZSVA und dem Zentralen OP (ZOP) ist die Einführung eines Fallwagen-Konzepts zu empfehlen.

  Zum einen wird damit eine **zukunftsorientierte und effiziente Logistik,** u. a. mit hohen Standardisierungs- und damit verbundenen Kostenoptimierungseffekten, realisiert.

  Zum anderen stehen **im 1.OG nicht die erforderlichen Flächen zur Verfügung,** um die Lagerlogistik und OP-Vorbereitung in der herkömmlichen Form zu realisieren. Die Flächen werden vielmehr zwingend zur Realisierung der 12 OP-Säle, den Bereichen des Ambulanten OP-Zentrums (AOZ) und Same-Day-Surgery (SDS)-Bereich, sowie der Gesamtinfrastruktur benötigt.

- Soweit machbar wurden zum Fallwagenkonzept Referenzerfahrungen gesammelt und mit den Ergebnissen aus den OP-Teilprojektgruppen im SKK zusammengeführt. Eine detaillierte Beschreibung des Fallwagenkonzeptes befindet sich in der **Anlage „ZSVA Übersicht, Kapazitätsberechnung & Fallwagen-Konzept“**.

1.7. Wirtschafts- und Zentrallager

Gegenüber der IST-Situation wird mit der Realisierung einer zentralen Gesamtfläche den eigentlichen Anforderungen eines „Zentrallagers“ entsprochen.

Durch die Erschließung des Zentrallagers direkt vom Wirtschaftshof aus, wird eine Trennung der Warenanlieferung und der Warenströme vom Lager zu den Funktionsbereichen und Stationen des SKK, erreicht. Dadurch erfolgen die Entzerrung der Warenströme und die Vermeidung von Kreuzungen.

Folgende Raumbedarfe sind berücksichtigt:

- Zentrallager mit Kommissions-Kanzel (direkter Blick in das Lager),
- Leitungsbüro,
- Sekretariat,
- 2 Büros mit jeweils 2 Arbeitsplätzen,
- Büro Hol- und Bringedienst,
- Besprechungsraum (u. a. auch zur Nutzung von Tischtests)
- Interdisziplinärer Personalaufenthaltsraum (Nutzung von Lager, Hol- und Bringedienst, Mitarbeiter/innen des ZSVA-Bereiches unrein und Endoskopie-Aufbereitung.
- Eine Entsorgungsfläche/Entsorgungsraum innerhalb der geplanten Lagerflächen ist vorgesehen.

Um Optimierungspotentiale im Rahmen der Lager-Neukonzeptionierung im Neubau des SKK zu nutzen, werden im Zuge der weiteren Planung u. a. folgende Themenfelder berücksichtigt:

- Die Standardisierung und Produktharmonisierung und damit einen Reduzierung der Produktvielfalt.
- Die Erhöhung des Automatisierungs- und Digitalisierungsgrades, sowie die Ausweitung des KanBan-Systems.
- Die Verzahnung/der Abgleich mit der Logistik der Apotheke, insbesondere der Medical-Produkte, um doppelte Lagerhaltung abzubauen.
- Die Stellplatzsystematik nach Umschlaghäufigkeit, Gewicht, Menge und Größe zur Einsparung von Personalressourcen.
- Die Optimierung der Mitarbeiter- und Warenströme sowie der Ver- und Entsorgungsprozesse im gesamten Haus zur Optimierung der Personalressourcen,
- Die Harmonisierung der Zulieferer und Warenannahme.

Erdgeschoß

1.8. Radiologie

Für die Raumkonzeption der Radiologie wurden im Planungsprozess 2 Modelle diskutiert:

- **Mittiger Patientenflur**
  Die Patient/innen werden quasi von innen in die nach außen gerichteten Untersuchungsräume geleitet (ähnlich wie im bestehenden System) und es existieren beidseitig zwei „Arbeitsflure“, die vom Personal genutzt werden.
  Nachteil dieses Modells ist, dass das Personal weiter auseinander gespreizt wird und sich nicht – wie im Modell B – in Sicht- und Rufnähe gegenseitig unterstützen kann.
  Vorteil des Models ist die zentrale/bessere Beobachtungsmöglichkeit der Patient/innen.
- **Mittiger Arbeitsflur**
  Die Patient/innen werden von außen in die nach innen gerichteten Untersuchungsräume geleitet und innen existiert ein „Arbeitsflur“, der ausschließlich vom Personal genutzt wird.
  Nachteilig ist hier eine verminderte Übersicht der außenliegenden Patientenflure.
  Vorteil sind die kurzen Personal- und Kommunikationswege und die damit verbunden Effizienz zwischen den beiden Funktionsachsen der Radiologie.

Das SKK bzw. die Nutzer/innen haben sich in den Teilprojektgruppen (TPG)-Sitzungen dafür entschieden den Patientenflur in die Mitte der beiden Funktionsachsen zu legen und die Personalflure außen zu führen. Die Verortung der Anmeldung am Eingangsbereich der Radiologie und einen zentral/mittig liegenden Warte- & Holding-Bereich ist in diesem Zusammenhang berücksichtigt.

1.8.1. Stützpunkt/Annahme Radiologie

- Als zentraler Anlaufpunkt ist die Annahme der Radiologie vorne am „Eingang“ der Radiologie verortet (und damit nicht mehr hinten-liegend wie im Bestand). Die Positionierung ist so gewählt, dass der Sichtkontakt in die Wartebereiche der sitzenden und über den mittig-liegenden Flur zu den Liegend-Patient/innen besteht.
- Der Tresen der Annahme sollte mit Hinsicht auf den Datenschutz in geeigneter Form konzipiert (verglast?) werden.
- Nachgelagert zum Stützpunkt ist ein Raum für CD-Brenner, Fax, Drucker – angrenzend in ein Back Office, sowie ein Lager/Archivraum, berücksichtigt.
- Die Radiologie lässt sich so absperren (Nachtbetrieb, Panik- & Personalschutz), dass trotzdem eine 24/7 Zugänglichkeit für das Unfall-Röntgen, bzw. Unfall-CT erhalten bleibt.

- Für die Aufzüge in die Radiologie wird eine Zugangsberechtigung/Rechtevergabe empfohlen und nur für SKK-Personal freigeschaltet sein, sodass Unberechtigte keinen direkten Zutritt über die Aufzüge in die Radiologie erhalten.

1.8.2. Warte- & Holdingbereiche

- Die Wartebereiche der gehfähigen und liegenden-Patient/innen ist räumlich getrennt und entzerrt sich somit (Patienten-Integrität, Unruhe, etc.).
- Die Holding der Liegend-Patient/innen ist in Form von Nischen o. ä. eingerichtet, sodass trotzdem der Sichtkontakt (Rufnähe) vom Stützpunkt aus bestehen bleibt.
- Der Wartebereich für gehfähige Patient/innen ist mit viel Tageslichtbezug über Glas (teilsatiniert) geplant. Der Warteraum sollte so mit transparenten Wänden gestaltet werden, dass für die wartenden Radiologie-Patient/innen kein Sichtkontakt zum öffentlichen Flur zwischen ZNA und Radiologie besteht (Transport von Schwerverletzten in die Unfall-Radiologie).

1.8.3. Bedarf Radiologische Arbeitsplätze/Großgeräte

Aus der Analyse der Untersuchungszahlen der Radiologie 2017 lässt sich vorläufig folgender Bedarf ableiten. Details hierzu siehe die **Anlage „Radiologie-Analyse“**.

1.8.4. Röntgen

3 Röntgen-Arbeitsplätze werden unter Berücksichtigung der Mitnutzung für die Unfallchirurgische Praxis mit voraussichtlich ca. 25.000 Untersuchungen so ausgelastet, dass für Auslastungsschwankungen, die wöchentlich durchaus bei 50 – 100 Untersuchungen liegen können, sowie für die Notfallverfügbarkeit, eine Planungsreserve von Ø 135 Untersuchungen/Woche besteht.

Insgesamt ergibt sich folgender Geräte- und Raumbedarf:

- 1 x Unfall-Röntgen mit einem eigenen Schaltraum.
- 2 x konventionelles Röntgen mit einem gemeinsamen Schaltraum/kombinierte Kanzel.
- Davon 1 x Gerät mit Ganzkörper-Detektor
  (Cave: Abstand 3 Mtr./Raumgröße!)

Anmerkung: Das Multifunktions- & ERCP-System (s. u.) ist tauglich für Durchleuchtung, aber auch für Thorax- und Abdomen-Aufnahmen und kann aufgrund nicht vollständiger Auslastung für den Fall von Spitzenlasten im konventionellen Röntgen als „Overflow-Funktion“ verwendet werden.

1.8.4.1. Konventionelles-Röntgen

- Eine direkte Verbindung zwischen den beiden konventionellen Röntgenräumen ist nicht erforderlich.
- Zwischen beiden Röntgenräumen ist ein gemeinsames Patienten-WC mit gegenseitiger Türverriegelung vorgesehen, da die direkte Erreichbarkeit für die Patient/innen innerhalb der Röntgendiagnostik erforderlich ist.

In diesem WC ist nach Nutzerabstimmung keine separate Steckbeckenspüle erforderlich. Der ARunrein der Radiologie ist ausreichend.

- Die Röntgenräume sind mit jeweils 2 Umkleidekabinen nach dem „IN & OUT-Prinzip“ geplant, um einen effizienten und reibungslosen Workflow für gehfähige Patient/innen abbilden zu können.

1.8.4.2. Unfall-Röntgen

- Die Verortung des Unfall-Röntgens ist baulich in direkter Anbindung an die ZNA geplant mit einer Direkt-Verbindung zu dem danebenliegenden CT.
- Die Zugänglichkeit ist so gestaltet, dass sowohl das Unfall-Röntgen, als auch der Unfall-CT außerhalb der Radiologie-Öffnungszeiten, insbesondere für das ZNA-Geschehen, jederzeit zugänglich sind.
- Es sind 2 Patientenumkleiden mit einem dazwischenliegenden Patienten-WC vorgesehen, um auch hier einen zügigen Workflow nach dem „IN & OUT-Prinzip“ zu ermöglichen.
- Das Patienten-WC ist mit zwei Türen berücksichtigt, um eine Zugänglichkeit aus beiden Patientenumkleiden herstellen zu können. Die Türen sind gegenseitig verriegelbar.

1.8.5. Computertomographie

Bei Verfügbarkeit von 2 CT könnten in der Radiologie zukünftig zeitgemäß neue Prozeduren durchgeführt werden, die bisher im SKK nicht möglich waren, da der eine CT für Notfälle bereitgehalten werden musste. Die Fallzahlen pro Geräte würde dadurch etwas sinken und sich eher dem Benchmark-Wert Wedeleit HCMS i. H. v. 5.700 Pat./Jahr nähern (SKK zzt. 7.151 CT/Jahr). Dennoch wäre eine Reserve-Kapazität eines CT in Höhe von fast 60 % für Steigerungen seitens des SKK und/oder durch die unfallchirurgische Praxis gewährleistet.

- Der CT 1 ist mit einer direkten Verbindung zum Unfall-Röntgen als Unfall-CT mit einer 24/7 Zugänglichkeit und somit logistisch nah an die ZNA geplant.
- Beide CT-Räume sind gepaart mit einem gemeinsamen Schaltraum.
- Zwischen beiden CT-Räumen ist ein Patienten-Vorbereitungsraum für zwei Bettenplätze geplant. Der Vorbereitungsraum ist sowohl für CT 1 als auch für CT 2 vorgesehen. Dort wird auch ein leicht zugängiger, 3türiger, geschlossener Schrank für die Lagerung von Wäsche und Einmal-Schutzbekleidung für die Radiologie verortet.
- Die CT verfügen über Umkleidekabinen mit je einem Ein- und Ausgang und jeweils Zugang zu einem WC, um für gehfähigen Patient/innen das IN & OUT Prinzip herstellen zu können und damit die Wechselzeiten zu optimieren.

  Wenn flächentechnisch machbar, sollen pro CT zwei Umkleiden und eine Umkleide möglichst Rollator-gängig/behindertenfreundlich geplant werden.

- WC's sind primär von den Umkleiden aus begehbar um zu vermeiden, dass der/die Patient/in, der sich auf dem WC befindet, den CT-Betrieb blockiert, weil das WC lediglich über den CT-Raum verlassen werden kann. Die Türen des WC sind gegenseitig verriegelbar und z. T. einseitig mit Tür-Knauf versehen.
- Für Liegend-Patient/innen wird ebenfalls ein „IN & OUT-Prinzip" realisiert. „IN" über den Vorbereitungsraum und „OUT" über den zweiten Zu-/Ausgang vom CT-Raum. Auf diese Weise kann die Vorbereitung der Patient/innen bereits im Vorbereitungsraum erfolgen, während sich der/die vorherige Patient/in noch im CT befindet.

Anmerkung: Ob die Verortung der CT-Technik-Schaltschränke in den CT-Räumen oder auf den Personalfluren erfolgen soll, ist final in der weiteren Planungsphase noch zu entwickeln.

- **Magnetresonanztomographie**

Es wird ein 1,5 Tesla-MRT mit einem eigenen Schaltraum geplant. Mit den derzeitigen Zahlen i. H. v. ca. 1.500 Untersuchungen ist der MRT - auch wenn man davon ausgeht, dass er nur in der Regel-Arbeitszeit von 8 – 16 Uhr betrieben wird - lediglich ca. 40% ausgelastet. Hier bestehen somit noch deutliche Auslastungsreserven.

Am MRT ist ein Patienten-Vorbereitungsraum, 2 Umkleiden und ein Patienten-WC vorgesehen. Der Vorbereitungsraum wird zur Umlagerung von Bett bzw. Trage auf die MR-Liege genutzt. Hier ist ein Platzbedarf von 3 x 3 Mtr. erforderlich (Bettbreite + Breite MR-Liege + 2 Personen).

- **Mammographie & Sonographie**

Die Mammographie (digitale Vollfeld-Mammographie) verfügt über einen Bedienbereich und eine Patientenumkleide.

Eine räumlich direkte Verbindung mit der separierten Sonographie verhindert ein aufwändiges Umkleiden der Patient/innen bei dem Wechsel von einem in den anderen Raum.

Für den Sonographie-Raum ist ebenfalls eine Patientenumkleide vorgesehen. Der Raum ist mit einer Liege auszustatten, kann jedoch auch ein Bett aufnehmen und beinhaltet einen Befund-Arbeitsplatz, um mit den Patient/innen nach Mammo- und Sonographie-Untersuchungen am Bild den Befund besprechen zu können.

- **Multifunktions-Durchleuchtung & ERCP**

Die wenigen Durchleuchtungs-Aufnahmen pro Jahr können auch weiterhin durch zeitlich abgestimmte Nutzung der Multifunktions- & ERCP-Anlage erfolgen. Daher ist eine eigene Durchleuchtungsanlage nicht erforderlich.

Die bestehende ERCP-Anlage soll mit in den Neubau Haus 6 in die Radiologie umziehen und dort in gleicher Weise wie im Altbau integriert werden. Hierbei wird bzgl. der Verortung besonders auf die Anbindung des Liegend-Holdingbereiches

geachtet und zwei Liegend-Holdingplätze direkt vor dem Multifunktionsraum vorgesehen.

Die Anlage kann auch als „Overflow“ für konventionelle Röntgenuntersuchungen (vornehmlich Abdomen & Thorax-Aufnahmen) genutzt werden.

- **Transurethrale Resektion**

  Der TUR (Transurethrale Resektion)-Raum der Urologie ist im Neubau-Projekt bzw. bezüglich einer Verortung in der Radiologie nicht zu berücksichtigen.

1.8.6. Front-Arzt

Ein Arzt wird in unmittelbarer Nähe des CT benötigt, um u. a. die Kontrastmittel-Freigaben durchzuführen. Der Arbeitsplatz ist auch für Befundung, Gesamtkoordination und Telefonate und daher als eigener Raum unmittelbar am Schnittbildbereich vorgesehen.

1.8.7. Befund-Arbeitsplätze und Demoräume

Die Befund-Arbeitsplätze sind mit Verdunklungen und entsprechend der Röntgenverordnung für die Konstanz-Prüfung vorzusehen (Befundmonitore mit „Back-Light-Automatik“ sind vorhanden, sodass auf eine Ausstattung der Beleuchtung z. B. mit Rasterdimmern zur reproduzierbaren Helligkeit verzichtet werden kann).

Da bereits im Bestand des SKK ein Demo-Raum für die Röntgenvisite/Tumorboards, etc. existiert, wird dieser nicht mehr innerhalb der Radiologie benötigt.

Als **Befund-Arbeitsplätze** sind zu berücksichtigen:

- 1 x CÄ/CA-Büro: 1 Befund-Arbeitsplatz mit 4 Monitoren (2x Befund, 1x RIS, 1x PC),
- 1 x Leitendes OÄ/OA-Büro: 1 Befund-Arbeitsplatz,
- 1 x OÄ/OA-Büro 2 AP: 2 Befund-Arbeitsplätze
- 1 x Sonographie-Raum: 1 Befund-Arbeitsplatz für Mammographie,
- 1 x Front-Arzt-Raum: 1 Befund-Arbeitsplatz an den Schnittbildmodalitäten (3 Monitore),
- 1 x Befundungs-Raum: 4 Befund-Arbeitsplätze und
- 1 x Befundungs-Raum: 4 Befund-Arbeitsplätze.
- Zusätzliche sind bei Bedarf je 2 Befund-Arbeitsplätze in den übrigen OÄ/OA-Büros realisierbar.

1.8.8. Weitere Diensträume/Räume

Die beiden **Bereitschaftsräume** der Radiologie sind bewusst nicht an der Seite der „unruhigen“ RTW-Zufahrt geplant.

Die übrigen Räume, die sich aus dem SRP S.-H. ergeben, sind in der Planung berücksichtigt worden.

Anmerkung: Für den Fall, dass sich herausstellen sollte, dass die Daten in der Personalwäsche durch die MRT-Strahlung gelöscht werden, wird für das Radiologie-Personal im Umfeld des Back Office/Lager eine Lagerung von eigener Personalwäsche vorgesehen, ggf. mit Abwurf. Das Umkleiden erfolgt grundsätzlich für das Radiologie-Personal auch in der zentralen Personalumkleide im SG.

Eine genaue Klärung ist im Rahmen der Herstellerauswahl und in der finalen Konzeptfestlegung zur Wäsche-Ver- & Entsorgung noch festzulegen.

1.8.9. Arbeitsraum unrein

Der zentral gelegenen ARunrein Steckbeckenspüle ist in unmittelbarer Nähe am Röntgen vorgesehen. Eine weitere Steckbeckenspüle zwischen Röntgen 1 & Röntgen 2 ist damit nicht mehr erforderlich und vermeidet eine Raumabhängigkeit zur allgemeinen Nutzung der Steckbeckenspüle für die gesamte Abteilung.

1.9. Praxis 1 „Orthopädie & Unfallchirurgie“

Die Praxis ist als klassische Gemeinschaftspraxis vorgesehen und zeitgemäß, anforderungsgerecht und ansprechend geplant (siehe hierzu auch Protokolle und Fotos zur bestehenden Praxis).

1.9.1. Raumanforderungen Anmelde-, Sprechstd.-Bereich, Administration & Infrastruktur

- 1 großer **Anmeldebereich** mit Tresen bzw. Datenschutz-konforme Anmeldekabinen für mindestens 2 Arbeitsplätze und 1 Infotresen (offen), plus 4 Büro-Arbeitsplätze, die als Back Office mit der Anmeldung verbunden sind.
- Zusätzlich sind am Praxis-Eingang zwei **Selbstanmeldeplätze** vorgesehen.
- Die **Anästhesie-Anmeldung** für die externen Anästhesie-Partner ist als separates Büro vorgesehen, welches mit einer Tür vom Back Office zur Anästhesie-Anmeldung miteinander verbunden wird.
- Die **Wartezonen** sind den Sprechzimmern zugeordnet und in 4 Bereiche aufgeteilt. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass sich bis zu 48 Patient/innen inkl. Begleitpersonen gleichzeitig in der Praxis befinden. Die Wartezonen sind daher insgesamt auf ca. 48 m² und je mit 9 bzw. 15 m² ausgelegt.
- Für die 10 **U+B-Räume** (Sprechzimmer) und den Gipsraum ist die Ausstattung mit je einem Schreibtisch plus 2 Stühlen, 1 Liege, 1 Sonographie und Schränke geplant. Soweit möglich, wurden die U+B-Räume miteinander durch Türen verbunden. Die Bedarfe der anästhesiologischen Sprechstunde sind damit inbegriffen.
- Das **Röntgen** soll zukünftig in der Radiologie des SKK erfolgen.
- Der **Personalaufenthaltsraum** sollte mit ausreichend Schließfächern berücksichtigt werden.
- **Personalumkleiden** sind in der Praxis nicht berücksichtigt, da Spinde für die Mitarbeiter/innen der Praxis in der zentralen Personalumkleide des SKK im SG vorgesehen sind.

  Zzt. sind ca. 80 Mitarbeiter/innen auf verschiedenen Standorten verteilt tätig. Diese werden am neuen Standort nicht gleichzeitig tätig sein – die Größenordnung soll jedoch als Orientierung dienen.
- Geschlechtergetrennte **Personal- und Patienten-WCs** sind in ausreichender Anzahl vorgesehen und verortet.
- Je ein **Entsorgungsraum** und ein **Pumi-Raum** sind auf der Ebene zur gemeinsamen Nutzung für die Flächen der internistischen Praxis und der UCH-Praxis im Zentralbereich vorgesehen.
- Die **Technik** und **Serverräume**, sowie **Lagerräume** sind in der geforderten Fläche berücksichtig.

1.9.2. Raumanforderungen BG-Bereich/Eingriffsräume

Zusätzlich verfügt die Praxis über eine Berufsgenossenschaftliche (BG) Zulassung und beabsichtigt diese Zulassung an dem neuen Standort weiterhin durchzuführen. Die Räume für diesen **BG-Bereich** wurden nach den berufsgenossenschaftlichen Vorgaben als integrierte Gesamteinheit in der Praxisplanung umgesetzt:

- 1 x septischer Eingriffsraum,
- 1 x aseptischer Eingriffsraum. Mindestens einer dieser Räume, benötigt eine röntgentaugliche Ausstattung (Strahlenschutz),
- 1 x Waschen,
- Ruheraum mit 3 Liege-Plätzen,
- Patientenumkleiden mit WC,
- unisex Personalumkleide mit einem WC (insgesamt sind im berufsgenossenschaftlichen Bereich der Praxis 6 Mitarbeiter/innen tätigt),
- ein Stützpunkt mit einem integrierten Lager, sowie
- einem ARrein in dem ggf. auch mittels Auftisch-Gerät die Aufbereitung des in der Praxis anfallenden Sterilgut-Materials erfolgen kann.

  Anmerkung: Die Voraussetzungen zur Hygiene-Abnahme dafür sollten im Rahmen der weiteren Planung noch einmal geklärt werden.

- Ein **Behindertengerechtes-WC** ist Ebenen-gleich und offen zugängig im EG vorhanden und muss daher nach Rücksprache mit der Berufsgenossenschaft nicht mehr extra berücksichtigt werden.
- Seitens der Praxis besteht zzt. kein Anspruch/Interesse, die **Sterilgut-Aufzüge** (Verbindung ZOP/1. OG zur ZSVA/SG) welche physikalisch durch die Praxis-Fläche im EG führen, in Anspruch zu nehmen. Das anfallende Sterilgut in der BG-Praxis ist entweder Einmalmaterial oder wird von der Praxis selbst aufbereitet. Dennoch wird der Zugang zu den Aufzügen und damit zur ZSVA für eine etwaige spätere Nutzung mit Blick auf zukünftige Änderungen und Anforderungen in der Planung berücksichtigt und offen gehalten.

Anmerkung: Nach erfolgter Vorklärung mit der BG durch das SKK, soll die finale Planung noch einmal der BG durch das SKK zur Bestätigung vorgelegt werden.

1.10. Praxis 2 „Innere Medizin“

Die Praxis ist als klassische Gemeinschaftspraxis vorgesehen und zeitgemäß, anforderungsgerecht und ansprechend geplant (siehe hierzu auch Protokolle und Fotos zur bestehenden Praxis).

Die Praxis gliedert sich in zwei Bereiche, die zwar separiert, aber auf einer Ebene liegen sollen und von einem gemeinsamen Empfang ausgehen. Damit wird eine ablauforientierte Planung umgesetzt:

1.) Praxis- & Sprechstunden-Bereich

2.) Endoskopie-Bereich

Das Praxisgeschehen erfolgt klassisch im üblichen **Sprechstunden-Betrieb**. In den U+B-Räumen (Sprechzimmer) finden u. a. die Untersuchungs- & Aufklärungsgespräche statt.

Der Sprechstunden- und Endoskopie-Bereich ist mit einer Flur-Tür räumlich und optisch voneinander getrennt.

Im **Endoskopie-Bereich** wird an Spitzentagen, an denen 3 Ärzte/innen in 5 Endoskopie-Räumen tätig sind, mit ca. 72 bis max. 82 Endoskopien gerechnet.

Fallzahl-Steigerungen werden in Zukunft eher nicht erwartet, sodass Zukunfts-/Planungsreserven nicht zu berücksichtigen sind.

Zzt. wird in der Internistischen Praxis mit 8 Gastroskopen, 10 Koloskopen und 2 alten Ersatzsystemen gearbeitet.

Folgende Räume sind berücksichtigt:

1.10.1. Raumanforderungen Anmelde-, Sprechstd.-Bereich, Administration & Infrastruktur

- 1 großer **Anmeldebereich** mit Tresen und 3 dahinterliegenden Aufnahmeboxen mit je einem Arbeitsplatz. Die Aufnahmeboxen sollten so gestaltet werden, dass Datenschutzbedingungen berücksichtigt werden.
- Ein Callcenter mit 2-3 Arbeitsplätzen (Boxen).
- Ein großzügiger gemeinsamer **Wartebereich** für Sprechstunden- und Endoskopie-Bereich mit insgesamt etwa 60 m² und einem Außenzugang auf eine Terrasse.

  Anmerkung: Die Dimensionierung und Gestaltung der Terrasse ist im weiteren Planungsprozess zwischen der Praxis und dem SKK zu finalisieren.
- Es sind 4 **U+B-Räume** (Sprechstunden-Zimmer) vorgesehen, die von dem gemeinsamen Flur des Sprechstunden-Bereichs zugänglich sind. Der Flur des Sprechstunden-Bereichs sollte mit Patientenwarteplätzen und Oberlicht ausgestattet werden.

- Die Räume „**Labor und ARrein**“ in denen Blutentnahmen und Infusionsvorbereitungen durchgeführt werden, sind als kombinierte Lösung in einem Raum vorgesehen. Der Raum ist so geplant, dass zusätzlich 2-3 Liegeplätze für Infusionsgaben aufgestellt werden können.

  Im Raum ist der Arbeitsbereich „Rein“ aufgrund von Hygienevorgaben abzugrenzen (Fußbodenmarkierungen?).
- 3 Aufklärungsräume (je nur ein kleiner Schreibtisch und 2-3 Stühle).
- 1 Büro mit 1-2 administrativen Arbeitsplätzen.
- Ein eigener Serverraum ist innerhalb der Praxisräume vorgesehen.
- 1 großes Gemeinschaftsbüro für Ärzte/innen mit 6 Arbeitsplätzen.
- **Personalaufenthaltsraum** mit Schließfächern für 28 Mitarbeiter/innen. Zzt. sind 27 Mitarbeiter/innen beschäftigt, wovon etwa 20-21 Mitarbeiter/innen gleichzeitig in der Praxis anwesend sind.
- Die Personal-WCs und Patienten-WCs sind verteilt in der gesamten Praxis als unisex vorgesehen.
- **Personalumkleiden** werden in der Praxis nicht berücksichtigt, da die zentrale Personalumkleide des SKK auch für die Nutzung der Praxis-Mitarbeiter/innen vorgesehen ist.

1.10.2. Endoskopie-Bereich

- 5 x **U+B-Raum** Endoskopie (Größe ca. 25 m²) mit Schiebetüren.
- Es sind keine Umkleidekabinen, sondern Umkleideecken mit Vorhang in den Endoskopie-Räumen vorgesehen.
- Der Rangierbedarf für Patientenliegen und Endoskopie-Transportwagen ist bei der Planung der Flurbreite in dem Bereich berücksichtigt.
- Der Flur ist mit einem Oberlicht ausgestattet, um Tageslicht-Atmosphäre in dem Bereich vor den Endoskopie-Räumen sicherzustellen.
- 1 **Aufwachraum** für 16 Plätze und einem integrierten pflegerischen Arbeitsplatz als Tresen-Lösung mit direkter Sicht in den gesamten Raum.
- 1 Warteraum „**Patienten-Café**“ (für Patienten-Aufenthalt nach der Aufwachraum-Phase) mit Patienten-WC und kleiner Pantry und Lagerraum.
- 2 kleine **Besprechungsräume** zur Nachbesprechung mit dem/der Patient/in nach der Endoskopie (je ein kleiner Schreibtisch und 2-3 Stühle).
- Die **Endoskopie-Aufbereitung** ist zentral im SG des SKK auf der ZSVA-Ebene vorgesehen und über einen eigenen Endoskopie-Aufzug direkt an die Praxis adaptiert (siehe hierzu **Anlage „Endoskopie-Aufbereitung“**).
- Als **Ausfallkonzept** für den Endoskopie-Aufzug ist ein Reserveweg und eine Zugangsmöglichkeit zu einem der OP-Aufzügen „unrein“ realisiert, um auch im

Falle von Wartungen, Defekten usw. einen reibungslosen Workflow der Endoskopie-Aufbereitung sicherzustellen.

- Die **Lagerung der Endoskope** wird zukünftig in Schränken (4-5m) auf dem Reserveflur der Endoskopie vorgesehen.
- Es sind 2 Lagerräume für den Endoskopie-Bereich geplant.
- Für die Mitarbeiter/innen im Endoskopie-Bereich ist ein eigener kleiner Pantry-Raum vorgesehen, ansonsten können die Mitarbeiter/innen auch den Personalaufenthalt der Praxis nutzen.
- Je ein **Entsorgungsraum** und ein **Pumi-Raum** sind auf der Ebene zur gemeinsamen Nutzung für die Flächen der internistischen Praxis und der UCH-Praxis im Zentralbereich vorgesehen.

1.Obergeschoß

1.11. OP-Bereich (AOZ & ZOP)

Aus der OP-Analyse (Leistungszahlen 2017 SKK, Klinik Flechsig und Unfallchirurgische-Praxis), sowie der Simulation Ambulantes OP-Zentrums (AOZ), lassen sich folgende Bedarfe ableiten, die in anschließenden TPG-Sitzungen gemeinsam mit den Nutzern/innen fixiert wurden:

Bereich	Anzahl	Bemerkung
Holding-Plätze	**8**	▪ Bedarf gemäß OP-Analyse für stationäre Patienten (inkl. SDS) 5 Plätze + 1x Planungsreserve ▪ Um jedoch den Start mit 8 Patienten für 8 OP-Säle sicherstellen zu können, sind zumindest morgens 8 Plätze erforderlich
OP-Säle	**12**	▪ Bedarf gemäß OP-Analyse: 7 OP-Säle für stat. Bereich + 4 OP-Säle für amb. OP und Flechsig stat. + 1x Zukunftsreserve
Aufwachraum-Plätze	**18**	▪ Bedarf gemäß OP-Analyse: 5 Plätze für SKK (stat.) + 4+2 Plätze für Klinik Flechsig (amb. + stat.) siehe „OP-Analyse Punkt 4.4. IST-Aufnahme Klinik Flechsig“ + 7 Plätze abgeleitet aus der OP-Simulation und 2 AOP-Sälen o. Klinik Flechsig (K. Flechsig steuert eigenständig)
Ruheraum-Plätze	**15**	▪ Klinik Flechsig koordiniert ihre AOP-Patienten über ihre Station und entfällt in der AOZ-Planung ▪ Rechnerisch sind 13 Plätze für SKK & Partner erforderlich + 2 Plätze Planungsreserve

Die Werte aus der OP-Analyse sind inzwischen evaluiert und entsprechen dem aktuellen Informations- und Analysestand (siehe hierzu Anlage „OP-Analyse von November 2019“).

Im Rahmen der Neukonzipierung eines OP-Zentrums im Neubau sollen die ZOP/SDS- und AOP/AOZ-Bereiche baulich als Gesamt-Einheit konzipiert, jedoch bzgl. der Abläufe und der zukünftigen Organisationsverantwortung bedarfsorientiert flexibel voneinander getrennt strukturiert werden können. Das Nutzungsverhältnis der OP-Säle für stationäre OP und ambulante OP soll als „atmendes System“ je nach Bedarf, ggf. auch täglich wechselnd adaptiert werden können. Daraus ergeben sich folgende baulich, funktionale Aspekte:

Folgende Patienten-Prozesse wurden differenziert betrachtet:

- ZOP (stationäre und SDS-Patient/innen des SKK und der Partner)
- AOP (Ambulante Patient/innen des SKK und der Partner via AOZ-Bereich)
- Klinik Flechsig (stationäre & ambulante Patient/innen der Klinik Flechsig via der Station der Klinik Flechsig)

Die Abläufe und daraus resultierende funktionale Bauplanung wurden im Planungsprozess mit den Teilnehmer/innen der TPG erarbeitet und die o. g. Abläufe, sowie die Abläufe für Sectio-Patientinnen & Angehörige in Flowcharts dargestellt (siehe hierzu Details im Anhang „OP-Flowcharts“).

1.11.1. Raumanforderungen AOZ-, ZOP & SDS-Bereich

- **Anmeldung/Stützpunkt** (mit Tageslicht) für AOZ- & SDS-Patient/innen mit 2 Anmeldeplätze plus Springerfunktion, sowie Regale/Handlager für OP-Patienten-Paket.
- **Wartebereich** für AOZ- & SDS-Patient/innen mit naheliegendem Patienten-WC. Nutzung sowohl für „Overflow“ vor der OP, als auch nach den AOP- und Ruheraumaufenthalten.
- **15 Ruheraum-Plätze** gegliedert in 5 Räumen mit je 3 Plätzen mit Umkleidekabinen und WC (Primärausrichtung für die Nutzung: 2 x Frauen, 2 x Männer, 1 x Kinder).

  Zwischen beiden Ruheräumen ist ein beidseits zugängliches und gegenseitig verriegeltes **WC** vorgesehen.

  Die **Umkleidekabinen** verfügen über je 3 verschließbare Spinde.

  Anmerkung: Den AOZ-Patient/innen werden feste Ruheplätze und somit feste Spinde zugeordnet. Das Modell „mobile Spinde“ und damit verbundener flexibler Platzzuordnung der Patient/innen vor und nach OP wurden aufgrund des hohen Organisationsaufwandes und der Personalintensität nicht weiterverfolgt.

  Rechnerisch würden 13 Ruheraum-Plätze ausreichen, um den Bedarf für 2 Ambulanz-OP´s abzudecken, wenn die OP-Organisation einen AOP-Saal für sog. „schnelldrehende“ OP und einen AOP-Saal für sog. „langsam drehende“ OP einplant. 2 Plätze sind als Planungsreserve für Organisationsschwankungen berücksichtigt. Siehe hierzu die Anlage „OP-Analyse“ Punkt 4. „Simulation AOZ-Belegung mit 3 OP-Sälen“. In der dort dargestellten Simulation werden 3 AOP-Säle betrachtet. Berücksichtigt man, dass die Klinik Flechsig - wie inzwischen vereinbart - ihre AOP-Patient/innen weiterhin über ihre Station koordiniert, so wird das Stationsbett dort quasi zum Ruheraum-Platz und entfällt damit komplett in der AOZ-Planung.
- Es ist eine **Stretcher-Holding** mit 4 Stretcher-Plätzen für den AOZ-Bereich, insbesondere für Patient/innen mit kurzen Eingriffen vorgesehen, bei denen das Zurückstellen des Stretchers in den Ruheraum ineffizient ist.
- **2 AOP/AOZ-Schleusen**, die sowohl für Patient/innen aus dem AOZ-Bereich, jedoch auch von der Klinik Flechsig für deren ambulanten, wie stationären Patient/innen genutzt werden sollen.
- Die **Infrastruktur des AOZ-Bereiches** ist räumlich als eigenständiger Bereich mit ARrein, ARunrein, Wäschelager, Teeküche und Versorgungslager konzipiert.
- Ein **Personalaufenthaltsraum**, sowohl für das Personal des AOZ- und SDS-Bereiches, als auch vom Personal aus dem Bereich OP-Holding & Aufwachraum wurde vorgesehen.

- Der **SDS-Bereich**, verfügt über geschlechtergetrennte Umkleiden mit WCs und einem SDS-Lager, sowie einem pflegerischen Arbeitsplatz (Details hierzu siehe Punkt 1.11.3 Same-Day-Surgery-Konzept).
- Die **OP-Holding** ist mit ≥ 8 Plätzen vorgesehen. Der Bedarf im Tagesverlauf ist zwar gemäß OP-Analyse niedriger, jedoch müssen für den täglichen OP-Start mit 8 OP-Sälen auch 8 Holdingplätze bereitgestellt werden, um die Ablauforganisation stabil zu halten.
- Der **Stützpunkt der OP-Holding** wird in der gemeinsamen Mittelspange des Holding & Aufwachraum-Bereiches verortet. Ebenso der **Stützpunkt des Aufwachraum (AWR)-Bereiches**, sodass Synergieeffekte in der Personalbesetzung genutzt werden können. Darüber hinaus ist in dieser Spange auch der **Stützpunkt der Klinik Flechsig** integriert. Die Stützpunkte sind baulich so transparent zu konzipieren, dass der Sichtkontakt zu den jeweiligen Patientenplätzen sichergestellt werden kann. Insgesamt ist die Gestaltung der OP-Holding und des AWR-Bereiches workfloworientiert und damit kreuzungsarm mit einem gemeinsamen Innenbereich konzipiert.

  Anmerkung: Eine konkretere Definition der organisatorischen und personellen Planung für den Holding-Bereich ist seitens des SKK im Rahmen der OP-Gesamtplanung weiter zu entwickeln (Bsp.: Wird für den OP-Start und somit der Patientenvorbereitung mit einem Zeitversatz von bspw. ½ Stunde oder ein gemeinsamer Start-Zeitpunkt für alle OPs geplant?). Dieser Punkt ist baulich jedoch nicht relevant, sondern betrifft nur die Gesamt-Organisation ZOP.
- Die **Einschleusung stationärer Patient/innen** erfolgt herkömmlich über die zum ZOP-hingewendeten Patientenschleusen von der Holding aus.
- Die **Einleitungsräume** sind für die OP-Säle 1-8 mit jeweils 3 Plätzen ablauforientiert vor den OP-Sälen verortet (separate Ausleitungsräume sind nicht erforderlich, da die Ausleitung in den OP-Sälen erfolgt).

  Für die OP-Säle 9 & 10 sowie für 11 & 12 sind separate **Einleitungs-/Vorbereitungsräume** zwischen beiden OP-Sälen vorgesehen und ist damit ebenfalls ablauforientiert an den Ambulanzbetrieb und das Klink Flechsig-Geschehen adaptiert.

  Die Einleitungsräume benötigen u. a. jeweils einen **BTM (Betäubungsmittel)-Schrank**, sowie einen **Kühlschrank**.
- Die **12 OP-Säle** sind mit dieser Anzahl auf eine Zukunftsplanung (11+1) ausgerichtet. Für die OP-Säle ist einheitlich die Raumklasse 1b geplant. Laminar Air Flow-Systeme (LAF) sind ist nicht vorgesehen.

  Die Nutzung der OP-Säle zwischen AOP- und ZOP-Geschehen kann als **„atmendes System“** organisiert werden, sodass die OP-Säle 1-8 zwar primär zur Nutzung der stationären Operationen und die OP-Säle 9–10 für ambulante Operationen inkl. Klinik Flechsig zur Verfügung stehen, sich jedoch bei Mehrbedarfen sowohl der stationäre, als auch der ambulante Bereich in den jeweils anderen Bereich temporär ausweiten kann.

Die **Klinik Flechsig benötigt laut OP-Analyse 1,5 - 2 OP-Säle**, die möglicherweise mit einer festen Zuteilung geregelt werden soll. Betriebsorganisatorisch empfiehlt sich die Zuordnung der beiden OP-Säle 11 & 12 inkl. Infrastruktur, da sich dies für das Klinik-Flechsig-Geschehen im Kontext zum Gesamtgeschehen gut darstellen würde.

Anmerkung: Eine Klärung über das Kooperations- und Nutzungsmodell der Klinik Flechsig im AOP/ZOP und die ggf. feste oder Primär-Zuordnung von OP-Sälen wird noch im Laufe des Planungsfortschritts zwischen dem SKK und der Klinik Flechsig hergestellt. Dieser Punkt ist jedoch baulich nicht relevant.

Weitere Ausführungen zu Klinik Flechsig siehe Punkt. 1.11.4

- Zum Vorrüsten und Aufdecken der OP-Tische sind im „Reinen Flur“ **Rüstflächen** direkt vor den OP-Sälen berücksichtigt worden.

  Die OP-Säle 3 & 4 werden vorwiegend für die chirurgischen Eingriffe vorgesehen. Dort werden routinemäßig häufig mehr als nur 1-2 Fallwagen zum Einsatz kommen und dementsprechend Rüstflächen benötigt. Aus diesem Grund ist für diesen Bereich ein eigener „Rüstraum“ vorgesehen.

  Die **Raumklasse in den Fluren**, in denen auch die Rüstflächen verortet sind, erfordern u. a. auch aus diesem Grund die gleiche Raumklasse (1b) wie in den OP-Sälen.

- Der Bedarf an **AWR-Plätzen** beträgt gemäß OP-Analyse:
  - 5 Aufwachraum-Plätze für stationäre SKK-Patient/innen
  - 3-4 Aufwachplätze für stationäre Praxis-Patient/innen
    (unterstellt, dass die gleiche Varianz zugrunde zu legen ist, die sich aus der Analyse der SKK-Pat. ergibt)
  - 7 Aufwachraum-Plätze für ambulante SKK-Patient/innen

  Summe kalkulatorischer Bedarf = 15-16 Plätze Bedarf (ohne Klinik Flechsig).

  Da der ZOP jedoch ggü. der IST-Analyse mit einem zusätzlichen OP-Saal als Planungs- und Zukunftsreserve konzipiert wird, sind auch für die AWR-Plätze eine Planungs- und Zukunftsreserve eingeplant. Berücksichtigt sind 15 Plätze plus 3 Einzelräume/Boxen für Infektions-, Privat-Patient/innen und Kinder, also **insgesamt 18 Plätze.**

  Die Bettenplätze werden insbesondere zu Tagesbeginn aufgrund der ersten und zweiten „Welle“ benötigt - im Laufe des Tages entzerrt sich die Situation erfahrungsgemäß.

  Bzgl. der **ISO-Boxen** ist zu berücksichtigen, dass diese wegen der Reinigung nach Nutzung für Infektionspatienten nicht so zügig zur Verfügung stehen, wie die übrigen Betten-Stellplätze.

- Die o. g. drei Plätze für Infektions-, Privat-Patient/innen und Kinder sind als eigene Räume/Boxen, etc. vorgesehen, die im jetzigen Bestand des SKK bereits in gleicher Anzahl vorhanden sind. Ein Isolations-Bereich mit mehreren Plätzen wurde nicht

weiterverfolgt, da dann die multifunktionale Nutzung zur Einzelbelegung für Privat-Patient/innen, Kinder mit Eltern o. ä. nicht mehr gegeben wäre.

Wesentlich ist, dass sich der Aspekt „Atmendes System AOP/ZOP“ nicht nur bzgl. der OP-Säle, sondern auch im Aufwachraum fortsetzen lässt. D. h. die Spange für den AOP-Aufwachbereich soll, ggf. auch täglich flexibel und je nach Bedarf und Entwicklung ambulant/stationär verändert gegliedert werden können. Auch vor diesem Hintergrund ist eine Planungsreserve, s. o. sinnvoll.

1.11.2. Sectio-OP & Ablauf Kreissaal - ZOP

- Die Erschließung von den Kreißsälen zum ZOP ist durch einen direkten Verbindungsgang von den Kreißsälen in den ZOP realisiert. Die Bettenschleuse ist mit ausreichend Fläche vorgesehen, sodass der Transport eines zweiten Patientenbetts auch dann möglich ist, wenn bereits ein Patientenbett in der Schleuse „geparkt“ wurde.
- Um diese Schleusung und Direktverbindung vom Kreissaal zum ZOP/Sectio-OP herzustellen, muss ein bestehender Kreissaal umgebaut werden.
- Anmerkung: Für den dann fehlenden Kreissaal wird das SKK zur gegebenen Zeit eine Ersatzvorkehrung an anderer Stelle vornehmen.
- In der Interimszeit (bis im bestehenden OP im Altbau noch keine Flächen zur Verfügung stehen, um ggf. dort den o. g. fehlenden Kreissaal zu realisieren und möglicherweise auch einen 2. Kreissaal einzurichten) kann die neben der Sectio-Schleuse geplante Personal- und Angehörigenschleuse (mit Wartebereich für die werdenden Väter) nicht realisiert werden. Bis dahin muss die Personal- und Angehörigen-Einschleusung über die allgemeine OP-Personalschleuse erfolgen. Sobald die Ersatzlösungen für 2 Kreissäle realisiert sind, kann die Patienten- und Angehörigenschleuse mit Väter-Wartebereich* direkt an der Sectio-Bettenschleuse eingerichtet werden.

  *Der im Planungsprozess diskutierte Ansatz, dass die Väter im Pädiatrischen Reanimationsraum am Sectio-OP warten können, wird nicht weiterverfolgt. Zum einen ist der unbeaufsichtigte Zugang zu den Materialien im Reanimationsraum aus Sicherheits- und Hygienegründen nicht vertretbar und zum anderen inakzeptabel mit Blick auf den Krisenfall und mit Rücksicht auf die betroffenen Väter und die dann entstehende Gesamtsituation.
- Anmerkung: In der Interimsphase ist für das Warten der Väter bauplanerisch eine Ersatzlösung über die Personalschleuse herzustellen.

1.11.3. Same-Day-Surgery-Konzept

Im Interesse der Optimierung des stationären Belegmanagements ist mit der Inbetriebnahme des Neubaus Haus 6 im SKK die Einführung eines Same-Day-Surgery-(SDS) Konzeptes vorgesehen, das entsprechend in der Planung berücksichtigt ist. Die Prozessabfolge ist in einem Flowchart dargestellt (siehe Punkt OP-Flowcharts „SDS-Patienten“).

- Das Ankommen der SDS-Patient/innen erfolgt am AOZ-Tresen. Dort wird auch das sog. OP-Paket (OP-Hemd, Hose, Haube, etc.) übergeben.
- Für etwaiges Warten kann der Warteraum des Tresen-nah gelegenen Warteraums des AOZ-Bereiches mitgenutzt werden.
- Für das Umkleiden von der „Straßenkleidung" in OP-Kleidung sind zwei geschlechtergetrennte **Patientenumkleiden mit WCs** berücksichtigt.
- Die Wertsachen werden in den dafür vorgesehenen Schließfächern im **SDS-Lager** vom SDS-Personal verschlossen und aufbewahrt, wofür etwa eine Anzahl von 16 Schließfächern benötigt wird.

  Anmerkung: Lösungsansätze für die Übergabe und Logistik des Patienteneigentums inkl. Wertsachen im SDS-Bereich und von dort auf die Station liegen vor, müssen aber noch im weiteren Planungsprozess SKK-intern festgelegt und detailliert beschrieben werden.
- Für den Wechsel in die OP-Holding können der/die SDS-Patient/innen mit eigenem Bademantel, ggf. mit SKK-Bademantel, über einen separaten **SDS-Zugang** gelangen. Dort wird der „kontrollierte" Zugang mit Klingel geregelt. Der/die SDS-Patient/innen werden dort vom Holding-Personal in Empfang genommen und zum Holding-Platz geführt.
- Die Prämedikation der SDS-Patient/innen findet, wie für die stationären Patient/innen, in der OP-Holding statt.
- Anmerkung: Für die Versorgung der Holding mit der bedarfsgerechten Anzahl an sauberen Betten von den Stationen ist ein belastbares Logistik-Konzept, vorzugsweise IT-unterstützt, erforderlich. Siehe hierzu auch Pkt. 1.11.9 „Betten-Logistik OP und Stretcherreinigung im AOZ"

  Als Puffer ist in diesem Zusammenhang die Bettenholding für 4 Betten vorgesehen. Das zukünftige Konzept sieht vor, dass im Rahmen der Anlieferung des/der SDS-Patient/in auf Station, ein Bettentausch stattfindet und ein sauberes, auf der Station im Patientenzimmer gereinigtes Bett mitgenommen wird.

  Die Erarbeitung und Detailierung des o. g. Logistik-Konzeptes ist im Rahmen der weiteren Planung vorzusehen.

1.11.4. Klinik Flechsig

- Alle Klinik Flechsig-Patient/innen werden grundsätzlich über die Station koordiniert. Eine Berücksichtigung der Patientenabläufe der Klinik Flechsig im AOZ-Geschehen ist somit nicht relevant.
- Der **Vorbereitungs- und Aufwachbereich** für die Klinik Flechsig ist in einem Flechsig-eigenen Raum - integriert im Holding-/AWR-Bereich des AOZ & ZOP-Bereiches des SKK und mit direkter Sicht zum eigenen Pflegestützpunkt - flexibel kombiniert.
- Gemäß der OP-Simulation der Anlage ZOP/AOZ-Auslastungsanalyse Punkt 4.4 „IST-Aufnahme Klinik Flechsig" konnte am praktischem Beispiel der Standardbedarf

von 4 Plätze, maximal 5 Plätzen, für die Klinik Flechsig nachgewiesen werden. Im Ergebnis sind für die Klinik Flechsig für Vorbereitung und Aufwach-Funktion insgesamt **4 Bettenstellplätze** + 2 zusätzliche Bettenholding-Plätze (als Planungsreserve und für Spitzenauslastungen) erforderlich. Vereinbarungsgemäß werden die beiden Bettenholding-Plätze außerhalb des o. g. eigenen Vorbereitungs- u. Aufwachraumes der Klinik Flechsig bereitgestellt.

- In Abstimmung mit dem SKK kann die Klinik Flechsig bei eigenem Bedarf und Nichtbelegung durch das SKK auch Boxen des AWR-Bereiches des SKK in Anspruch nehmen.
- Insgesamt ist somit für die Klinik Flechsig eine eigene, jedoch integrierte Infrastruktur realisiert.

1.11.5. Erschließung & Patienteneinschleusung ZOP & AOZ/AOP

- Die **Zuwegung zu dem AOZ- & SDS-Bereich und die zum Holdingbereich des ZOP** sind separat geregelt und werden über eine eindeutige Flur- und Wegeführung gesteuert.

  AOP- und SDS-Patient/innen (gehfähige Patient/innen) werden über den „ambulanten“ Flur geführt.

  AOP-Patient/innen werden dann über den AOZ-Bereich gesteuert und SDS-Patient/innen über den SDS-Bereich in die Holding des ZOP.

  Stationären Patient/innen aus dem SKK (inkl. ITS-Patient/innen), sowie alle Patient/innen der Klinik Flechsig - alles Liegend-Transporte von Station oder ZNA - werden über den sog. „stationären“ Flur in die ZOP-Holding gesteuert.

- **Der Holding- und Aufwachbereich inkl. Patientenschleusen** sind dem Workflow und der Multifunktionalität entsprechend ausgerichtet.

  Die stationären Patient/innen (inkl. SDS) werden von der Holding (Vorbereitung) primär in der **Schleuse 1 in den ZOP** eingeschleust und primär über die **Schleuse 3 nach der OP zurück in den Aufwach-Bereich** vom ZOP ausgeschleust.

  Die **mittlere Schleuse 2 ist für eine Overflow-Funktion bei Ein-und Ausschleusungen und zur Ein- und Ausschleusung von Infektionspatienten** vorgesehen, um Ablaufstörungen des OP durch Reinigungsunterbrechungen zu vermeiden.

- Eine Table-Schleuse ist zukünftig nicht erforderlich bzw. zeitgemäß und somit nicht vorgesehen.
- Eine **weitere 4. Schleuse** wurde außerhalb der Holding (erreichbar über den SDS-Bereich) für intensivpflichtige und beatmete Patient/innen hergestellt, damit diese Patient/innen nicht durch die OP-Holding, vorbei an den präoperativen und z. T. unsicheren Patient/innen transportiert werden müssen (zum derzeitigen Zeitpunkt werden etwa 2-3 intensivpflichtige Patient/innen pro Woche in den OP eingeschleust).

- Wie bereits o. g. wurde eine direkte Anbindung von den Kreißsälen zum Sectio-OP hergestellt.
- Anmerkung: Die Zuwegung vom zukünftigen OP zur operativen Intensivstation ist noch vor dem Umzug in den Neubau Haus 6 herzustellen, u. a. auch deshalb, weil der Aufwachraum nachts geschlossen sein wird.
- Die **OP- Ein- und Ausschleusung der Ambulanz-Patient/innen** erfolgt über die beiden Schleusen im AOZ-Bereich.
- Die AOZ-Schleusen sind - aufgrund der Lage in der Nähe der Räumlichkeiten der Klinik Flechsig - auch für die **Ein- und Ausschleusung aller Patient/innen (ambulant & stationär) der Klinik Flechsig** vorgesehen.

1.11.6. Zentrale Personalschleuse

- Die Verortung der Personalschleusen und OP-Umkleiden sind zentral für den gesamten ZOP- & AOP-Bereich konzipiert.
- Die Personalschleusen sind mit je 2 x 4 WCs und je einer Dusche pro Umkleidebereich (D + H) vorgesehen.
- Es ist eine nicht personalisierte Zuordnung der Spinde geplant.
- Die Schuhreinigung soll im OP-Bereich direkt erfolgen und nicht in der ZSVA. Es ist daher je 1 Durchreiche-Schuh-Waschmaschine von unrein nach rein pro Umkleide (D + H) geplant. Dieses Modell ist aus Logistik- und Effizienzgründen sinnvoll.
- Für die ambulanten Partner ist zu berücksichtigen, dass diese nicht in Bereichs-, sondern in Straßenkleidung in der OP-Umkleide ankommen und somit einige Spinde größer zu dimensionieren sind (Winterkleidung, Helm, Rucksack, etc.).
- Pro OP-Saal ist mit einem Personalaufkommen i. H. v. ca. 6 Personen plus Reinigungspersonal zu kalkulieren. Daraus ergibt sich, dass bei 12 OP-Sälen mit ≥ 80 Personen im ZOP/AOZ zu rechnen ist. Die Personalschleusen sind dementsprechend dimensioniert; WC und Duschen ebenso. Die Damenumkleide wurde größer vorgesehen, da insbesondere in den kälteren Monaten mehr Fläche u. a. für Straßenschuhe (Stiefel) berücksichtigt werden muss.

1.11.7. ZOP/AOZ

- Die Größe und bauliche Konzeption der **12 OP-Säle**, sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich wurden dem heutigen Standard entsprechend und in einer einheitlichen Größe geplant.
- Die OP-Säle sind baulich funktional universell und standardisiert konzipiert (Zukunftssicherheit, Flexibilität).
- Anmerkung: Die Ausführung der OP-Tische (mobil versus fest) steht noch nicht fest und wird noch im weiteren Planungsprozess geklärt. Im AOP-Bereich könnte eine mobile Lösung deutliche Vorteile bzgl. Lagerung und Flexibilität bedeuten, sodass die mobile Lösung voraussichtlich zu empfehlen ist.

- Die Planung sieht keinen Hybrid-OP vor und ist auch nicht als Flächenvorhaltung berücksichtigt. Im Interesse der **Zukunftssicherheit** und Flexibilität ist jedoch die spätere Herstellung eines größeren OP-Saales, z. B. für den **Einsatz von OP-Robotern** sichergestellt, indem die Zwischenwände der nebeneinanderliegenden OP-Säle 5 & 6 entfernt werden können. Dies wird dadurch ermöglicht, dass baulich durch die Zwischenwände keine Versorgungskanäle/-Leitungen geführt werden.
- Der **Sectio-OP** ist baulich so nah wie möglich zu den Kreissälen und die OP-Tür bewusst zum Flur in Richtung Kreissäle verortet. Der Pädiatrische Reanimationsraum ist (max.) für Zwillingsgeburten ausgelegt.
- Als **Notfall-OP** wurde der Sectio-OP als Kombi-Lösung definiert, um die anderen Säle soweit wie möglich von Ablauf-Störungen durch eingeschobene Notfälle freizustellen. Dies hat betriebsorganisatorisch jedoch keine bauliche Relevanz.
- Der **TUR-Eingriffsraum verbleibt im Bestand** und ist somit nicht zu berücksichtigen.
- Der **berufsgenossenschaftliche OP-Bereich im Bestand (ZNA)** soll ebenfalls erhalten bleiben, sodass eine Ausrichtung des ZOP auf spezifische BG-Belange entfällt.
- Die OP-Türen verfügen über Fensterausschnitte (z. B. Bullaugen) um ein Sichtfeld in den OP-Saal zu schaffen und unnötiges Türöffnen während der OP's zu vermeiden.
- Die Frage von Schiebetür-Verbindungen von OP-Sälen miteinander wurde diskutiert und nutzerseitig als nicht erforderlich erachtet.

1.11.8. Logistik/Lager/Fallwagenkonzept

- Wie unter Punkt 1.6 bereits erwähnt, ist im Rahmen der Neubauplanung der ZSVA und des ZOP die Einführung eines Fallwagen-Konzepts empfehlenswert und vorgesehen.

  Zum einen wird damit eine **zukunftsorientierte und effiziente Logistik,** u. a. mit hohen Standardisierungs- und damit verbundenen Kostenoptimierungseffekten realisiert, zum anderen stehen **im 1.OG nicht die erforderlichen Flächen zur Verfügung**, um die Lagerlogistik und OP-Vorbereitung in der herkömmlichen Form zu realisieren. Die Flächen werden vielmehr zwingend zur Realisierung der 12 OP-Säle, den AOZ- und SDS-Bereichen, sowie der Gesamtinfrastruktur benötigt.
- Soweit machbar wurden zum Fallwagenkonzept Referenzerfahrungen gesammelt und mit den Ergebnissen aus den OP-Teilprojektgruppen im SKK zusammengeführt. Eine detaillierte Beschreibung des Fallwagenkonzeptes befindet sich in der **Anlage „ZSVA Übersicht, Kapazitätsberechnung & Fallwagen-Konzept“**.
- Mit der Weiterverfolgung eines Fallwagen-Konzepts ist die Dimensionierung und Struktur der Lagerflächen im OP-Bereich auf ein Mindestmaß reduziert und die primäre Lagerhaltung für den OP-Bereich direkt hinter der ZSVA im Sockelgeschoß verortet worden.

- Es ist zu empfehlen diese Lager bewusst nicht größer als erforderlich zu dimensionieren, damit sich nicht unbewusst eine ungewollte Lagervorhaltung entwickeln kann.
- Anmerkung: Die Logistikprozesse innerhalb der OP's und des SKK sind intern noch zu erarbeiten und festzulegen

1.11.9. Betten-Logistik OP und Stretcher-Reinigung im AOZ

- Vorgelagert zum OP-Bereich ist eine **Betten-Holding mit 4 Plätzen** für abgedeckte, saubere Betten zur Unterstützung der Organisationsstabilität, als Rangier-Reserve im SDS-/Holding- und AWR-Geschehen des ZOP vorgesehen.
- Die **Betten-Logistik insgesamt** sieht vor, dass die **stationären Patient/innen** mit dem Bett von Station in den Holding-Bereich des ZOP gebracht werden und mit dem gleichen Bett aus dem Aufwachraum abgeholt werden.
- Die **SDS-Patient/innen** benötigen jedoch ein „neues" sauberes Bett, dass ihnen erstmalig in der Holding des ZOP zugewiesen wird. Diese Betten müssen von den Stationen zur Verfügung gestellt werden und es muss eine Umlaufreserve existieren, da die Bettenplätze auf Station ja am Vormittag durchaus noch mit dem/der Vor-Patienten/Patientin belegt sein kann.

  Wenn nun der/die SDS Patient/in mit einem Bett aus dem AWR auf die Station gebracht wird, muss der Bettenplatz auf der Station gereinigt sein und das Bett des/der Vor-Patient/in als sauberes Bett bereitstehen.

  Der Transportdienst wird dann das saubere Bett und den/die Patient/in vom AWR tauschen und das saubere Bett in die Patienten-Holding am ZOP oder in die vorgelagerte Betten-Holding bringen.

  Eine eigene Bettenreinigung für den ZOP-Bereich ist aus den o. g. Gründen nicht erforderlich und somit auch nicht vorgesehen.

  Die Reinigung der Stretcher im AOZ erfolgt, wie auf Station in den Patientenzimmern/Ruheräumen. Eine entsprechende Dienstanweisung stellt sicher, dass die Reinigung nicht während der Speiseneinnahme und/oder medizinischen Versorgung der anderen Patient/innen erfolgt.

1.11.10. Übrige Räume/OP-Infrastruktur

- Ebenso wie für die OP-Säle ist in dem **OP-Flur mit den Rüstzonen auch die Raumklasse 1b** vorgesehen.
- Das **Dienstzimmer mit 2 Arbeitsplätzen für den leitenden Anästhesisten und die OP-Koordination** ist standardmäßig als Büro mit 2 Arbeitsplätzen plus einem Reserve-Arbeitsplatz vorgesehen.
- Das **Büro OP-Bereichsleitung** ist bewusst vor und nicht in den OP-Bereich verortet und mit 1 Arbeitsplatz plus einem Reserve-Arbeitsplatz geplant.
- Ebenfalls vor und nicht im OP-Bereich sind für das pflegerische Personal **3 Bereitschaftszimmer mit Nasszellen** in naher Umgebung zum OP-Bereich vorgesehen.

Die übrigen Bereitschaftszimmer werden in Bestandsgebäuden bzw. auf den Stationsebenen berücksichtigt.

- Die Verantwortung **Management des Ambulanten Operieren** (AOP/AOZ) soll sowohl für den/die Patient/innen der Unfallchirurgischen Praxis, als auch für das SKK eigenständig von einem externen ambulanten Anästhesie-Partner übernommen werden. Hierfür ist in der Umgebung des AOP/AOZ ein zweites, **eigenes Dienstzimmer mit 2 Arbeitsplätzen** berücksichtigt.
- Als **Personalaufenthaltsraum** ist aus Teambindungsgründen bewusst ein gemeinsamer größerer Raum und nicht die Verteilung auf mehrere Räume vorgesehen. Innerhalb des Raumes soll es einen, z. B. halboffenen, ruhigeren Bereich (Raum-in-Raum) als Rückzugsort geben.

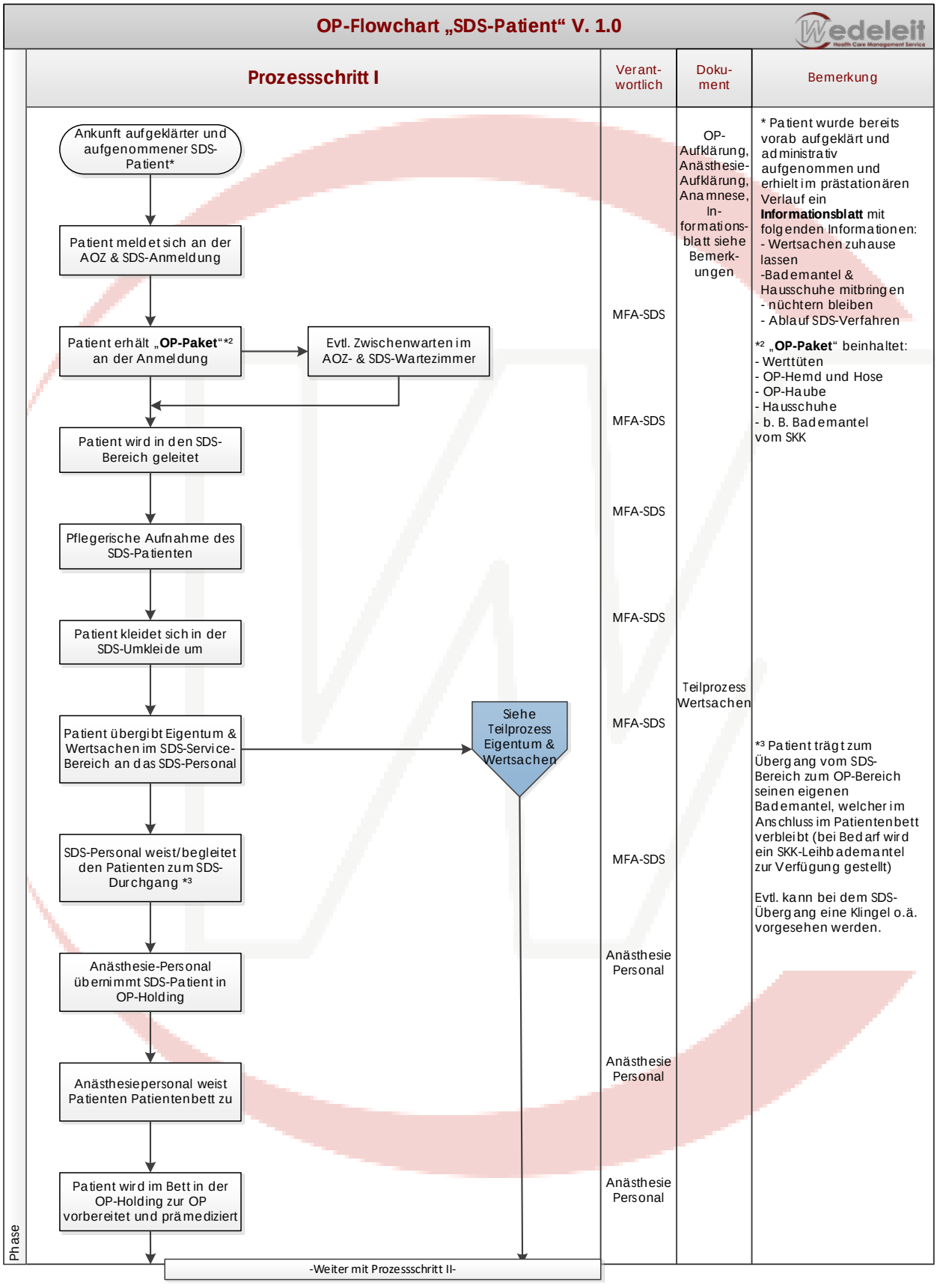
  Anmerkung: Die Details hierzu sind in der Ausführungsplanung zu definieren.
- Für kleinere **Besprechungen** bis max. 8 Personen ist ein kleiner Besprechungsraum im OP-Bereich berücksichtigt (d.h. Besprechungen müssen nicht im Personalaufenthaltsraum stattfinden und das Personal (Ärzte/Pflege)) braucht sich dafür nicht ausschleusen.
- Als **Diktat-Arbeitsplätze** sind 4 Einzelboxen/-Nischen vorgesehen. Es handelt sich hierbei um Wechsel-Arbeitsplätze (Dauer eines Diktats ca. 10 – 15 Min.).
- Der **Lagerbedarf für das Implantat- und Notfall-Lager** in der mittleren Spange des ZOP-Bereiches wurde mit 2 x 12 laufende Meter Modulschrank, bzw. Regal- und Parkfläche für Implantat-Wagen, etc. ermittelt. Die Hauptlagerfläche für das eigentliche Sterilgut-Lager ist, wie bereits im Punkt 1.11.8 Fallwagen-Konzept erwähnt, im Sockelgeschoß verortet.
- Für **Lagerungshilfen und Lafetten-Anbauteile** sind im stationären OP-Bereich zwei Lagerräume in der Nähe der OP verortet, die primär den Bedarf dafür haben.
- Für das **unreine Sterilgut** werden auf dem inneren OP-Flur jeweils zwischen 2 OP-Sälen Entsorgungswagen positioniert, die frei zugänglich sind und je nach Bedarf vom Transportdienst über die Aufzüge „unrein“ in die ZSVA gebracht werden.

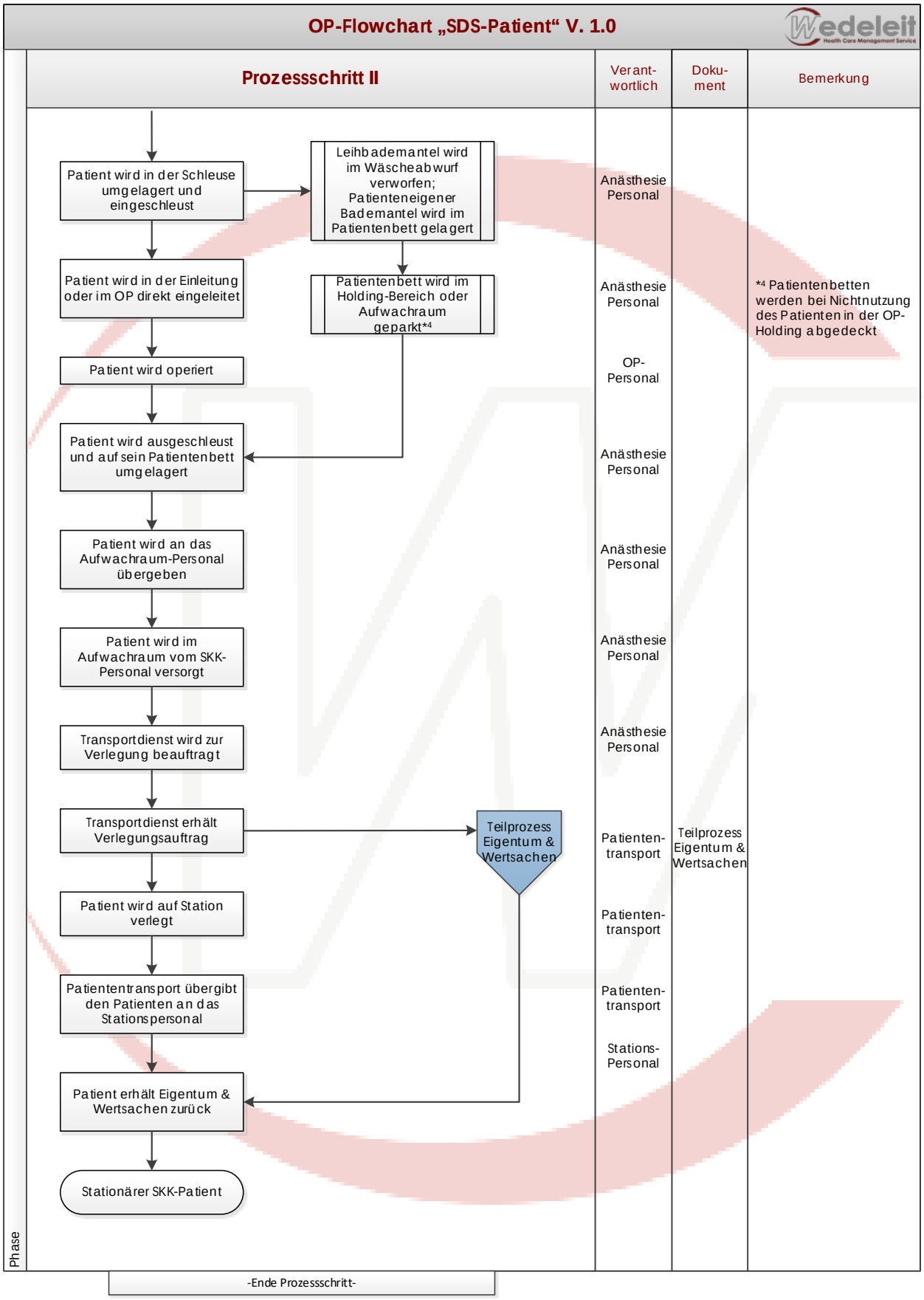
  Anmerkung: Die Details/ die **Position der Entsorgungswagen** (möglichst Nischen) an den OP sind im weiteren Planungsprozess (Ausführungsplanung) zu berücksichtigen.
- Anmerkung: Die **Verortung der parkenden Stretcher** der Patient/innen, die sich im OP-befinden, ist auf dem OP-Flur vorgesehen und sollten im weiteren Planungsprozess (Ausführungsplanung) berücksichtigt werden.
- Für die Abfüllung von **Formaldehyd-Gebinden** in Histologie-Behältnisse ist aufgrund des Gefahrgut-Charakters ein eigener geschlossener Raum i. H. v. etwa 8 m² vorgesehen, worin sowohl die Abfüllung aber auch die Lagerung der Gebinde erfolgt.

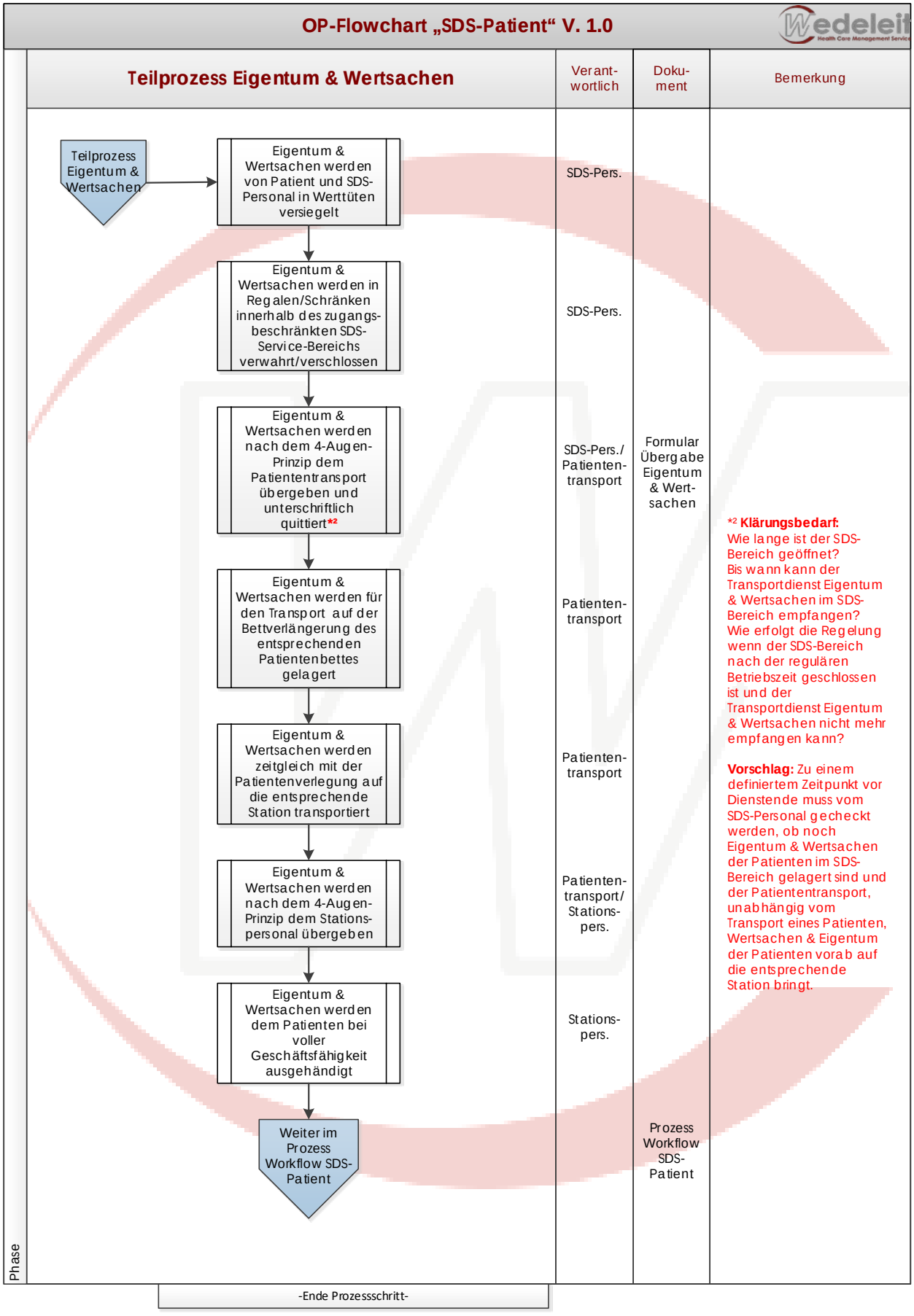
Anmerkung: Bezüglich der Ausstattung wird eine Arbeitsfläche mit einem PC-Arbeitsplatz und Lagerungsmöglichkeiten für Schutzbrillen und Handschuhe benötigt und sollte bei der Ausführungsplanung berücksichtigt werden.

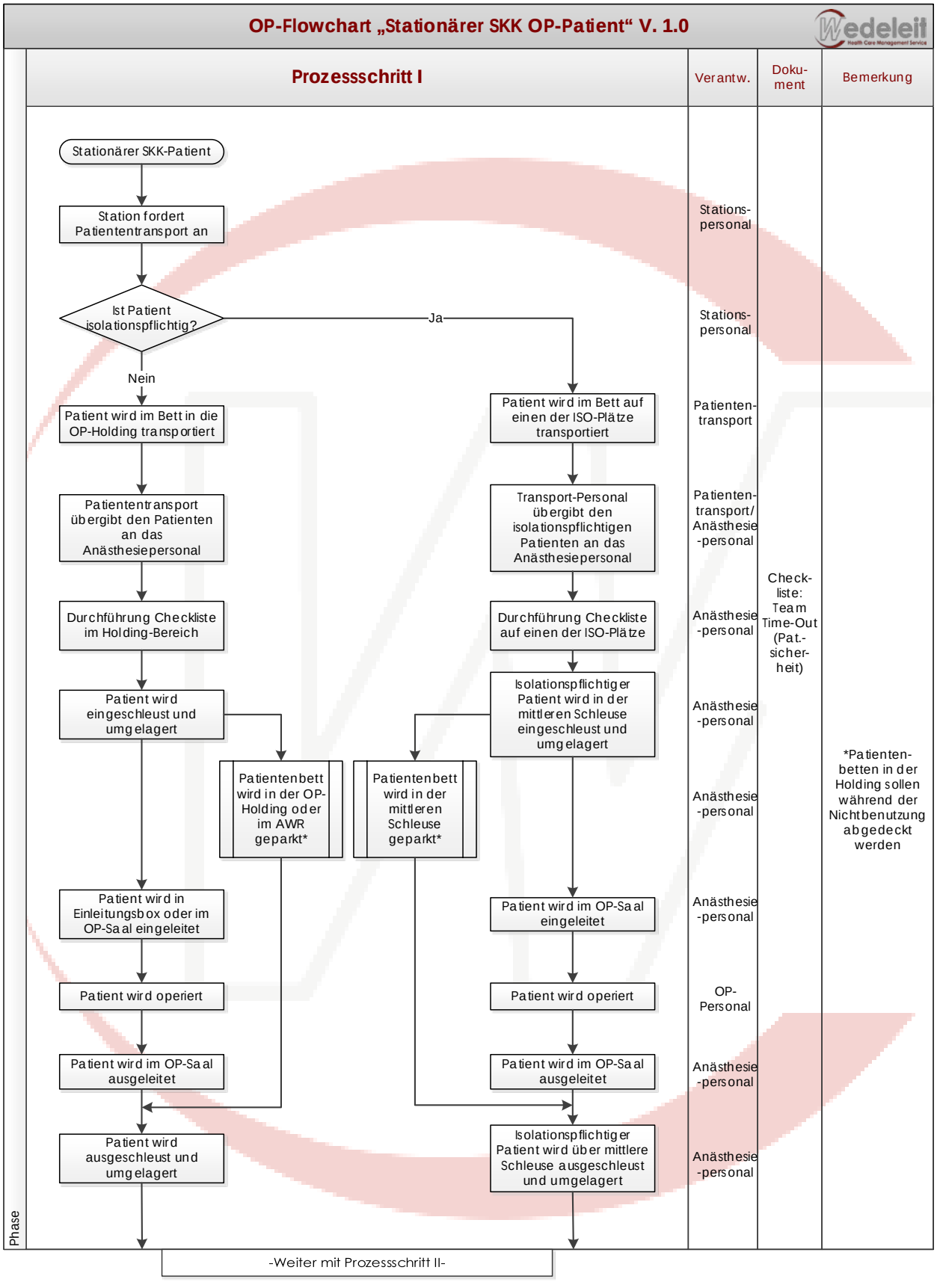
- Die Verteilung der **Pumi-Räume** und die Lagerung der entsprechenden Anzahl an Pumi-Wagen (Maße ca. 120x60 cm) ist wie folgt gegliedert:
  - 1 Pumi-Raum außerhalb des OP-Bereiches mit ca. 7 m² für 2 Pumi-Wagen zur **Reinigung AOZ-Bereich und Holding-/AWR-Bereich** (nicht reiner Bereich).
  - 1 Pumi-Raum im Bereich stationärer ZOP mit ca. 10 m² für 3 Pumi-Wagen zur **Reinigung der OP-Säle**. Pro 3 - 4 OP-Säle wird voraussichtlich je ein Team mit je 2 Reinigungskräften eingesetzt, d.h. bei 8 OP-Sälen sind 3 Reinigungsteams mit je einem Pumi-Wagen erforderlich und somit 3 Pumi-Wagen insgesamt notwendig.
  - 1 Pumi-Raum im Bereich der AOP mit ca. 12 m² für 4 Pumi-Wagen zur **Reinigung der ambulanten OP-Säle**. Je ambulanter OP-Saal wird voraussichtlich je ein Reinigungsteam mit je 2 Reinigungskräften eingesetzt, da hier die Reinigungszyklen aufgrund „schnelldrehender“ OPs in deutlich kürzeren Abständen stattfinden werden. D. h. für den ambulanten OP-Bereich sind insgesamt 4 Pumi-Wagen erforderlich.

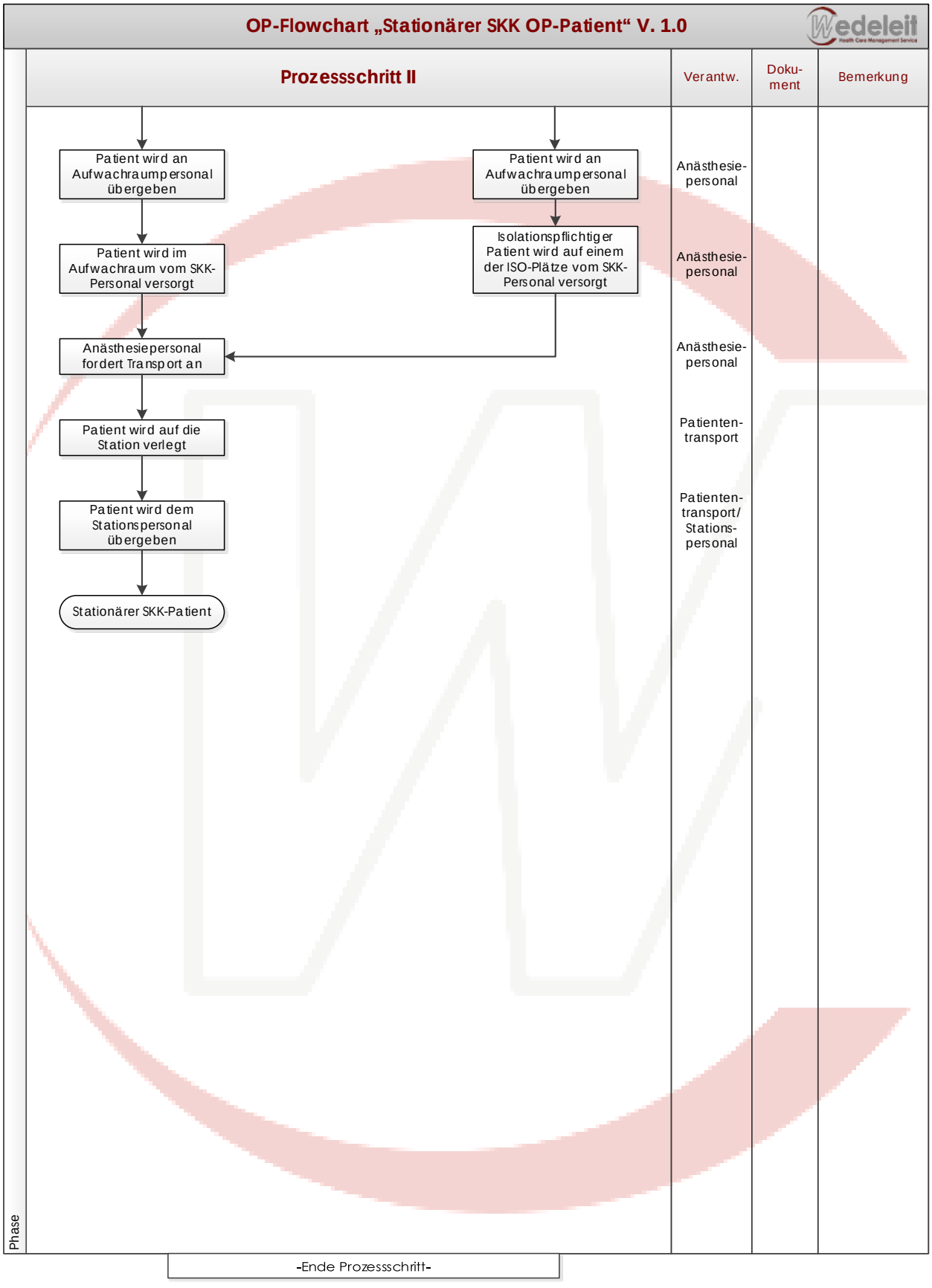
1.11.11. OP-Flowcharts

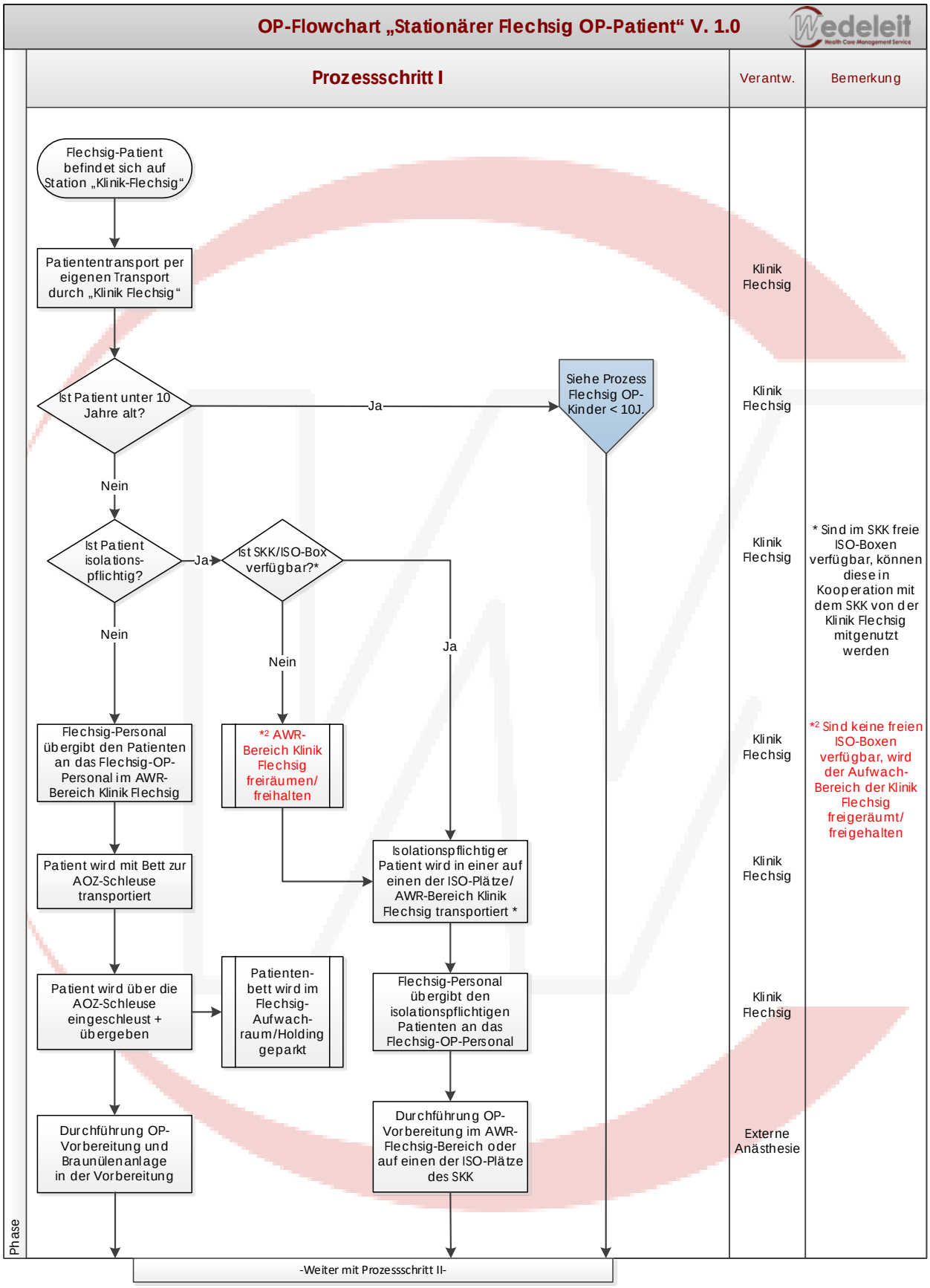


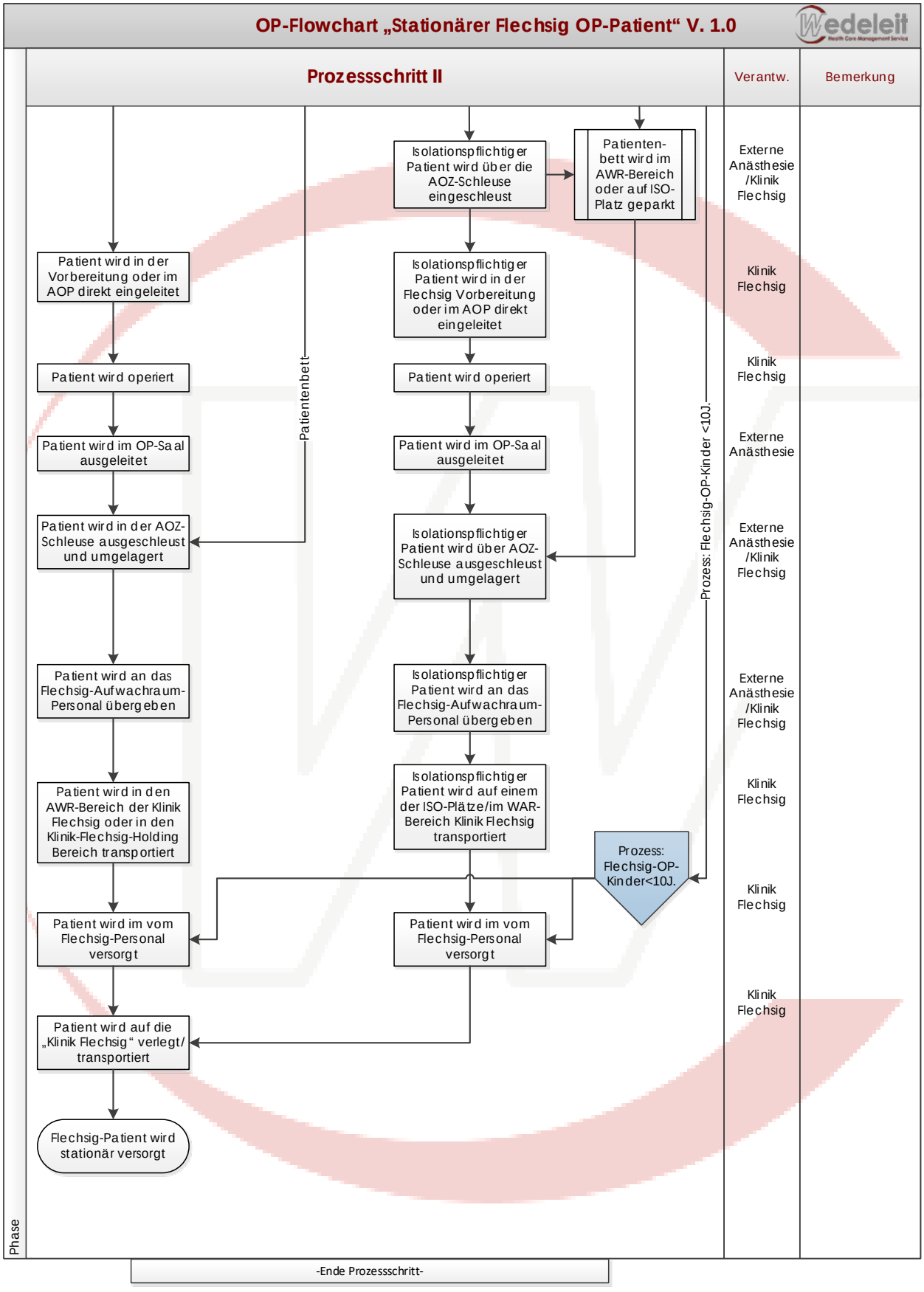

OP-Flowchart „SDS-Patient“ V. 1.0
Prozessschritt II
Verant-wortlich
Doku-ment
Bemerkung
Patient wird in der Schleuse umgelagert und eingeschleust
Leihbademantel wird im Wäscheabwurf verworfen; Patienteneigener Bademantel wird im Patientenbett gelagert
Anästhesie Personal
Patient wird in der Einleitung oder im OP direkt eingeleitet
Patientenbett wird im Holding-Bereich oder Aufwachraum geparkt*4
Anästhesie Personal
*4 Patientenbetten werden bei Nichtnutzung des Patienten in der OP-Holding abgedeckt
Patient wird operiert
OP-Personal
Patient wird ausgeschleust und auf sein Patientenbett umgelagert
Anästhesie Personal
Patient wird an das Aufwachraum-Personal übergeben
Anästhesie Personal
Patient wird im Aufwachraum vom SKK-Personal versorgt
Anästhesie Personal
Transportdienst wird zur Verlegung beauftragt
Anästhesie Personal
Transportdienst erhält Verlegungsauftrag
Teilprozess Eigentum & Wertsachen
Patienten-transport
Teilprozess Eigentum & Wertsachen
Patient wird auf Station verlegt
Patienten-transport
Patiententransport übergibt den Patienten an das Stationspersonal
Patienten-transport
Stations-Personal
Patient erhält Eigentum & Wertsachen zurück
Stationärer SKK-Patient
Phase
-Ende Prozessschritt-

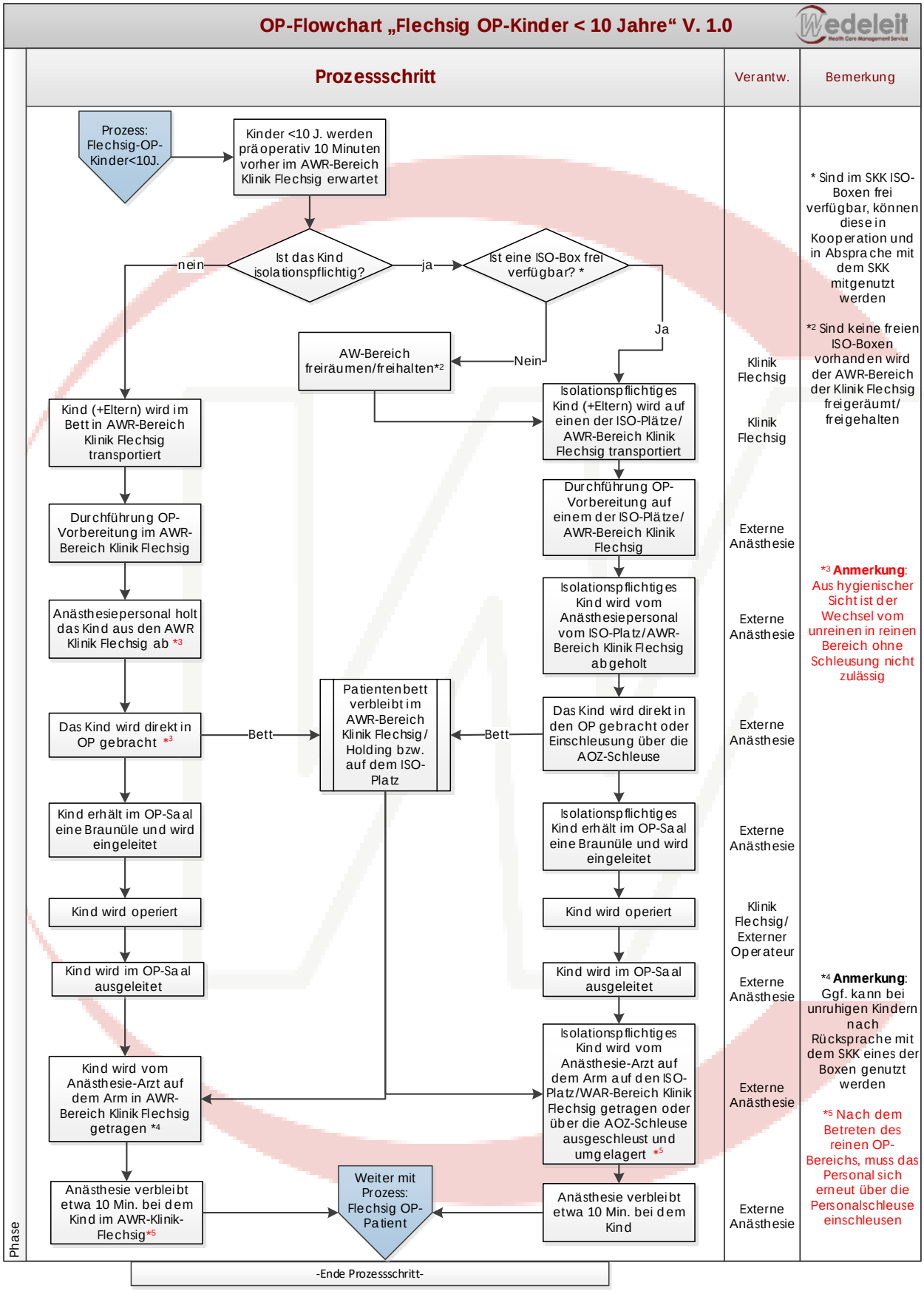

OP-Flowchart „SDS-Patient“ V. 1.0
Teilprozess Eigentum & Wertsachen
Verant-wortlich
Doku-ment
Bemerkung
Teilprozess Eigentum & Wertsachen
Eigentum & Wertsachen werden von Patient und SDS-Personal in Werttüten versiegelt
SDS-Pers.
Eigentum & Wertsachen werden in Regalen/Schränken innerhalb des zugangs-beschränkten SDS-Service-Bereichs verwahrt/verschlossen
SDS-Pers.
Eigentum & Wertsachen werden nach dem 4-Augen-Prinzip dem Patiententransport übergeben und unterschriftlich quittiert*2
SDS-Pers./ Patienten-transport
Formular Übergabe Eigentum & Wert-sachen
Eigentum & Wertsachen werden für den Transport auf der Bettverlängerung des entsprechenden Patientenbettes gelagert
Patienten-transport
Eigentum & Wertsachen werden zeitgleich mit der Patientenverlegung auf die entsprechende Station transportiert
Patienten-transport
Eigentum & Wertsachen werden nach dem 4-Augen-Prinzip dem Stations-personal übergeben
Patienten-transport/ Stations-pers.
Eigentum & Wertsachen werden dem Patienten bei voller Geschäftsfähigkeit ausgehändigt
Stations-pers.
Weiter im Prozess Workflow SDS-Patient
Prozess Workflow SDS-Patient
*2 Klärungsbedarf:
Wie lange ist der SDS-Bereich geöffnet?
Bis wann kann der Transportdienst Eigentum & Wertsachen im SDS-Bereich empfangen?
Wie erfolgt die Regelung wenn der SDS-Bereich nach der regulären Betriebszeit geschlossen ist und der Transportdienst Eigentum & Wertsachen nicht mehr empfangen kann?
Vorschlag: Zu einem definiertem Zeitpunkt vor Dienstende muss vom SDS-Personal gecheckt werden, ob noch Eigentum & Wertsachen der Patienten im SDS-Bereich gelagert sind und der Patiententransport, unabhängig vom Transport eines Patienten, Wertsachen & Eigentum der Patienten vorab auf die entsprechende Station bringt.
Phase
-Ende Prozessschritt-

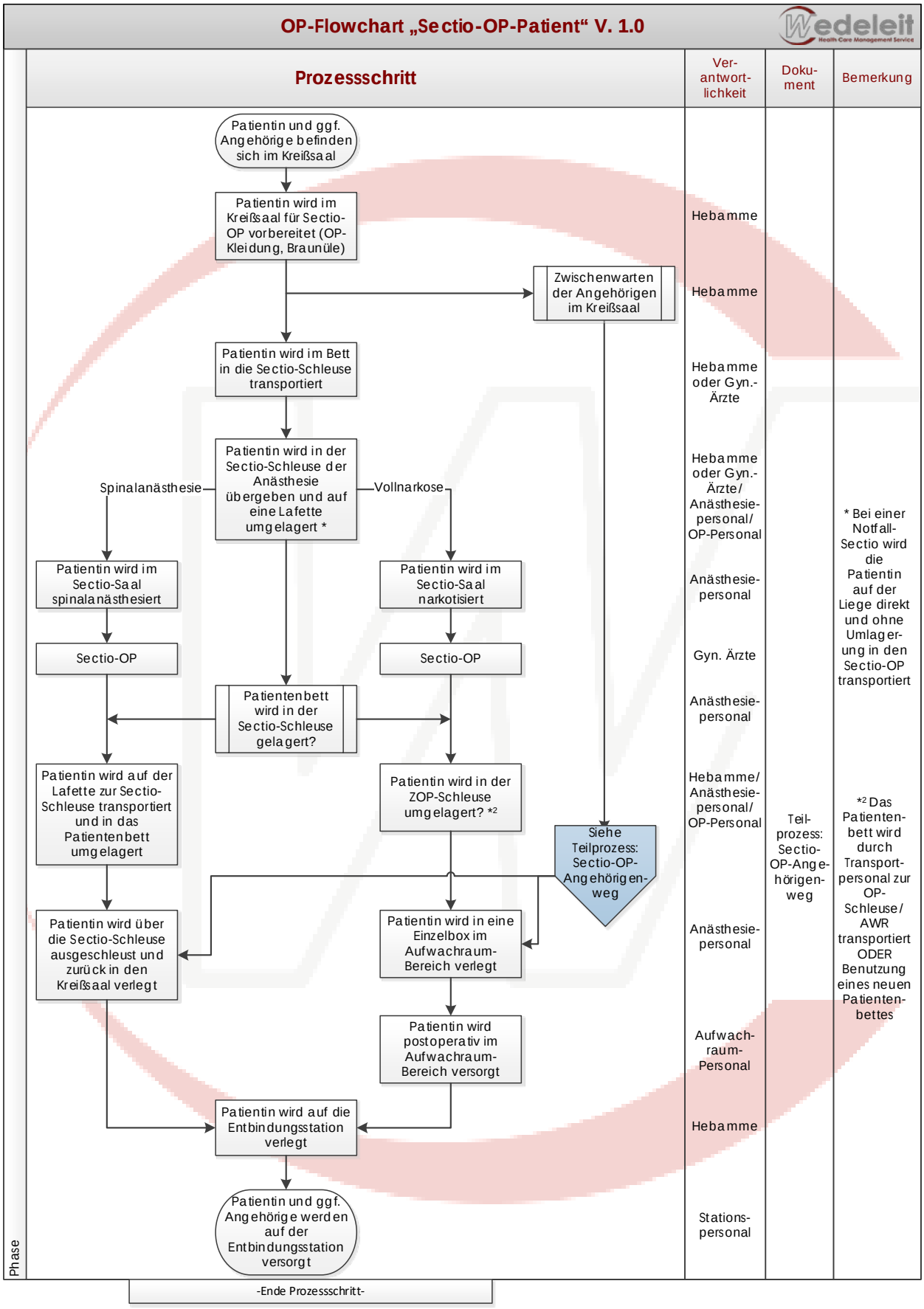

OP-Flowchart „Stationärer SKK OP-Patient“ V. 1.0
Prozessschritt I
Verantw.
Doku-ment
Bemerkung
Stationärer SKK-Patient
Station fordert Patiententransport an
Stations-personal
Ist Patient isolationspflichtig?
Stations-personal
Ja
Nein
Patient wird im Bett in die OP-Holding transportiert
Patienten-transport
Patient wird im Bett auf einen der ISO-Plätze transportiert
Patiententransport übergibt den Patienten an das Anästhesiepersonal
Patienten-transport/ Anästhesie-personal
Transport-Personal übergibt den isolationspflichtigen Patienten an das Anästhesiepersonal
Durchführung Checkliste im Holding-Bereich
Anästhesie-personal
Durchführung Checkliste auf einen der ISO-Plätze
Check-liste: Team Time-Out (Pat.-sicher-heit)
Patient wird eingeschleust und umgelagert
Anästhesie-personal
Isolationspflichtiger Patient wird in der mittleren Schleuse eingeschleust und umgelagert
Patientenbett wird in der OP-Holding oder im AWR geparkt*
Anästhesie-personal
Patientenbett wird in der mittleren Schleuse geparkt*
*Patienten-betten in der Holding sollen während der Nichtbenutzung abgedeckt werden
Patient wird in Einleitungsbox oder im OP-Saal eingeleitet
Anästhesie-personal
Patient wird im OP-Saal eingeleitet
Patient wird operiert
OP-Personal
Patient wird operiert
Patient wird im OP-Saal ausgeleitet
Anästhesie-personal
Patient wird im OP-Saal ausgeleitet
Patient wird ausgeschleust und umgelagert
Anästhesie-personal
Isolationspflichtiger Patient wird über mittlere Schleuse ausgeschleust und umgelagert
Phase
-Weiter mit Prozessschritt II-

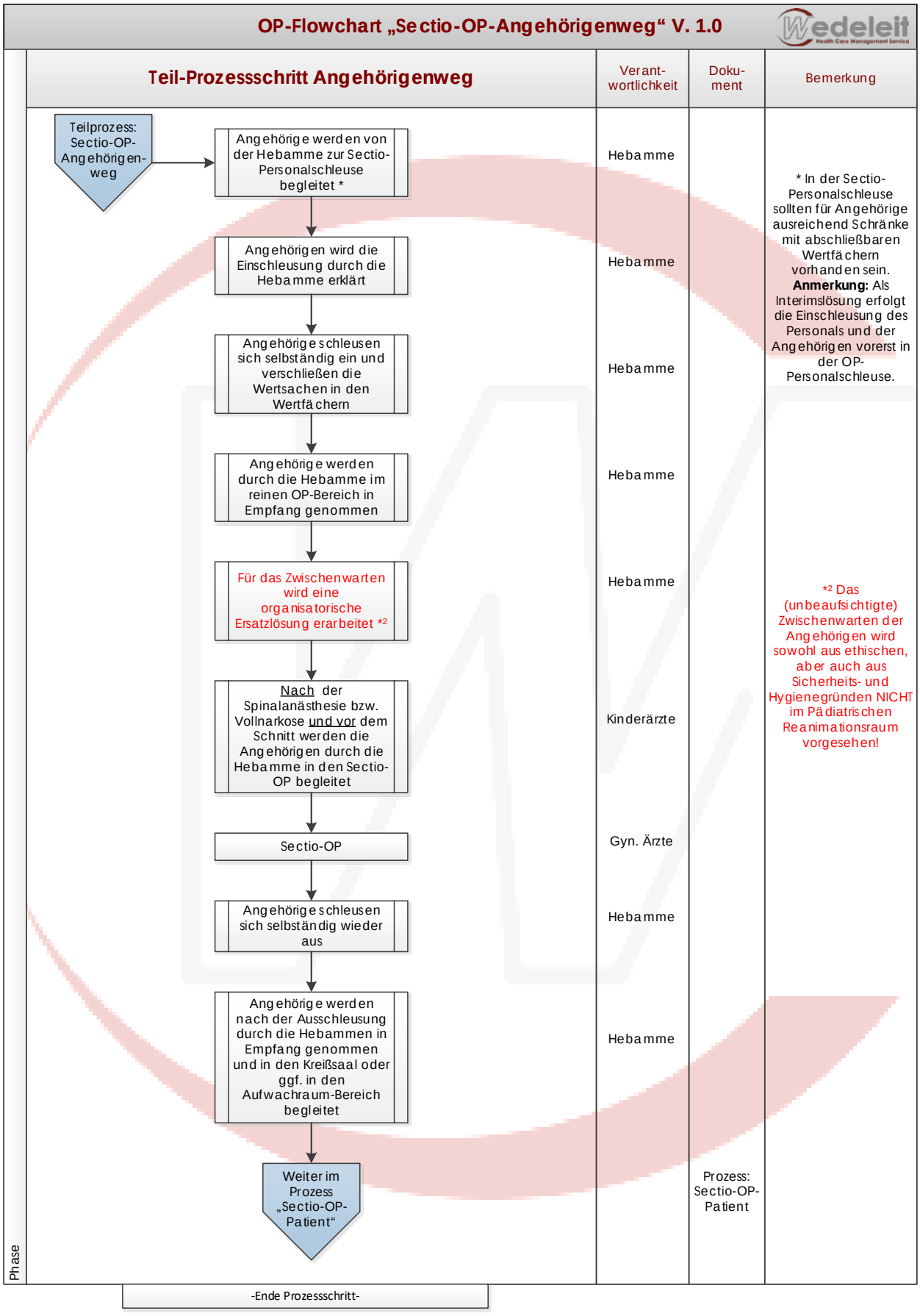

OP-Flowchart „Stationärer SKK OP-Patient“ V. 1.0
Prozessschritt II
Verantw.
Doku-ment
Bemerkung
Patient wird an Aufwachraumpersonal übergeben
Patient wird im Aufwachraum vom SKK-Personal versorgt
Anästhesiepersonal fordert Transport an
Patient wird auf die Station verlegt
Patient wird dem Stationspersonal übergeben
Stationärer SKK-Patient
Patient wird an Aufwachraumpersonal übergeben
Isolationspflichtiger Patient wird auf einem der ISO-Plätze vom SKK-Personal versorgt
Anästhesie-personal
Anästhesie-personal
Anästhesie-personal
Patienten-transport
Patienten-transport/ Stations-personal
Phase
-Ende Prozessschritt-


OP-Flowchart „Stationärer Flechsig OP-Patient“ V. 1.0
Prozessschritt I
Verantw.
Bemerkung
Flechsig-Patient befindet sich auf Station „Klinik-Flechsig“
Patiententransport per eigenen Transport durch „Klinik Flechsig“
Klinik Flechsig
Ist Patient unter 10 Jahre alt?
Ja
Siehe Prozess Flechsig OP-Kinder < 10J.
Klinik Flechsig
Nein
Ist Patient isolations-pflichtig?
Ja
Ist SKK/ISO-Box verfügbar?*
Klinik Flechsig
* Sind im SKK freie ISO-Boxen verfügbar, können diese in Kooperation mit dem SKK von der Klinik Flechsig mitgenutzt werden
Nein
Nein
Ja
Flechsig-Personal übergibt den Patienten an das Flechsig-OP-Personal im AWR-Bereich Klinik Flechsig
*2 AWR-Bereich Klinik Flechsig freiräumen/ freihalten
Klinik Flechsig
*2 Sind keine freien ISO-Boxen verfügbar, wird der Aufwach-Bereich der Klinik Flechsig freigeräumt/ freigehalten
Patient wird mit Bett zur AOZ-Schleuse transportiert
Isolationspflichtiger Patient wird in einer auf einen der ISO-Plätze/ AWR-Bereich Klinik Flechsig transportiert *
Klinik Flechsig
Patient wird über die AOZ-Schleuse eingeschleust + übergeben
Patienten-bett wird im Flechsig-Aufwach-raum/Holding geparkt
Flechsig-Personal übergibt den isolationspflichtigen Patienten an das Flechsig-OP-Personal
Klinik Flechsig
Durchführung OP-Vorbereitung und Braunülenanlage in der Vorbereitung
Durchführung OP-Vorbereitung im AWR-Flechsig-Bereich oder auf einen der ISO-Plätze des SKK
Externe Anästhesie
Phase
-Weiter mit Prozessschritt II-

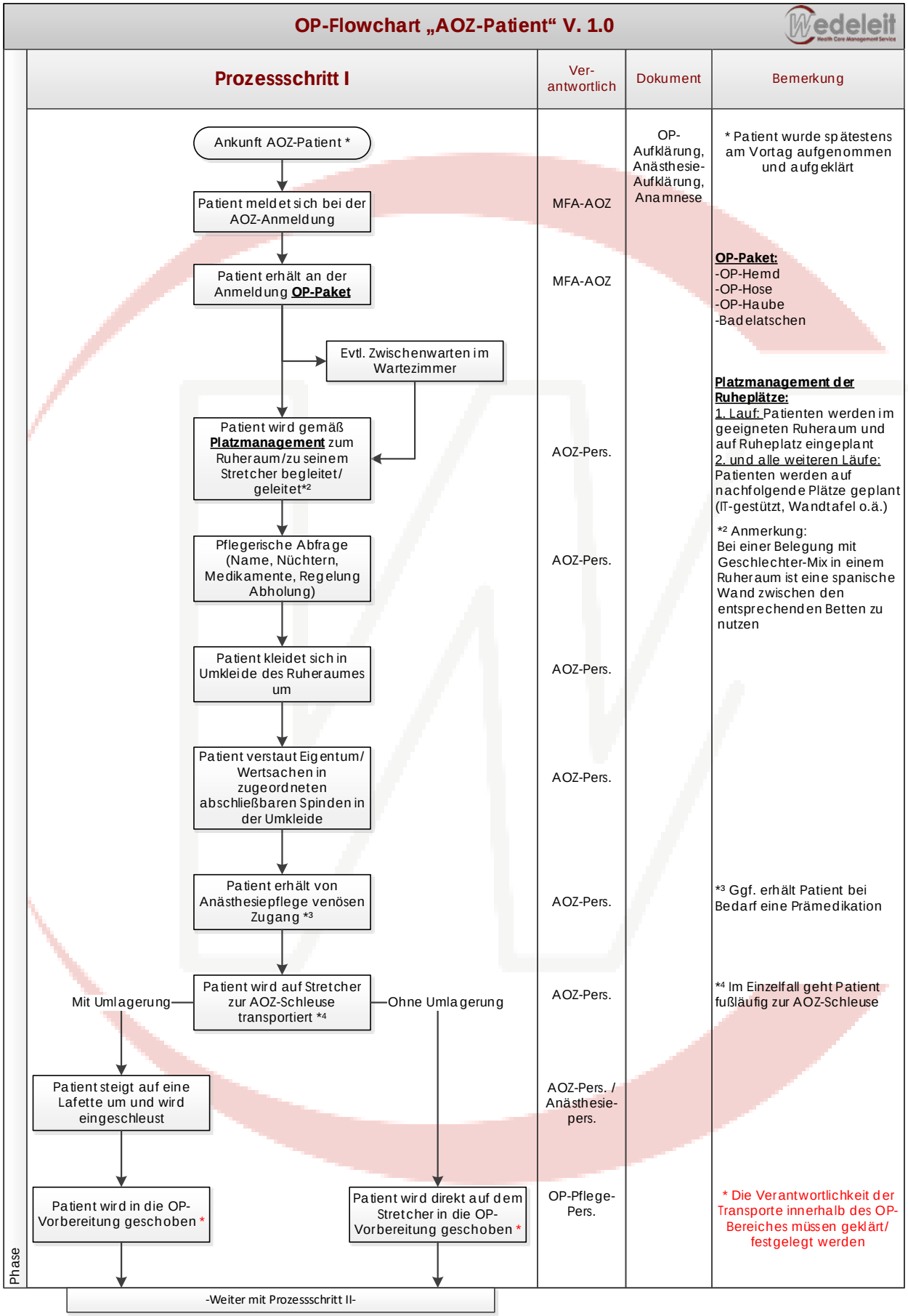

OP-Flowchart „Stationärer Flechsig OP-Patient“ V. 1.0
Prozessschritt II
Verantw.
Bemerkung
Isolationspflichtiger Patient wird über die AOZ-Schleuse eingeschleust
Patienten-bett wird im AWR-Bereich oder auf ISO-Platz geparkt
Externe Anästhesie /Klinik Flechsig
Patient wird in der Vorbereitung oder im AOP direkt eingeleitet
Isolationspflichtiger Patient wird in der Flechsig Vorbereitung oder im AOP direkt eingeleitet
Klinik Flechsig
Patient wird operiert
Patient wird operiert
Klinik Flechsig
Patient wird im OP-Saal ausgeleitet
Patient wird im OP-Saal ausgeleitet
Externe Anästhesie
Patient wird in der AOZ-Schleuse ausgeschleust und umgelagert
Isolationspflichtiger Patient wird über AOZ-Schleuse ausgeschleust und umgelagert
Externe Anästhesie /Klinik Flechsig
Patient wird an das Flechsig-Aufwachraum-Personal übergeben
Isolationspflichtiger Patient wird an das Flechsig-Aufwachraum-Personal übergeben
Externe Anästhesie /Klinik Flechsig
Patient wird in den AWR-Bereich der Klinik Flechsig oder in den Klinik-Flechsig-Holding Bereich transportiert
Isolationspflichtiger Patient wird auf einem der ISO-Plätze/im WAR-Bereich Klinik Flechsig transportiert
Klinik Flechsig
Prozess: Flechsig-OP-Kinder<10J.
Patient wird im vom Flechsig-Personal versorgt
Patient wird im vom Flechsig-Personal versorgt
Klinik Flechsig
Patient wird auf die „Klinik Flechsig“ verlegt/ transportiert
Klinik Flechsig
Flechsig-Patient wird stationär versorgt
Patientenbett
Prozess: Flechsig-OP-Kinder <10J.
Phase
-Ende Prozesssschritt-

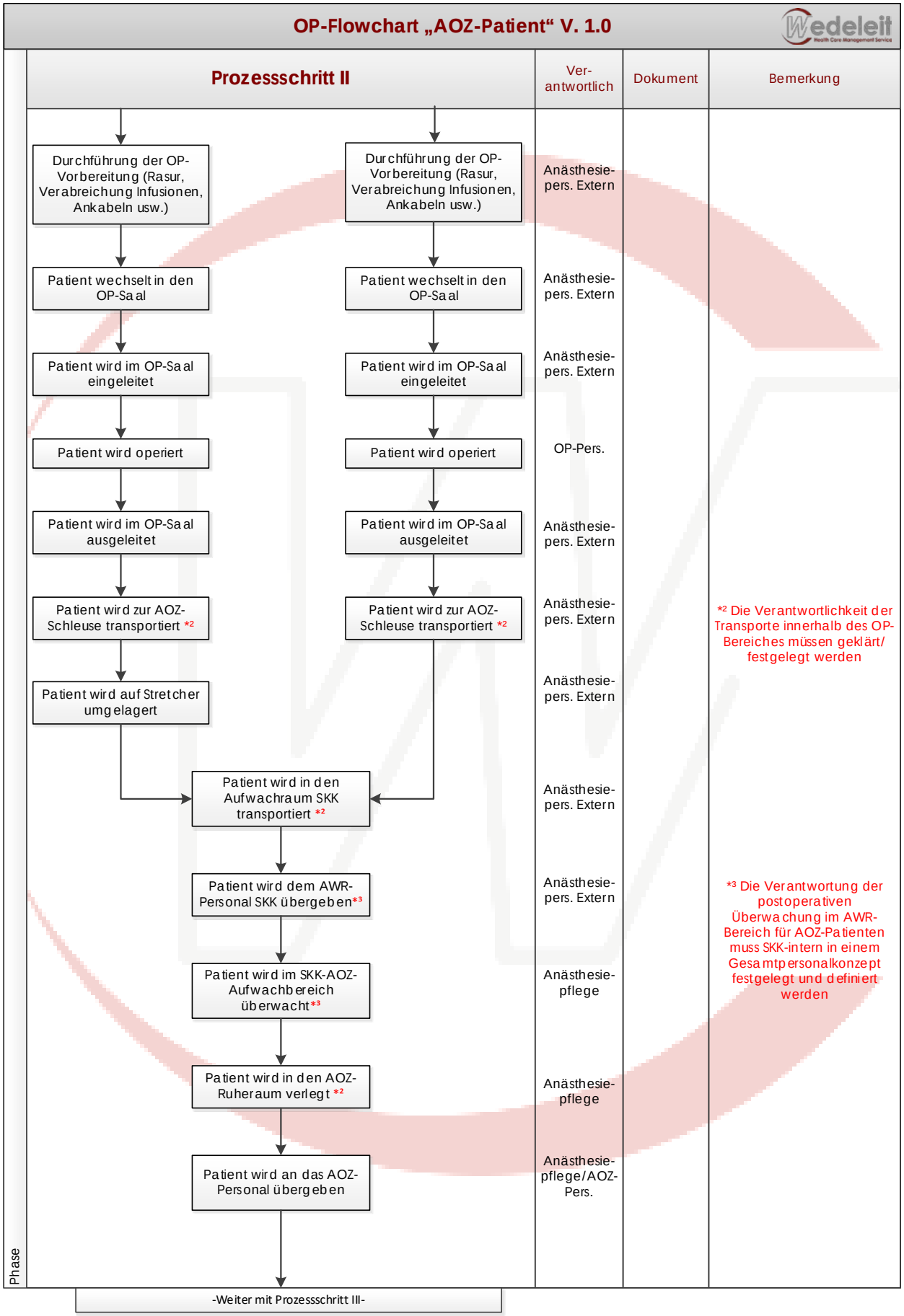

OP-Flowchart „Flechsig OP-Kinder < 10 Jahre“ V. 1.0
Prozessschritt
Verantw.
Bemerkung
Phase
Prozess: Flechsig-OP-Kinder<10J.
Kinder <10 J. werden präoperativ 10 Minuten vorher im AWR-Bereich Klinik Flechsig erwartet
Ist das Kind isolationspflichtig?
nein
ja
Ist eine ISO-Box frei verfügbar? *
Ja
Nein
AW-Bereich freiräumen/freihalten*2
Klinik Flechsig
* Sind im SKK ISO-Boxen frei verfügbar, können diese in Kooperation und in Absprache mit dem SKK mitgenutzt werden
*2 Sind keine freien ISO-Boxen vorhanden wird der AWR-Bereich der Klinik Flechsig freigeräumt/ freigehalten
Kind (+Eltern) wird im Bett in AWR-Bereich Klinik Flechsig transportiert
Isolationspflichtiges Kind (+Eltern) wird auf einen der ISO-Plätze/ AWR-Bereich Klinik Flechsig transportiert
Klinik Flechsig
Durchführung OP-Vorbereitung im AWR-Bereich Klinik Flechsig
Durchführung OP-Vorbereitung auf einem der ISO-Plätze/ AWR-Bereich Klinik Flechsig
Externe Anästhesie
Anästhesiepersonal holt das Kind aus den AWR Klinik Flechsig ab *3
Isolationspflichtiges Kind wird vom Anästhesiepersonal vom ISO-Platz/AWR-Bereich Klinik Flechsig abgeholt
Externe Anästhesie
*3 Anmerkung: Aus hygienischer Sicht ist der Wechsel vom unreinen in reinen Bereich ohne Schleusung nicht zulässig
Das Kind wird direkt in OP gebracht *3
Bett
Patientenbett verbleibt im AWR-Bereich Klinik Flechsig/ Holding bzw. auf dem ISO-Platz
Bett
Das Kind wird direkt in den OP gebracht oder Einschleusung über die AOZ-Schleuse
Externe Anästhesie
Kind erhält im OP-Saal eine Braunüle und wird eingeleitet
Isolationspflichtiges Kind erhält im OP-Saal eine Braunüle und wird eingeleitet
Externe Anästhesie
Kind wird operiert
Kind wird operiert
Klinik Flechsig/ Externer Operateur
Kind wird im OP-Saal ausgeleitet
Kind wird im OP-Saal ausgeleitet
Externe Anästhesie
*4 Anmerkung: Ggf. kann bei unruhigen Kindern nach Rücksprache mit dem SKK eines der Boxen genutzt werden
Kind wird vom Anästhesie-Arzt auf dem Arm in AWR-Bereich Klinik Flechsig getragen *4
Isolationspflichtiges Kind wird vom Anästhesie-Arzt auf dem Arm auf den ISO-Platz/WAR-Bereich Klinik Flechsig getragen oder über die AOZ-Schleuse ausgeschleust und umgelagert *5
Externe Anästhesie
*5 Nach dem Betreten des reinen OP-Bereichs, muss das Personal sich erneut über die Personalschleuse einschleusen
Anästhesie verbleibt etwa 10 Min. bei dem Kind im AWR-Klinik-Flechsig*5
Weiter mit Prozess: Flechsig OP-Patient
Anästhesie verbleibt etwa 10 Min. bei dem Kind
Externe Anästhesie
-Ende Prozessschritt-

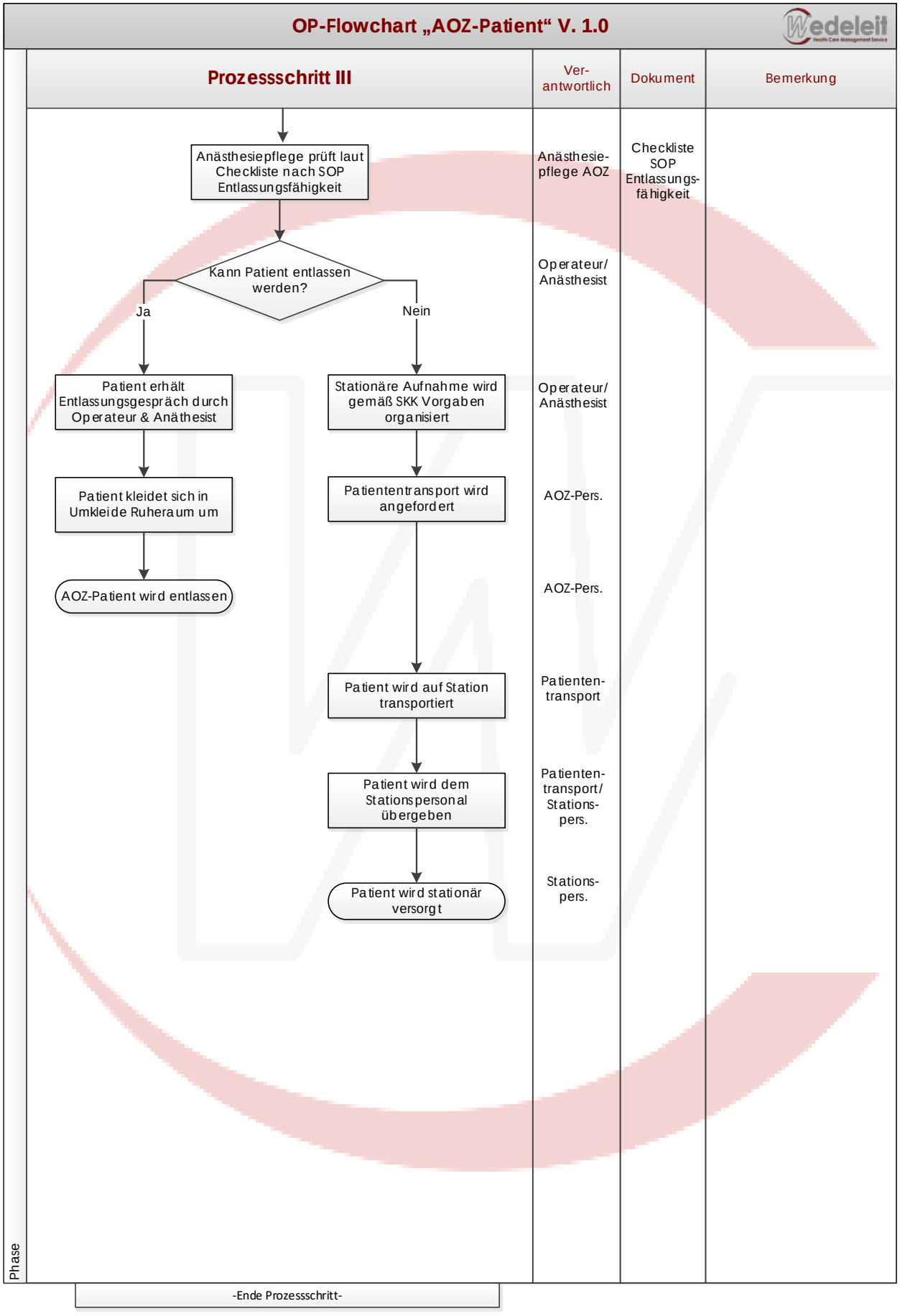

OP-Flowchart „Sectio-OP-Patient“ V. 1.0
Prozessschritt
Ver-antwort-lichkeit
Doku-ment
Bemerkung
Patientin und ggf. Angehörige befinden sich im Kreißsaal
Patientin wird im Kreißsaal für Sectio-OP vorbereitet (OP-Kleidung, Braunüle)
Hebamme
Zwischenwarten der Angehörigen im Kreißsaal
Hebamme
Patientin wird im Bett in die Sectio-Schleuse transportiert
Hebamme oder Gyn.-Ärzte
Patientin wird in der Sectio-Schleuse der Anästhesie übergeben und auf eine Lafette umgelagert *
Hebamme oder Gyn.-Ärzte/ Anästhesie-personal/ OP-Personal
Spinalanästhesie
Vollnarkose
* Bei einer Notfall-Sectio wird die Patientin auf der Liege direkt und ohne Umlager-ung in den Sectio-OP transportiert
Patientin wird im Sectio-Saal spinalanästhesiert
Anästhesie-personal
Patientin wird im Sectio-Saal narkotisiert
Sectio-OP
Gyn. Ärzte
Sectio-OP
Patientenbett wird in der Sectio-Schleuse gelagert?
Anästhesie-personal
Patientin wird auf der Lafette zur Sectio-Schleuse transportiert und in das Patientenbett umgelagert
Patientin wird in der ZOP-Schleuse umgelagert? *2
Hebamme/ Anästhesie-personal/ OP-Personal
*2 Das Patienten-bett wird durch Transport-personal zur OP-Schleuse/ AWR transportiert ODER Benutzung eines neuen Patienten-bettes
Siehe Teilprozess: Sectio-OP-Angehörigen-weg
Teil-prozess: Sectio-OP-Ange-hörigen-weg
Patientin wird über die Sectio-Schleuse ausgeschleust und zurück in den Kreißsaal verlegt
Patientin wird in eine Einzelbox im Aufwachraum-Bereich verlegt
Anästhesie-personal
Patientin wird postoperativ im Aufwachraum-Bereich versorgt
Aufwach-raum-Personal
Patientin wird auf die Entbindungsstation verlegt
Hebamme
Patientin und ggf. Angehörige werden auf der Entbindungsstation versorgt
Stations-personal
Phase
-Ende Prozessschritt-


OP-Flowchart „Sectio-OP-Angehörigenweg“ V. 1.0
Teil-Prozessschritt Angehörigenweg
Verant-wortlichkeit
Doku-ment
Bemerkung
Phase
Teilprozess: Sectio-OP-Angehörigen-weg
Angehörige werden von der Hebamme zur Sectio-Personalschleuse begleitet *
Hebamme
* In der Sectio-Personalschleuse sollten für Angehörige ausreichend Schränke mit abschließbaren Wertfächern vorhanden sein. Anmerkung: Als Interimslösung erfolgt die Einschleusung des Personals und der Angehörigen vorerst in der OP-Personalschleuse.
Angehörigen wird die Einschleusung durch die Hebamme erklärt
Hebamme
Angehörige schleusen sich selbständig ein und verschließen die Wertsachen in den Wertfächern
Hebamme
Angehörige werden durch die Hebamme im reinen OP-Bereich in Empfang genommen
Hebamme
Für das Zwischenwarten wird eine organisatorische Ersatzlösung erarbeitet *2
Hebamme
*2 Das (unbeaufsichtigte) Zwischenwarten der Angehörigen wird sowohl aus ethischen, aber auch aus Sicherheits- und Hygienegründen NICHT im Pädiatrischen Reanimationsraum vorgesehen!
Nach der Spinalanästhesie bzw. Vollnarkose und vor dem Schnitt werden die Angehörigen durch die Hebamme in den Sectio-OP begleitet
Kinderärzte
Sectio-OP
Gyn. Ärzte
Angehörige schleusen sich selbständig wieder aus
Hebamme
Angehörige werden nach der Ausschleusung durch die Hebammen in Empfang genommen und in den Kreißsaal oder ggf. in den Aufwachraum-Bereich begleitet
Hebamme
Weiter im Prozess „Sectio-OP-Patient“
Prozess: Sectio-OP-Patient
-Ende Prozessschritt-

OP-Flowchart „AOZ-Patient“ V. 1.0




OP-Flowchart „AOZ-Patient“ V. 1.0
Prozessschritt II
Ver-antwortlich
Dokument
Bemerkung
Durchführung der OP-Vorbereitung (Rasur, Verabreichung Infusionen, Ankabeln usw.)
Durchführung der OP-Vorbereitung (Rasur, Verabreichung Infusionen, Ankabeln usw.)
Anästhesie-pers. Extern
Patient wechselt in den OP-Saal
Patient wechselt in den OP-Saal
Anästhesie-pers. Extern
Patient wird im OP-Saal eingeleitet
Patient wird im OP-Saal eingeleitet
Anästhesie-pers. Extern
Patient wird operiert
Patient wird operiert
OP-Pers.
Patient wird im OP-Saal ausgeleitet
Patient wird im OP-Saal ausgeleitet
Anästhesie-pers. Extern
Patient wird zur AOZ-Schleuse transportiert *2
Patient wird zur AOZ-Schleuse transportiert *2
Anästhesie-pers. Extern
*2 Die Verantwortlichkeit der Transporte innerhalb des OP-Bereiches müssen geklärt/ festgelegt werden
Patient wird auf Stretcher umgelagert
Anästhesie-pers. Extern
Patient wird in den Aufwachraum SKK transportiert *2
Anästhesie-pers. Extern
Patient wird dem AWR-Personal SKK übergeben*3
Anästhesie-pers. Extern
*3 Die Verantwortung der postoperativen Überwachung im AWR-Bereich für AOZ-Patienten muss SKK-intern in einem Gesamtpersonalkonzept festgelegt und definiert werden
Patient wird im SKK-AOZ-Aufwachbereich überwacht*3
Anästhesie-pflege
Patient wird in den AOZ-Ruheraum verlegt *2
Anästhesie-pflege
Patient wird an das AOZ-Personal übergeben
Anästhesie-pflege/AOZ-Pers.
Phase
-Weiter mit Prozessschritt III-


OP-Flowchart „AOZ-Patient“ V. 1.0
Prozessschritt III
Ver-antwortlich
Dokument
Bemerkung
Anästhesiepflege prüft laut Checkliste nach SOP Entlassungsfähigkeit
Anästhesie-pflege AOZ
Checkliste SOP Entlassungs-fähigkeit
Kann Patient entlassen werden?
Operateur/ Anästhesist
Ja
Nein
Patient erhält Entlassungsgespräch durch Operateur & Anäthesist
Operateur/ Anästhesist
Stationäre Aufnahme wird gemäß SKK Vorgaben organisiert
Patient kleidet sich in Umkleide Ruheraum um
AOZ-Pers.
Patiententransport wird angefordert
AOZ-Patient wird entlassen
AOZ-Pers.
Patient wird auf Station transportiert
Patienten-transport
Patient wird dem Stationspersonal übergeben
Patienten-transport/ Stations-pers.
Patient wird stationär versorgt
Stations-pers.
Phase
-Ende Prozessschritt-

2.- 4. Obergeschoß

1.12. Tagesklinik Geriatrie (40 Plätze)

Die Tagesklinik (TK) Geriatrie soll aus organisatorischen Gründen auf der gleichen Ebene wie die Geriatrische Station C3/G5 und damit im 2. OG verortet werden.

Die Bauplanung berücksichtigt die Rahmenempfehlungen zur geriatrischen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 02.01.2018, soweit diese für eine Tagesklinik relevant sind:

7.9 Räumliche Ausstattung

Die räumliche Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Für die speziellen Gegebenheiten der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Barrierefreie Zugänge zu den patientengebundenen Räumlichkeiten
- Automatische Türen im Haupteingangsbereich
- Systematisches, regelmäßig aktualisiertes und verständliches Wegeleitsystem
- Möglichkeit der Notfallversorgung/-überwachung {Mindestausstattung: Defibrillator,
- Monitor, Infusionsmöglichkeit, 02-Versorgung und Absaugmöglichkeit)
- Terrain für Geh- und Laufschulung
- Raum für Teambesprechungen
- Arztzimmer mit Untersuchungsmöglichkeit oder getrenntem Untersuchungsraum
- Aufenthalts-/Speiseraum
- Geräteräume/Abstellraum
- Dienstzimmer (ausreichend groß) auf jeder Ebene
- Raum für Einzeltherapien
- Mindestens 1 Raum ist ausgestattet mit stufenlos höhenverstellbaren Therapietischen
- Die Ergotherapie verfügt über einen ATL/Werkraum
- Räumlichkeiten zur Durchführung von:
  - Massage/Lymphdrainage
  - Thermotherapie
  - Elektrotherapie
  - Bewegungs-/Schwimmbad (oder Kooperation)
- Arbeitsraum für Psychologe/Psychologin
- Arbeitsraum für Sozialdienst
- Multifunktionaler Gruppentherapieraum
- Gymnastikraum
- Ruheräume mit einer im Hinblick auf den Adressaten kreis ausreichenden Anzahl von Sitz- und Liegeplätzen
- Behindertengerechte Patientenumkleideräume mit Duschen, WC, abschließbares Schrankfach für jeden Rehabilitanden
- Barrierefreie WC in ausreichender Nähe zu den Therapieräumen
- Raum für Angehörigengespräche und Seelsorger
- Personalaufenthaltsraum

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein und sollten Orientierungshilfen bieten.

Allen therapeutischen Professionen muss außer der typischen Einrichtung und dem berufsüblichen Arbeitsmaterial die sich aus dem Rehabilitationskonzept ergebende räumliche und gerätetechnische Ausstattung zur Verfügung stehen.

Die Erschließung und der Zugang für die z. T. orientierungsschwachen, geriatrischen Patienten, die täglich mit dem externen Fahrdienst zur TK Geriatrie gebracht und wieder abgeholt werden, ist daher mit entsprechend geeignetem Wegeleit-System durch Farb- und Symbol-Markierungen zu berücksichtigen.

- **Eingangsbereich**

  Eine PKW-Zufahrt ist direkt bis zum Zugang in das Haus 6 und mit einer Überdachung zweckmäßig.

  Ein eigener Außenaufzug für die TK Geriatrie ist nicht vorgesehen. Jedoch ist ein eigener Zugang zur TK Geriatrie über das EG geplant. Davon ausgehend sind sowohl ein Behinderten-WC (Nutzung des WCs insbesondere nach Ankunft und vor Abfahrten der Patienten) und ein Aufzug zur primären Nutzung von geriatrischen TK-Patienten im EG vorgesehen. Es sind Automatiktüren mit Lichtschranken erforderlich.

  Der Eingangsbereich und die Gesamtatmosphäre in der Tagesklinik sollte offen, hell und willkommens-orientiert ausgelegt werden.

  Zwischen der TK Geriatrie und der benachbarten Station C3/G5 ist eine verschließbare Flurtür vorgesehen um das Geschehen der TK Geriatrie und der Station zu trennen bzw. außerhalb der Öffnungszeiten der TK Geriatrie die Abteilung verschließen zu können.

- **Pflegestützpunkt**

  Der Pflegestützpunkt (Standard!) ist Eingangs-nah geplant und verfügt über einen (offenen/halboffenen) Tresen für 2 Arbeitsplätze (1x fest/1x Springer), sowie ein dahinterliegendem Back Office mit 2 Arbeitsplätzen. Das Raumcluster (Stationsstützpunkt, ARrein, Dienstraum und Personalaufenthalt) wurde aufgrund Einhaltung der räumlichen Grundstruktur identisch zu den üblichen Stationen geplant, um nachhaltig flexibel zu bleiben.

- **Garderobe**

  Gegenüber vom Stützpunkt und gut vom Stützpunkt einsehbar, ist die Garderobe mit einem ablauforientiertem IN & OUT-Prinzip vorgesehen, die dem Patientenklientel entsprechend für 40 Patienten mit ausreichend Spinden und Rangierraum für Rollatoren, etc. konzipiert ist. Ein Tagesversatz bei An- und Abfahrten verhindert, dass nicht 40 Patienten mehr oder weniger gleichzeitig ankommen.

- **Stuhlreihe am Stützpunkt**

  Um unmittelbar nach Ankunft der Patienten unkompliziert und störungsfrei den morgendlichen Blutzuckertest durchführen zu können, ist halboffen zum Gang eine Stuhlreihe geplant. Die Verortung wurde bewusst nicht direkt auf dem Flur,

sondern in einer Nische vorgesehen, um dem Durchgangsverkehr der geriatrischen Patienten mit Rollatoren etc. nicht zu behindern.

- **Sprechzimmer & U+B Raum**

  Der U+B-Raum ist als Multifunktionsraum ebenfalls in der Nähe des Stützpunktes und in direkter Sichtweite verortet. Der Raum muss ein Bett, ggf. einen Stretcher (höhenverstellbar, reanimationsfähig), aufnehmen können und ist klassisch für Verbandswechsel, etc., sowie für Infusionen, Lumbalpunktionen, Transfusionen und Ausruhen, z. B. nach Endoskopien, vorgesehen. Bei Nicht-Nutzung des Raumes können hier 2 tagesklinische Patienten in Ruhebetten untergebracht werden.

  Es sind insgesamt drei Arztzimmer in der Tagesklinik vorgesehen, die unter anderem als multifunktionale Sprechzimmer für die **Psychologie und Logopädie** geplant sind. Hierbei ist eine gemeinsame Nutzung des Sprechzimmers von beiden Fachinstanzen sinnvoll, damit Leerstände von Räumen vermieden werden.

  Ein weiteres Sprechzimmer ist außerhalb der TK Geriatrie für den **Sozialdienst** vorgesehen. Die Verortung des Sozialdienstes ist bewusst außerhalb der Station geplant, damit dort auch Beratungen für stationäre Patient/innen erfolgen können.

- **Ruheräume**

  Es werden für 40 Patienten-Plätze insgesamt 8–10 Betten und 30–32 Sessel benötigt.

  Die Aufteilung sollte wie folgt geplant werden:

  - 1 Multifunktions-Ruheraum mit 2 Betten (beweglich/als Krankenhausbetten),
  - 1 Ruheraum mit 2-3 Plätzen in Form von Betten oder Ruhe-Sesseln (die Betten sollten möglichst normal wirken und keinen Krankenhaus-Charakter ausstrahlen),
  - 1 Ruheraum mit 6-7 Ruhe-Sesseln und
  - 3 Ruheräume mit je 10 Ruhe-Sesseln (Raum z. T. durch Sichtschutz getrennt).

  Insgesamt werden damit 40-42 Ruheplätze geplant. Mit dieser Verteilung kann der Multifunktionsraum unabhängig von den Ruheplätzen für Behandlungen genutzt werden und trotzdem allen 40 Patient/innen einen Ruheplatz zur Verfügung gestellt werden.

  Des Weiteren befindet sich in den Vorräumen der Einzeltherapie jeweils ein Ruheplatz. Diese sollen vorrangig für abrechenbare Leistungen als „Nachruhen“ nach den Einzeltherapien genutzt werden.

- **Physiotherapie**

  Die Physiotherapie nimmt in der geriatrischen Versorgung eine wichtige Rolle ein. Bei der Planung ist berücksichtigt, dass die Therapieräume für die ambulanten TK-Patient/innen der Geriatrie auch direkt in der TK Geriatrie erreichbar sind und sich nicht in anderen Abteilungen befinden.

Mit nächsten Patientengenerationen wird der Fitnessaspekt vermutlich eine zunehmende Bedeutung haben und ist daher bei der Planung berücksichtigt. Eine zum Flur halboffene „**Geriatrie Gerätetraining-Fläche**“ wurde mit direktem Blick zum Lichthof vorgesehen, wofür ein Bewegungsparcours, insbesondere für die kalte Jahreszeit, geplant wird und den Mittelpunkt der TK Geriatrie darstellt.

Die Anzahl der Räume für **Einzel- und Gruppentherapien** ist auf die Dauer der Therapieeinheiten im SKK ausgelegt, sodass mit der geplanten Gesamtanzahl aller Therapieräume sowohl 60-minütige, als auch 90-minütige Therapieeinheiten durchgeführt werden können. Um durchweg eine 90-minütige Therapie anbieten zu können (zzt. in der Verhandlung zwischen SKK & GKV) sollten ggf. die derzeitigen Öffnungszeiten erweitert werden und eine organisatorische Therapie- bzw. Raumplanung etabliert werden.

Für die Gruppentherapien wurden folgende Räume vorgesehen:

- 1 x Gruppen-Ergotherapie,
- 1 x Gerätetraining,
- 1 x Therapieküche.

Dabei sind der Gruppen-Ergotherapie-Raum und das Gerätetraining als reine Gruppentherapieräume vorgesehen. Kalkulatorisch lassen sich täglich bis zu 5 Therapieslots je 60 Minuten (mit Wechselzeit) je Gruppentherapie-Raum durchführen = 10 Therapieslots pro Tag möglich. Mit 8 Patient/innen pro Gruppe = 80 Patient/innen können pro Tag in Gruppentherapien versorgt werden. Hinzu kommen die Kapazitäten in der **Therapieküche** und in den Fluren/Außenbereichen. Die Anzahl der Gruppentherapieräume wird damit vollständig erfüllt. Ggf. kann über die Ausdehnung der Gruppengröße die Kapazitätsgrenze erweitert werden.

Die Räume für die **Einzeltherapien** wurden anfänglich mit 5 Einzeltherapie-Räumen gefordert. Anhand einer kalkulatorischen Aufstellung konnte jedoch nachgewiesen werden, dass bei einem 90-minütigem Therapiekonzept die Anzahl der Räume für Einzeltherapien nicht ausreicht. Somit wurden die Räume wie folgt vorgesehen:

- 1 x Elektro-Physiotherapie,
- 1 x Einzelmassage,
- 4 x Physiotherapie/Massage-Kabinen,
- 1 x Übungsbad,
- Flur/Außenbereiche/Treppenhaus.

Die Gesamtdauer der Therapieeinheiten ist patientenindividuell. Für eine konforme OPS-Codierung (amtliche Klassifizierung zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemeinen medizinischen Maßnahmen) muss die 60-minütige Komplexbehandlung aus mindestens 30 Minuten Einzeltherapie und bei einer 90-minütigen Komplexbehandlung mindestens 45 Minuten Einzeltherapie bestehen.

Mit der o.g. Raumplanung werden 6,5 Einzeltherapieräume (ohne Außenbereiche/Flur) geplant, womit bei einer Betriebszeit von derzeit 5 Zeitstunden kalkulatorisch 43 Einzeltherapien, inkl. Wechselzeiten, pro Tag möglich sind:

5 Stunden Therapiezeit/pro Tag x 6,5 Einzeltherapie-Räume je 30-45 Minuten Einzeltherapie;

- Im Durchschnitt 37,5 Minuten Einzeltherapie pro Patient/in (ohne Wechselzeit) = 52 mögliche Therapieslots pro Tag
- Im Durchschnitt 45 Minuten Einzeltherapie pro Patient/in (mit Wechselzeit) = 43 mögliche Therapieslots pro Tag
- D.h. kalkulatorisch werden 6,5 Einzeltherapie-Räume benötigt (inkl. Übungsbad)
- Eine Erweiterung der Kapazitäten ist durch eine verlängerte Betriebszeit, z. B. 9-16 Uhr möglich. Bei 6 Stunden Therapiezeit/pro Tag x 6,5 Einzeltherapie-Räume je 52 Minuten Einzeltherapie pro Patient/in (mit Wechselzeit) = 45 Therapieslots pro Tag mit einheitlich 45 Minuten Einzeltherapie.

Anmerkung: Laut OPS 8-98a.1 muss die Einzeltherapie bei einer 90-minütigen Therapie insgesamt, mindestens 45 Minuten betragen.

Zur generellen Ausstattung der Einzeltherapieräume werden eine Sprossenwand, Waschbecken, Spiegel, Liege und Schrank benötigt. In einem der größeren Einzeltherapieräume wird ein 2x2 Mtr. Bett für neurologische Patientinnen benötigt.

Alle Therapie- und Ruheräume sind in ihrer Kubatur so geplant, dass nachträglich auch hier Patientenzimmer und Patienten-WCs herstellbar sind.

Anmerkung: Der geplante zeitliche Versatz von ½ Stunde für morgens ankommende Patienten (um den morgendlichen Stau zu vermeiden) führt automatisch zu einer Erweiterung der Öffnungszeit der TK Geriatrie um insg. 1 Std., woraus sich eine zusätzliche Raumverfügbarkeit für die o. g. Leistungserbringung ergibt.

- **Übungsbad & Arbeitsraum unrein**

Es ist ein Übungsbad vorgesehen, welches nicht barrierefrei geplant ist, da somit eine **Alltagstauglichkeit** geschaffen wird und realitätsnahe Übungen mit den Patient/innen trainiert werden können.

Verbunden mit einem gemeinsamen Vorraum ist gegenüber vom Übungsbad ein **ARunrein** mit einer Steckbeckenspüle vorgesehen, womit prozessorientiert auf kurzen Wegen die Urinproben aus dem Übungsbad in den ARunrein gebracht werden können.

- **Speise- & Aufenthaltsraum**

Der Speisen- und Aufenthaltsraum ist Stützpunkt-nah vorgesehen, damit die Patienten morgens nicht erst die ganze TK Geriatrie durchqueren müssen, um zum Frühstück zu gelangen, sondern Prozess-orientiert (Eingang, Garderobe, Stützpunkt, Blutzuckertest, Frühstücksraum,...) und unkompliziert den Raum erreichen können.

Der Speiseraum wird zudem als „**Therapieküche**“ mit einer eigenen Pantry und einem dazugehörigem Lager vorgesehen. Von hier aus erfolgt nicht die generelle Speisenversorgung der Patient/innen, die auch für die TK Geriatrie vom Speisenversorgungssystem des SKK mitversorgt werden. Vielmehr finden in dieser Umgebung, z. T. auch an den Tischen, Therapie-Kochkurse von geschultem Personal statt.

Anmerkung: Auch für die Organisation der Speisenversorgung werden versetzte Speisezeiten empfohlen, sodass sich nicht alle 40 Patient/innen gleichzeitig in dem Raum aufhalten (Unruhe, Lautstärke, Kantinencharakter usw.).

- **Patienten-WCs**

  Es sind 11 behindertenfreundliche Patienten-WCs, inkl. des Übungsbades vorgesehen, die ausreichend Rangierfläche für Rollatoren verfügen. Außerdem wurde, wie bereits erwähnt, im Eingang/Ausgang im EG ein behindertengerechtes-WC geplant, um den geriatrischen Patient/innen während der Wartezeiten auf den Transport eine nahe Verortung zu einem WC vorzusehen. Damit soll u. a. verhindert werden, dass Patient/innen der TK Geriatrie sich nicht in andere Bereiche (z. B. Praxen, Radiologie) verlaufen.

  Anmerkung: Da die Patienten-WCs in der TK Geriatrie die gleiche Fläche aufweisen wie die Nasszellen auf den Stationen, sind die Patienten-WCs auf der Tagesklinik Geriatrie als behindertengerecht zu bezeichnen (zusätzliche Fläche anstelle der Duschen).

- **Lager**

  Die Dimension der Lager und Infrastruktur weichen in der TK Geriatrie als Ausnahme zu den anderen Stationen ab, da hier individuelle Bedarfe vorhanden sind. Die Pantry im Speiseraum ersetzt vollständig eine Teeküche. Ein separates Getränkelager, sowie einzelne Lagerräume für die Physiotherapie und Pflege, werden dennoch in ausreichender Fläche geplant (Lager für Rollatoren, Gehwagen und Versorgungsmaterialien).

1.13. Stationen

Die wesentlichen Merkmale, die sich auf alle Stationen beziehen, wurden bereits unter Punkt 1.4 „Übergreifende Rahmenbedingungen & allgemeine Standards zur Planung des Neubaus“ behandelt. Nachfolgend wird hier somit nur noch auf die individuellen Themen für die Station der Klinik Flechsig eingegangen.

1.13.1. Spezifische Themen Station Flechsig

- **Dienstraum Geschäftsführung**

  Ein Büro mit 16m² ist vorgesehen und wird für die Geschäftsführung geplant.

- **Besprechungszimmer**

  Das Besprechungszimmer wurde für 10-12 Plätze geplant.

- **Patientenanmeldung/Sekretariat**

Für die Patientenanmeldung und das Bettenmanagement werden 2 Arbeitsplätze benötigt, die in einem gemeinsamen Büro geplant sind. Da die Patientenanmeldung auf der Station Flechsig eigenständig und getrennt arbeitet, wurde das Büro nicht mit dem Pflegestützpunkt kombiniert, sondern als einzelner Raum (ohne Tresen) mit einem eigenen Wartebereich als Raum-in-Raum-Lösung vorgesehen.

- **Stationsleitung/Verwaltung/Controlling**

  Für die Stationsleitung und die Verwaltung ist jeweils ein Büro mit je einem Arbeitsplatz geplant, die räumlich mit einer Tür verbunden sind.

- **U+B-Raum**

  Zzt. finden auf der Station HNO-Sprechstunden statt, die im U+B-Raum durchgeführt werden. Der Ablauf ist suboptimal. Die Anmeldelisten liegen auf dem Tresen des Stationsstützpunktes zum Selbsteintragen (Datenschutz/Patientenintegrität!). Die ambulanten Patient/innen warten auf einer Stuhlreihe am Stützpunkt und bekommen dort das Geschehen unmittelbar mit.

  Da die Sprechstunden auch im Neubau weiterhin stattfinden sollen, ist ein bettengängiger U+B-Raum (mit HNO-Stuhl) und die Anmeldung mit einer räumlich getrennten Wartenische (3-4 Warteplätze) als separates Raumcluster und getrennt vom Stationsstützpunkt vorgesehen.

1.13.2. Stationskubatur

Grundsätzlich wird die Grundstruktur der Stationen auch auf der Station der Klinik Flechsig umgesetzt, um eine möglichst hohe Flexibilität zu erhalten.

Dies gilt insbesondere für den **Stationsstützpunkt**, Dienstraum, ARrein und Personalaufenthaltsraum. Eine Zusammenlegung der beiden Räume Dienstraum und ARrein wurde zum einen aufgrund der Aufrechterhaltung der Grundstruktur nicht weiterverfolgt und zum anderen nach Rücksprache mit dem Hygiene-Institut wurde eine kombinierte Nutzung dieser beiden Räume abgeraten, da im ARrein die Hygiene-Richtlinien eingehalten werden müssen.

Dennoch wurden für die Klinik Flechsig aus funktionaler Sicht einige Besonderheiten berücksichtigt, die in ihrer Kubatur jedoch nachträglich alle in die Stations-Grundstruktur zurückverlegt werden können.

- Da die Klinik Flechsig die **Essenzubereitung** teilweise selbständig zubereitet, zusätzlich zur Belieferung vom SKK, ist eine Küche mit direktem Zugang zu der Teeküche und einem Lebensmittellager vorgesehen.
- Die Getränkelagerung erfolgt hier gemäß der Hygiene-Vorgaben im Lebensmittellager.
- Es ist ein eigener **Server-Raum** vorgesehen, da die Technikräume für die reine Haustechnik gedacht sind. Zwar wird die IT-Leistung von extern in Anspruch genommen, dennoch wird ein kleiner Raum für die Hardware (Router o. ä.) benötigt.

- Die Zugänge für die **Technikräume** sind für diese Station vom Treppenhaus zugänglich, nicht wie auf den üblichen Stationen vom Stationsflur aus. Damit wird eine 24/7 Zugänglichkeit ohne Abhängigkeiten der Öffnungszeiten der Klinik Flechsig hergestellt.
- Der **ARunrein** ist als kombinierte Nutzung mit einem **Pumi**-Raum geplant, da die Klinik Flechsig keine Reinigungsleistungen vom SKK in Anspruch nehmen möchte, sondern diese eigenständig durchführen wird. Daher wird die kombinierte Raumlösung mit einer größeren Fläche geplant, als im SRP S.-H. festgelegt.
- ISO-Patientenzimmer mit **Kittelschleusen** werden in der Klinik Flechsig nicht umgesetzt, da Isolations-Fälle nur in seltenen Fällen vorkommen.
- Ein **Stationsbad** wird von der Klinik Flechsig nicht benötigt und daher baulich nicht geplant.
- Es werden keine **Nischen** für Wäschewagen benötigt.
- Mit den Nutzern/innen ist kommuniziert, dass eine Nutzung der **Betten-Holding** für saubere Betten auf der Ebene nicht erforderlich ist. Die Klinik Flechsig verfügt mit der geplanten Bettenanzahl 2 Betten mehr (zzt. 30 Betten) und hat somit allgemein in den Patientenzimmern ausreichend Stellflächen für Reservebetten. Die Bettenreinigung erfolgt in den Zimmern.
- Der gemeinsame **Entsorgungsraum** auf der Ebene wird auch von der Klinik Flechsig zentral mitgenutzt.
- Eine **Personalumkleide** auf der Station wird nicht benötigt, da die zentrale Personalumkleide im SG auch für die Mitarbeiter/innen der Klinik Flechsig genutzt wird.
- Ein **Besucher – WC** ist direkt auf der Station der Klinik Flechsig vorgesehen.
- Im Rahmen von Hausmeistertätigkeiten wurde für dessen Materialien ein **Hausmeister-Lager** geplant.
- Für **Lagerräume** wurde von den Nutzern/innen folgender Raumbedarf gefordert und entsprechend in der Planung umgesetzt:
  - Hausmeisterkammer 3 m²
  - Wäscheraum rein 6 m²
  - Lagerraum rein 20 m²
  - Technikraum 5 m²
  - Gerätelager 10 m²
  - Lebensmittellager inkl. Getränkelagerung 8 m²
  - Teeküche 10 m²
  - Küche 15 m²

5. Obergeschoß

1.14. Palliativstation

- **Eingangsbereich und Gesamtatmosphäre**

  Der Eingangsbereich sollte möglichst keine klassische Stationsatmosphäre vermitteln; wichtig ist viel Licht und Transparenz. Die räumliche Gestaltung soll wohnlich sein und eine ruhige Atmosphäre ausbilden (1. Eindruck: „Hier geht die Zeit langsamer.“).

- **Pflegestützpunkt**

  Der Stützpunkt mit Dienstzimmer und ARrein ist auch hier auf Grund der Einhaltung der Grundstruktur wie die übrigen Stationsstützpunkte im Neubau 6 des SKK geplant.

- **Patientenzimmer**

  Insgesamt sind 12 Betten geplant, die alle als 1-Bett-Zimmer geplant werden und bei Bedarf als 2-Bett-Zimmer bzw. mit Beistellbett auch für Angehörige mit nutzbar sind.

  4 Patientenzimmer sollen eine Kittelschleuse erhalten, wobei dort die Türen von den Kittelschleusen in das Patientenzimmer einen Lichtausschnitt benötigen, um Tageslicht in der Kittelschleuse herstellen zu können.

  Anmerkung: Die offene Atmosphäre muss auch bei den Patientenzimmern mit Kittelschleuse erhalten bleiben! Stichwort: Lichtdurchlässigkeit/Anzeichen von Wohnlichkeit.

- **Nasszellen**

  Die Nasszellen sind grundsätzlich behindertenfreundlich geplant und verfügen über ausreichend Rangierfläche für Rollatoren.

  Ein Stationsbad, wie auf den anderen Stationen, ist auf der Palliativstation nicht erforderlich und wird daher nicht berücksichtigt.

- **Wohnzimmer & Patienten-Aufenthaltsraum**

  Das Wohnzimmer ist ein Rückzugsraum für Patient/innen und Angehörige, worin eine repräsentative Gestaltung erwünscht ist. Es wurde im Wohnzimmer eine Pantry (Kaffeemaschine, Teekocher) vorgesehen. Danebenliegend wurde eine Lehrküche mit großzügigen Glaselementen für ausreichend Tageslicht vorgesehen. Hierin werden Therapie-Kochkurse von geschultem Personal durchgeführt, damit Patient/innen, die nach Hause entlassen werden, in der Speisenversorgung angeleitete und geschult werden können. Die grundsätzliche Speisenversorgung findet auch hier mit dem üblichen Tablett-Speisensystems des SKK im Patientenzimmer statt.

Da in bestimmten Patientensituationen das Wohnzimmer länger belegt sein kann, ist ein zweiter Aufenthaltsraum für Patient/innen sinnvoll und wurde daher in der üblichen Stations-Grundstruktur vorgesehen.

- **Dachterrasse**

  Die Dachterrasse mit Zugang von der Station ist bettengängig vorgesehen und sollte möglichst rundherum absturzgesichert werden (Suizidgefahr). Ggf. ist eine teilweise Überdachung der Dachterrasse möglich.

- **U+B-Raum/Notfall- & Krisenzimmer**

  Das Notfall- & Krisenzimmer wird sowohl für die Akutversorgung des/der Krisenpatient/in und für palliative Krisensituationen, als auch für die reguläre medizinische Versorgung von Stationspatient/innen als U+B-Raum genutzt. Palliativpatient/innen von der ZNA sollen zukünftig direkt oder unmittelbar nach der Triagierung auf der Palliativstation verlegt werden, damit Patient/innen im kritischen Zustand nicht unnötig lange in der ZNA warten, sondern adäquat palliativmedizinisch versorgt werden. Daher wird die Verortung des Notfall- und Krisenzimmers so nah wie möglich an den Aufzügen geplant.

  Anmerkung: Eine Prozessbeschreibung zum/zur palliativen Notfallpatient/innen befindet sich in Vorbereitung und wird seitens des SKK bis zur Inbetriebnahme der neuen ZNA entwickelt und umgesetzt.

  Die Raumdimension wurde großzügig geplant um den Prozessen im Krisenfall (Umlagerungen, Reanimationen, Sonografien usw.) gerecht zu werden und den Aufenthalt von Angehörigen in der palliativen Krisensituation zu ermöglichen. Die Raumgestaltung soll „würdig“ und nicht wie in einem Reanimationsraum sein. Zudem wurde eine direkte Verbindung mit dem Gesprächsraum für Angehörige hergestellt.

- **Gesprächsraum**

  Der Gesprächsraum dient generell für Angehörigengespräche, u.a. mit Therapeuten, dem Sozialdienst, Ärzten und der Pflege. Um einen eigenen, abgeschlossenen Bereich in Krisensituation zu erreichen, ist der Angehörigen-Gesprächsraum mit dem Krisenzimmer direkt verbunden und mit einem eigenen Besucher-WC geplant.

- **U+B-Raum**

  Ist das Notfall- & Krisenzimmer belegt, wird das Oberarztzimmer als kombinierte Lösung zu einem weiteren U+B-Raum mit einer Liege konzipiert.

- **Raum der Stille**

  Dieser Raum ist sowohl für Patient/innen und Angehörige vorgesehen und entsprechend als Andachts- und Entspannungsraum gestaltet. Die Verortung des Raumes wurde bewusst in Richtung des oberen Flurs geplant, um Wegegeräusche zum Wohnzimmer, Lehrküche bzw. Dachterrasse, soweit machbar, zu vermeiden.

- **Physiotherapie für Einzeltherapien**

  Die Räume sind mit einer Liege, einer Sprossenwand und evtl. einem Spiegel ausgestattet (Stichwort: „Sport bei Krebs“). Das integrierte Lager ist für die Physiotherapie vorgesehen. In diesem Fall ist die Raumdimension nicht der Funktionalität geschuldet, sondern vielmehr der bauliche Grundstruktur, sodass der Raum mit dem Lager, bei etwaiger zukünftiger Umnutzung der Ebene, auch als Patientenzimmer mit einer Nasszelle hergestellt werden könnte.

- **Sozialraum/Multifunktionsraum für das Personal**

  Dieser Raum ist als Sozialraum, sowie als Besprechungsraum geplant, in dem ≥ 14 Personen Platz finden; es finden Palliativ-Teamsitzungen, sowie tägliche Besprechungen statt; hinzukommen ≥ 30 Schließfächer.

- **Dienstzimmer**

  Als Ausnahme zu den anderen Stationen und Abteilungen werden auf der Palliativstation die Dienstzimmer der Oberärzte/innen, Stationsärzte/innen und Assistenzärzte/innen, sowie ein Bereitschaftszimmer direkt auf der Station vorgesehen, um im Notfall schnell verfügbar zu sein.

  Das Chefarztbüro hingegen verbleibt im Bestandsbau.

  Das Teamleitungsbüro wird als Ausnahme im 5. OG als Einzelbüro geplant, da dort sensible Gesprächsmöglichkeiten erforderlich sind.

- **Büroräume**

  Ein Büro für CM wird in der Palliativmedizin nicht benötigt. Vielmehr ist je ein Büro mit einem Arbeitsplatz für SAPV(Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)-Koordination und CO erforderlich und wurde berücksichtigt.

- **Betten-Holding**

  Durch die Verortung eines Chefarzt-Bereiches im 5. OG, entfällt eine zentrale Betten-Holding. Daher wird auf der Station eine eigene Betten-Holding vorgesehen, wo etwa 2-3 saubere Betten vorgehalten werden können und somit die Verortung separiert und deutlich weniger präsent ist.

- **Arbeitsraum unrein**

  Der ARunrein ist mit dem Pumi-Raum nicht kombinierbar, da aus SKK-Erfahrungswerten vermehrter Diebstahl von Pumi-Materialien stattfindet und daher wie auch auf den anderen Ebenen als zentraler Raum vorgesehen.

1.15. Onkologische Ambulanz

In der Onkologischen Ambulanz des SKK werden zzt. ≥ 50 Patient/innen pro Tag versorgt. Mit Blick auf die demographische Entwicklung und vor dem Hintergrund der medizinischen Schwerpunkte des SKK ist hier eher mit Steigerungen, als mit einem Rückgang der Patientenzahlen zu rechnen.

Die Onkologische Ambulanz gliedert sich funktional in zwei Hauptbereiche (onkologischer **Sprechstunden-Bereich** und **Chemotherapie-Bereich**), die funktional durch einen interdisziplinär genutzten, onkologischen Kernbereich miteinander verbunden sind:

Sprechstunden-Bereich	Zentr. Funktionen	Chemotherapie-Bereich
▪ 1 Arbeitsplatz (MFA) für Sprechstunden-Organisation ▪ 4 Shared Desk Sprechstundenzimmer ▪ 4 Sprechstundenzimmer mit integriertem Arztzimmer	▪ Stützpunkt/Anmeldung ▪ Back Office ▪ Aufnahme Patienten ▪ Wartebereich ▪ Blutentnahme, inkl. Blutgasanalyse vor Ort ▪ Sonographie ▪ Sono-Punktion ▪ Versorgung & Lager	▪ Infusions-Vorbereitung ▪ 4 Patientenzimmer á 4 Sitzend-Plätze ▪ 1 Patientenzimmer mit 2 Liegend-Plätzen ▪ 1 Iso-Patientenzimmer mit Kittelschleuse und je 1 Liegend- und Sitzend-Platz ▪ Teeküche & Getränkelager

- Anmerkung Es ist zu empfehlen die Sprechstunden wie in einer Praxis zu organisieren und dafür auch die **Organisationsverantwortung** in spezifische und damit vertraute Hände (Medizinische Fachangestellte) zu geben.
- Anmerkung: Hinweis zur Optimierung der Auslastung der Chemotherapie-Plätze morgens ggü. der aktuellen Situation sind Optimierungspotentiale vorhanden, die bestehenden Patientenschwankungen pro Tag besser auszugleichen (Stichwort: Terminmanagement).

  Um dies zu unterstützen, könnten Patient/innen mit „Standard-Chemotherapie“, d.h. Infusionslösungen, die kostenniedrig am Tag vorher bestellt, zubereitet und bereitgestellt werden, bereits am Vortag für die Infusion freigegeben werden. Dies würde eine strategische Entscheidung und Umsetzung zur Standardisierung seitens des SKK bedeuten.

  Bei Verwurf, weil der Allgemeinzustand des/der Patient/innen die Infusion nicht zulässt, ist das Kostenrisiko im Einzelfall vertretbar – Vorteil: es könnte die Auslastung morgens (leere Plätze) deutlich optimiert werden.

  Der o. g. Effekt ist zzt. sehr ärzteabhängig; einige Ärzte/innen verordnen bereits mit „festen Therapien“, sodass morgens die Laborergebnisse nicht abgewartet werden müssen bis die Dauertropfinfusion (DTI) angemischt werden kann.

Andere wiederum verordnen fast ausschließlich nur so, dass das Anmischen der DTI in der Apotheke erst begonnen werden kann, wenn die Laborergebnisse vorliegen und somit Leerstände der Chemo-Plätze am Morgen verursacht werden.

Empfehlungen:

- Abgleich/Entscheidung für Standards bzgl. Therapieverordnungen zur Anwendung für alle Ärzte/innen der Onkologischen Ambulanz.
- Abwägen der Ablauf- und Auslastungsoptimierung.

  Niedriges Kostenrisiko bei Standardeinsatz von kostenniedrigen Infusionen für den ungeplanten Verwurf. Ungeöffnete Standard-Infusionen können in der Apotheke auch noch nach 76 Stunden für andere Patient/innen verwendet werden, d.h. das Kostenrisiko durch Verwurf von Infusionen ist bei niedrigpreisigen Infusionen grundsätzlich gering und wird bei flexibler Nutzung innerhalb von 76 Stunden noch weiter minimiert. Das Kostenrisiko kann zudem mit einer Ablauf- und Auslastungsoptimierung gemäß dieser Empfehlung aufgefangen werden.
- Terminkoordination als Kernaufgabe, ggf. mit einem eigenem Arbeitsplatz zum Optimieren der Auslastung über die Wochentage, u.a. durch Optimierung des Patienten-Mixes (Stichwort: Einbestellung der Patient/innen mit fester Chemotherapie für morgens)

- **Wartebereiche**

  Zusätzlich zum Ambulanz-Warten am Stützpunkt, werden die beiden weiteren Wartebereiche aus ablauftechnischen Gründen zwischen „Sprechstunden-Bereich“ und „Chemotherapie-Bereich“ voneinander getrennt und in zwei separate Wartebereiche geplant. Ein weiterer Wartebereich ist bei der Sonographie vorgesehen, um ein Zwischenwarten für Patient/innen zu ermöglichen.

  Aufgrund des Krankheits- und Alterszustandes der Patient/innen, werden alle Bereiche mit einem Handlauf und ausreichender Beleuchtung vorgesehen.

  Die Türen benötigen elektrische Öffnungsautomatiken mit Lichtschranken.

- **Administrative (Erst-) Aufnahme**

  Da die administrative Aufnahme weiterhin dezentral in der Onkologischen Ambulanz und nicht in der zentralen Anmeldung des SKK erfolgt, ist zu empfehlen einen dafür geeigneten klassischen Anmelde-Arbeitsplatz als geschlossenen Raum vorzusehen (und nicht wie bisher üblich am offenen Tresen). Daher sind 2 Arbeitsplätze am Tresen und zwei weitere Aufnahmeboxen mit je einem Arbeitsplatz vorgesehen.

- **Blutentnahme**

  In der Blutentnahme werden 2 Stühle und 1 Liege (für Portanlagen) benötigt. Zu den Blutentnahmen werden in dem Raum auch s.c.-Chemotherapien verabreicht. Daher wird entweder vor Ort über eine geeignete Entsorgungsvorrichtung

(zum Thema Entsorgung siehe Arbeitsraum unrein & Entsorgung Zytostatika) oder eine nahe Verortung zum ARunrein benötigt.

- **Rohrpost**

  Eine Umsetzung einer Rohrpostanlage wurde final im SKK noch nicht entschieden.

  In der Onkologischen Ambulanz fällt eine hohe Anzahl von Blutproben an, die zukünftig vom Haus 6 in den Bestandsbau transportiert werden müssten, was nicht unerhebliche Personalressourcen in Anspruch nehmen würde.

  Anmerkung: Die Einrichtung einer Rohrpostanlage wird im Interesse der Abläufe, der Prozess-Beschleunigung und der Personaleffizienz dringend empfohlen. Die Verortung der Anschlussstelle sollte zentral, z. B. im Stützpunkt bzw. bei der Blutentnahme erfolgen.

- **Arzt- & Sprechstundenzimmer**

  Zur Ermittlung der Sprechstundenzimmer-Bedarfe der onkologischen Ambulanz wurde von Wedeleit HCMS eine Management-Entscheidungsvorlage erstellt, indem folgende Ausgangsmodelle aufgezeigt wurden:

  Ist-Darstellung der Sprechstundenzimmer:
  Die derzeitigen Sprechstundenzimmer sind personalisierte Büros in denen sowohl die Sprechstunden für Patient/innen, als auch administrative Tätigkeiten durchgeführt werden.

  Auf Basis von Daten der Onkologischen Ambulanz wurde in einer Ist-Darstellung die derzeitige Auslastung aller Sprechstundenzimmer/Arztbüros visuell aufgezeigt und als Ausgangsgrundlage genutzt, um die beiden folgenden möglichen Modelle darzustellen, die zukünftig in dem Neubau umgesetzt werden können.

  Modell: Shared Desk Nutzung:
  Bei einem reinen Shared Desk Modell geht man davon aus, dass alle Sprechstundenzimmer als Shared Nutzung zur Verfügung gestellt werden und für die Sprechstunden jeweils Zeitslots reserviert werden (Voraussetzung ist eine zentrale Sprechstundenplanung). Die administrativen Tätigkeiten werden dann in Arztzimmern, die im Bestandsbau verortet werden können, durchgeführt. Damit wird eine optimale Raumauslastung erzielt, sodass eine maximale Anzahl an Sprechstunden durchgeführt werden können. Nachteil hierbei sind nicht unerhebliche Wegezeiten zum Pendeln zwischen Sprechstundenzimmern und Arztbüros, insbesondere für Ärzte/innen, die ihre Primärfunktion in der onkologischen Ambulanz und ihr Büro in einem anderen Bereich hätten.

  Mischmodell: Feste Büros mit Sprechstunden-Nutzung & Shared Desk:
  Bei diesem Modell wird der Ansatz verfolgt, bei dem sowohl eine gewisse Anzahl an Shared Desk Büros, als auch eine Anzahl personalisierter Arztbüros mit einer Sprechstundenzimmer-Nutzung definiert werden. Somit ist es möglich, dass Ärzte/innen mit einer Primärfunktion in der onkologischen Ambulanz vor Ort

Sprechstunden und administrative Tätigkeiten in einem Raum durchführen können. Parallel dazu werden in den anderen Räumen (Shared Desk) Zeitslots für feste Sprechstunden, wie z. B. Privat-Sprechstunden, chirurgische und gastroenterologsiche Sprechstunden, ggf. alternative Medizin, Physio-Onkologische Sprechstunden, Sozialdienst, Ernährungsberatung usw. organisiert. Vorteil hierbei ist die Kombination der positiven Effekte aus beiden Modellen bzgl. Optimierung der Raumauslastung ohne Verlust von Wegezeiten der Ärzte/innen.

Zusammenfassung:
Auf Basis der Analyse sind in der Onkologischen Ambulanz – unabhängig vom Modell – 8 Räume erforderlich. Alle Räume sind für die Nutzung mit ggf. 2 Arbeitsplätzen auszustatten. Für welches Organisations- oder Nutzungsmodell sich das SKK entscheidet, beeinflusst die Bauplanung nicht. Für die zzt. 7 Ärzten/innen und 5,6 Vollzeitstellen der Onkologie werden 6 Räume benötigt. Zusätzlich wird ein Sprechstundenzimmer für Spezial-Sprechstunden und ein Sprechstundenzimmer für zusätzliche Angebote (Ernährungsberatung, Sozialdienst usw.) benötigt.

Vor o. g. Hintergrund wurde sich im Rahmen des Planungsprozesses mit den Nutzern/innen auf ein Mischmodell mit 4 Shared Desk-Büros und 4 festen Arztbüros mit einer Sprechstunden-Nutzung verständigt. Die finale Festlegung erfolgt jedoch erst zur Inbetriebnahme.

- **Sonographie**

  Der Sonographie-Raum ist für den Chemotherapie-Bereich und den Sprechstunden-Bereich vorgesehen.

  Eine kombinierte Raumkonzeption von Sonographie und Knochenmarkspunktion kann mit diesem Raum nicht realisiert werden, da die relativ lange Aufenthaltsdauer bei den Knochenmarkspunktionen die flexible und bedarfsgerechte Sonographie-Nutzung verzögern und somit den Ablauf im Sprechstunden-Betriebes erheblich beeinträchtigen würde.

- **Knochenmarks-Punktionen**

  Die Knochenmarks-Punktionen finden zzt. in den Arztzimmern, die auch als Sprechstunden-Zimmer genutzt werden, statt.

  Für die zukünftige Durchführung der Knochenmarkspunktion ist eine eigener U+B-Raum geplant, in dem sowohl die Voraussetzung für die eigentliche Intervention, als auch für das anschließende Nachruhen der Patient/innen realisiert wird. Gemäß Klärung mit der Hygiene ist die Durchführung der Knochenmarkspunktion in den U+B-Räumen zulässig.

- **Infusions-Vorbereitung (Arbeitsraum rein)**

  Im Infusions-Vorbereitungsraum werden die Dauertropfinfusionen (DTI) und sonstige Therapien aufbereitet.

  Die Arbeitsflächen müssen im Interesse der Hygiene und der Minimierung von Verwechslungsrisiken großzügig sein, um u. a. die patienten-individuellen Tabletts so

zu organisieren und zwischenzulagern, dass ein versehentliches „Vermischen“ von Therapeutika, z.B. Kollision o. ä. (Stichwort: Patienten-Sicherheit) ausgeschlossen werden kann.

Es werden dort Flächen für 1 Kühlschrank für Medikamente, 1 Kühlschrank für Blutaufbewahrung, 1 BTM-Schrank, sowie Scan- und Medikamentenschränke benötigt.

- **Patientenräume Chemotherapie**

  Die Therapieräume sind so geplant, dass sich kein Durchgangsbereich für andere Patient/innen ergibt. Eine Einsehbarkeit der Räume für die Mitarbeiter/innen ist berücksichtigt.

  Zum Schutz der Privatsphäre sind maximal 4-5 Stühle pro Raum mit ausreichend sozialer Distanz zwischen den einzelnen Stühlen geplant. Zzt. sind in der Onkologischen Ambulanz 16 Plätze vorhanden (4 Patientenzimmer mit je 4 Plätzen).

  An jedem Stuhl soll ein Halter für Desinfektionsmittel und die Halterung für die Infusion angebracht sein. Neben jedem Stuhl ist eine Ablagefläche vorgesehen.

  Generelle Anforderungen an die Therapieräume/Infrastruktur:

  - Wandanschlüsse für Sauerstoff- und Inhalation
  - Mindestens 4 Steckdosen/Stuhl
  - Ablagefläche ausreichender Größe (DIN A3), desinfizierbar, benutzbar ohne Gefährdung von Port- und Viggogefährdung
  - Höhenverstellbare Hocker
  - Je 1 Zytostatika-Abwurfbehälter pro Patientenzimmer, ggf. PACTO Safe, damit Kreuzkontaminationen bei langen Wegen vermeiden werden
  - Schrankplatz für Wäsche (je 8 Kissen, Wolldecken Handtücher etc.) je Patientenzimmer
  - Schrankplatz für pflegerische Arbeitsmaterialien inkl. Waschtisch je Patientenzimmer
  - Stellfläche für Pflegearbeitswagen je Patientenzimmer
  - Hygienisch akzeptable Stellflächen/Schränke für Patienteneigentum, bestenfalls direkt am Patientenplatz
  - Ausreichend Platz für beleuchtete Arbeitsflächen für eine hygienische Vorbereitung zur Applikation der mitgelieferten Therapien
  - Haarkühlungsgerät/e (Caping-Systeme: Haube mit Kühlung zur Verhinderung von Haarausfall)
  - Platz für zentralen Wäscheabwurf (Nische am Flur)

Zwei zusätzliche Räume mit je 2 Plätzen sind für Liegend-Patient/innen vorgesehen. Eines der Patientenzimmer soll für Isolationspatienten ausgelegt sein und ist daher mit einer Kittelschleuse geplant.

Damit sind insgesamt 20 Chemotherapie-Plätze geplant, was einer Steigerung ggü. dem IST i. H. v. 25% entspricht.

- **Arbeitsraum unrein/Entsorgung Zytostatika**

  Der ARunrein ist mit einer Durchreiche für Urinproben vom danebenliegenden Patienten-WC vorgesehen. Es werden eine Steckbeckenspüle und ein abschließbarer Schrank für Inkontinenzmaterial benötigt.

  Grundsätzlich sind bei der Planung kurze Wege für die Zytostatika-Entsorgung berücksichtigt, indem in jedem Patientenzimmer, also dezentral jeweils eine Fläche für 2 Zytostatika-Entsorgungsbehälter vorgesehen ist, ggf. mit PACTO-Safe (der Flächenbedarf, ca. 50x50 cm pro Behälter, bleibt mit und ohne PACTO Safe gleich).

  Gleiches gilt für den Blutentnahmeraum, in dem die Materialien für subcutane Therapien entsorgt werden müssen. Hier reicht jedoch der Stellplatz für einen Behälter aus.

- **Teeküche & Getränkelager**

  Für die Versorgung mit Getränken ggf. auch mit Snacks ist eine kleine Teeküche (Zugang für Personal) mit einem kleinen benachbarten Raum (Zugang für Patienten) und Durchreiche von der Teeküche aus geplant.

- **Patienten-Garderobe**

  Es ist geplant, dass die Patienten ihr Garderobe mit in die Patientenzimmer nehmen (eigene Beaufsichtigung/Haftung Wertsachen). Hierfür sind in den Räumen geeignete Aufhängungen vorzusehen.

- **Lager**

  Ein **Gerätelager** für Monitore, transportable Sauerstoffversorgung, Reanimationswagen wird in naher Umgebung zu den Patientenzimmern vorgesehen, damit im Notfall kurze Wege vorhanden sind.

  Da der Vorbereitungsraum für Infusionen mit ausreichenden Schrankfläche für Scan- und Medikamentenschränken berücksichtigt ist, wird das **Versorgungslager** mit einer kleineren Fläche, als dem Stations-Standard, vorgesehen und wurde bewusst mit einer Durchgangstür versehen, um eine kurze Wegeanbindung für das Personal zwischen den Bereichen Chemotherapie und Sprechstunden-Bereich herzustellen.

- **Wäsche**

  Ablauforientiert wird auf dem Flur im Chemotherapie-Bereich eine Nische für 2 Wäsche-Abwurfbehälter für den Abwurf von Schmutzwäsche vorgesehen. Diese

Nischen werden aus optischen und hygienischen Aspekten mit einem Sichtschutz (z. B. Glaswand) versehen.

- **Diensträume**

  Für die Onkologische Ambulanz werden jeweils ein Büro für die Teamleitung und Abrechnung mit einem Arbeitsplatz geplant.

- **WC**

  Die WCs der onkologischen Ambulanz sind aufgrund der großenteils bewegungseingeschränkten, auf Rollatoren angewiesenen Patient/innen grundsätzlich behindertenfreundlich ausgelegt.

  Zudem ist ein Behinderten-WC vorgesehen.

  Ein WC ist direkt nehmen dem ARunrein verortet und mit einer Durchreiche für Urinproben zum ARunrein geplant.

  Im WC werden auch Stoma-Beutel gewechselt (desinfizierbare Ablageflächen, Müllentsorgung für Stoma-Beute erforderlich).

1.16. Chefarzt-Bereich

Für eine noch nicht festgelegte Abteilung wird im 5.OG eine Fläche für einen Chefarzt-Bereich mit Sekretariat und leitendendes Oberarzt-Büro realisiert.

Zudem stehen dort ein Wartebereich, U+B-Raum, Besprechungsraum und in naher Umgebung ein genereller Konferenzraum für das SKK zur Verfügung.

Anmerkung: Die Reduzierung und Zusammenlegung der Patienten- und Personal-WCs soll im weiteren Planungsverlauf mit der Hebammenpraxis evaluiert werden.

1.17. Hebammenpraxis

Da die Praxis in direkter Umgebung der Palliativ-Station und Onkologischen Ambulanz verortet ist, ist eine gute optische Abgrenzung vorzusehen. Die Zugänge und Wegeführung werden soweit möglich separiert.

- **Eingangsbereich und Gesamtatmosphäre**

  Die Praxis soll eine Willkommensatmosphäre und dem Zweck entsprechend „schön“ gestaltet sein. Der Eingang soll offen und transparent wirken.

  Der Gedanke, den Eingang als Foyer mit Multifunktion (Besprechungen, Veranstaltungen, o. ä.) auszurichten, wurde im Nutzergespräch aufgegeben, da:

  - der Personalaufenthaltsraum mit Teeküche auch für kleinere/kürzere Besprechungen und Kurse miteingerichtet und genutzt werden soll und daher mit einer entsprechenden Größe geplant ist.
  - der Gymnastikraum als Veranstaltungsraum genutzt werden kann.

- **Wartebereiche**

  Der Wartebereich für „Sprechstunde“ ist offen auf dem Flur mit ca. 5 Plätzen und einer integrierten Garderobe vorgesehen und kann ggf. mit den Wartenden für die „Kurse“ gemischt genutzt werden.

- **Sprechzimmer**

  Es sind 2 Sprechzimmer für Hebammen-Sprechstunden geplant und benötigen die bauliche Voraussetzung für folgende Ausstattung:

  - jeweils ein kleiner Arbeitsplatz,
  - jeweils Gesprächssituation für 3 Personen,
  - 1x CTG auf Kombinations-Liegestuhl,
  - 1x CTG und Liege und
  - Kartenlesegerät.

- **Sozialraum**

  Der Personalaufenthaltsraum ist mit einer Teeküche vorgesehen, worin auch die Getränkelagerung erfolgen soll.

- **Gymnastikraum**

  Es ist ein großer Gymnastikraum von etwa 65 m² vorgesehen, der auch für größere Schwangerschaftskurse mit bis zu ca. 20 Schwangeren plus Partner genutzt werden kann. Die Verortung an einer großen Fensterfläche mit viel Tageslicht, erfüllt die Anforderungen einer hellen und freundlichen Gestaltung.

  Es ist kein schwingender Fußboden erforderlich. Zur Lagerung von Kurs-Materialien (z.B. Pezzi-Bälle usw.) wird eine Schrankreihe im Gymnastikraum vorgesehen.

  Die Anforderung den Raum, aus Gründen einer Auslastungsoptimierung, für externe Partner, SKK und sonstige Informationsveranstaltungen zur Verfügung zu stellen, wurde im Laufe des Planungsprozesses nicht weiterverfolgt. Informationsveranstaltungen sollen in Konferenzräumen des SKK geplant werden und sind somit baulich für die Praxis nicht relevant. Die Zugänglichkeit von außerhalb der Praxis wurde damit verworfen.

- **Lager**

  Zusätzlich zur Schrankreihe im Gymnastikraum wird ein separater Lagerraum vorgesehen.

- **WC**

  Es sind ein unisex Personal-WC vorgesehen und für die Patient/innen 2 unisex-WCs, wovon eines mit Wandklapp-Wickeltisch geplant ist.

  Das behindertengerechte WC kann von der Hebammenpraxis im Gesamtgebäude mitgenutzt werden.

  Anmerkung: Die Reduzierung und Zusammenlegung der Patienten- und Personal-WCs soll im weiteren Planungsverlauf mit der Hebammenpraxis evaluiert werden.

- **Entsorgung & Pumi**

  Zukünftig wird von der Hebammenpraxis der zentrale Entsorgungsraumes mitgenutzt, sodass dieser in der Hebammenpraxis nicht berücksichtigt wurde.

  Anmerkung: Ein eigener Pumi-Raum wurde vorerst nicht geplant. Ob eine Reinigungsleistung vom SKK in Anspruch genommen wird, wurde bisher noch nicht final geklärt. Bei Nicht-Inanspruchnahme einer SKK-Reinigungsleistung können die Pumi-Materialien im Entsorgungsraum mitgelagert werden.

Ende des Berichtes

2. Anlagen

Anlage 1: Raumprogramme

Anlage 2: Auslastungsanalyse ZOP/AOZ

Anlage 3: ZSVA-Übersicht, Kapazitätsberechnung & Fallwagen-Konzept

Anlage 4: Endoskopie-Aufbereitung

Anlage 5: Auslastungsanalyse Radiologie

Anlage 6: Grundrisse

3. Abkürzungsverzeichnis

24/7	*24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche/Rund um die Uhr*
AD	*Arztdienst*
Amb.	*Ambulanz*
AOZ	*Ambulantes OP-Zentrum*
ARrein	*Arbeitsraum rein*
ARunrein	*Arbeitsraum unrein*
ASR	*Arbeitsstätten-Richtlinie*
AWR	*Aufwachraum*
Bsp.	*Beispiel*
bspw.	*beispielsweise*
BTM	*Betäubungsmittel*
bzgl.	*bezüglich*
bzw.	*beziehungsweise*
ca.	*circa*
CÄ/CA	*Chefärztin/Chefarzt*
cm	*Centimeter*
CM	*Pflegediagnostiker/in*
CO	*Codierung/Controlling*
CT	*Computertomograph/Computertomographie*
CTG	*Cardiotocography*
D + H	*Damen und Herren*
d. h.	*das heißt*
DIN	*Deutsches Institut für Normung*
DTI	*Dauertropfinfusion*
EEG	*Elektroenzephalografie*
EG	*Erdgeschoß*
EKG	*Elektrokardiogramm*
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie
etc.	*et cetera*
evtl.	*eventuell*
ggf.	*gegebenenfalls*
GKV	*Gesetzliche Krankenversicherung*
HNO	*Hals-Nasen-Ohren*
i. H. v.	*in Höhe von*
inkl.	*inklusiv*
INO	*Operative Intensivstation*
ISO	*Isolation*
ITS	*Intensivstation*
KG	*Kellergeschoß*
m	*männlich*
m²	*Quadratmeter*
max.	*maximal*
MFA	*Medizinische Fachangestellte*
MRT	*Magnetresonanztomographie*
Mtr.	*Meter*
NF	*Nutzfläche*
o. ä.	*oder ähnlich*

o. g	*oben genannt*
OÄ/OA	*Oberärztin/Oberarzt*
OG	*Obergeschoß, Obergeschoss*
OPS	*Operationen- und Prozedurenschlüssel*
Pumi	*Putzmittelraum*
RDG	*Reiniguns- und Desinfektionsgerät*
RIS	*Radiologieinformationssystem*
s. o.	*siehe oben*
SAPV	*Spezialisierte ambulante Palliativversorgung*
SDS	*Same-Day-Surgery*
SKK	*Städtisches Krankenhaus Kiel*
SRP S.-H.	*Standardraumprogramm Schleswig-Hostein*
t	*Tonne*
TK	*Tagesklinik*
TK Geriatrie	*Tagesklinik Geriatrie*
TPG	*Teilprojektgruppen*
TUR	*Transurethrale Resektion*
u. a.	*unter Anderem*
U+B-Raum	*Untersuchungs- und Behandlungsraum*
UCH	*Unfallchirurgie, Unfallchirurgie*
usw.	*und so weiter*
w	*weiblich*
Wedeleit HCMS	*Wedeleit Health Care Management Service*
z. B.	zum Beispiel
z. T.	*zum Teil*
ZNA	*Zentrale Notaufnahme*
ZOP	*Zentral-OP*
ZSVA	Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung

Wedeleit Health Care Management Service

Rainhard Wedeleit GmbH

Frohmestraße 23

D-22457 Hamburg

Telefon: 040 / 55 20 44 - 0

Telefax: 040 / 55 20 44 - 29

E-Mail: info@wedeleit.de

Internet: www.wedeleit.de