

Landeshauptstadt Stuttgart
Der Oberbürgermeister
GZ: OB 5223 - 05.00

Stuttgart, 06.04.2011

Stellungnahme zum Antrag

Stadträtinnen/Stadträte – Fraktionen SPD-Gemeinderatsfraktion
Datum 10.12.2010
Betreff Stresstest für die Fortschreibung des Strukturellen Rahmenplans des Klinikums Stuttgart - GRDRs 891/2010

Anlagen

Text der Anfragen/ der Anträge

1. Zur Integration von Augenklinik und der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG) in das Zentrum für Innere Medizin und Operative Medizin (ZIM/ZOM):

1.1 Wird das erforderliche Raumprogramm für die Augenklinik und das MKG, das gegenwärtig noch nicht vorliegt, kompatibel mit dem Raumprogramm des ZIM/ZOM sein?

Antwort:

Das Raumprogramm für die Augenklinik und das MKG wird klinikspezifische Funktionen und Räume enthalten. Darüber hinaus werden funktionale und flächenbezogene Synergien mit den Bereichen ZIM/ZOM hergestellt.

1.2 Welche Folgen hat diese Integration auf die durch das Wettbewerbsergebnis erzielte hohe Funktionalität des ZIM/ZOM? In welchem Ausmaß wird die Funktionalität beeinträchtigt werden?

Antwort:

Aufgabenstellung an die Planer ist es, die hohe Funktionalität des ZIM/ZOM auch unter Einbeziehung der Kliniken für Augen und MKG vollständig zu erhalten oder sogar zu verbessern. Die Lösung dieser Planungsaufgabe ist Gegenstand der Vorentwurfsplanung bis zur erneuten Vorstellung in den Gremien im Juli 2011. Die Baukörperfigur des Wettbewerbs wird nach Überarbeiten der Funktionalität in ihrem städtebaulichen Kontext und in ihrer Erscheinung erhalten bleiben. Die von allen Beteiligten als äußerst positiv bewertete Erschließung, insbesondere die Neuordnung der Eingangssituation, bleibt ebenfalls erhalten.

1.3 Was bedeutet in der Neuplanung die "Optimierung des Raumprogramms ZIM/ZOM"?

Antwort:

Die Optimierung bedeutet eine Verringerung der Raumgrößen bzw. der Anzahl der Räume um ca. 5% über alle Bereiche, ohne dabei die Funktionsfähigkeit zu beeinträchtigen. Ziel ist es, der Baumasse auf den Baufeldern die Spitze zu nehmen, Kostensicherheit zu ermöglichen und wenn möglich, Entwicklungsflächen zu ermitteln.

1.4 Welche Disziplinen sollen im Rahmen der Neuplanung nach Bad Cannstatt verlagert werden und wie wirkt sich diese Veränderung dann wieder auf das Gesamtkonzept des ZIM/ZOM aus?

Antwort:

Die im Beschluss des Gemeinderats am 16.12.2010 aufgezeigten konzeptionellen Vorstellungen werden weiter untersucht und im Zusammenhang mit der Vorentwurfsplanung vorgestellt.

1.5 Wie sieht die fachliche Bewertung des neuen Zusammenspiels der Disziplinen dann aus?

Siehe Antwort unter 1.4.

1.6 Welchen konkreten Auftrag erhalten die Planer?

Antwort:

Der Auftrag an die Planer umfasst:

- Beplanung des Raumprogramms ZIM/ZOM wie im Architektenwettbewerb mit der Optimierung wie unter 1.3 beschrieben. Zusätzliche Beplanung der Kliniken für Augen/MKG in Baufeld 2/3 gemäß dem zu erstellenden detaillierten Raumprogramm.
- Ergebnisoffene Planung bzgl. Realisierungsmodell (Einzelgewerke oder Baudienstleister Planung und Bau)
- Stufenbeauftragung: zunächst mit Leistungsphase 1 (Grundlagenermittlung) und LP 2 (Vorentwurfsplanung) nach HOAI (Honorarordnung für Architekten und Ingenieure) bis Juli 2011, dann Vorstellung der Ergebnisse in den Gremien.
- Auslösung der LP 3 (Entwurfsplanung) nach Fertigstellung LP 2.

2. Zum Neubau MKG:

2.1 Worauf beruhen die "groben Kostenschätzungen" in Höhe von 47,5 Mio. Euro? (S. 9)

Antwort:

Bei dem genannten Wert handelt es sich um eine Grobkostenschätzung, die auf Basis einer ersten Annahme für das Raumprogramm sowie von Kostenkennwerten für die benötigten Flächen (m² Nutzfläche, separat für Pflegebereiche, Untersuchung und Behandlung, etc.) erstellt wurde. Sobald ein Raumprogramm mit Einzelräumen und der Planungsentwurf vorliegen, ist eine genauere Ermittlung möglich.

2.2 Wann gibt es eine fundierte Kostenplanung?

Antwort:

Mit dem Vorentwurf im Juli 2011 wird von den Architekten und Fachplanern eine zum Leistungsumfang der Vorentwurfsplanung gehörende Kostenschätzung vorgelegt. Diese basiert auf der dann vorliegenden Vorentwurfsplanung, und bildet damit die entstehenden Kosten genauer ab, als die derzeit vorliegende Grobkostenschätzung.

2.3 Was passiert mit dem Strukturellen Rahmenplan, wenn die Kostenschätzung überschritten wird? Wie werden diese Kostensteigerungen (re)finanziert?

Antwort:

Ziel aller Planungen und Verpflichtung für die beteiligten Planer ist es, die benannten Kosten einzuhalten. In dieser frühen Planungsphase besteht die Möglichkeit der Kostensteuerung über die Anpassung des Nutzer-Bedarfsprogrammes sowie über die kritische Prüfung der angelaufenen architektonischen und technischen Planung. In der GRDrs. 891/2010 wurden die Annahmen für die Kostenberechnungen beschrieben, z.B. notwendige Kostenkompensation bei der Projektabwicklung Neubau ZIM/ZOM als Ausgleich für Kostensteigerungen beim Neubau /OH/FK. Für den Wirtschaftsplan 2012/2013 werden konkretere Zahlen vorgelegt werden.

2.4 Worauf gründet die Aussage, dass mit dem Neubau des MKG "eine zusätzliche Effizienzrendite von 600 TEUR/Jahr erreicht werden kann"? (S. 4) Womit soll diese erzielt werden?

Durch die Integration der Augenklinik und MKG in die Bestands- und Neubaubereiche der Baufelder 2 und 3 werden Flächen und Funktionen gemeinsam genutzt. Die Anbindung an die Diagnostik wird verkürzt. Ver- und Entsorgungsprozesse und Transporte werden verkürzt. Die Attraktivität für die Patienten steigt im Neubau.

3. Zur Umsetzung der Planungen:

3.1 Wann steht fest, wie der "Bauablauf" des neuen ZIM/ZOM zu "optimieren" ist? (S. 9 f.)

Antwort:

Mit dem Vorentwurf im Juli 2011 wird von den Architekten und Fachplanern eine Bauablaufplanung vorgelegt, für die zunächst folgende Erkenntnisse gewonnen werden müssen:

- Vorentwurfsplanung der Architekten und Fachplaner
- Kenntnis der abschließenden Lage der Funktionsstellen
- Untersuchungen im Rahmen der Planung der Vorabmaßnahmen (Lage von Leitungen und technischen Einrichtungen im Bestand)

Es ist davon auszugehen, dass die Bauabläufe im weiteren Planungsverlauf weiterhin optimiert werden, sich somit auch weiter verändern.

Auch die Abstimmung mit den ausführenden Firmen kann hierzu noch Veränderungen bringen.

Ziel aller Planungen ist, möglichst große, zusammenhängende Bereiche in den Bestandsgebäuden für die Umbauarbeiten frei zu machen, um die Schnittstellen zwischen Klinikbetrieb und Bau möglichst kompakt und damit die Belastungen für Mitarbeiter und Patienten so gering wie möglich zu halten.

Weiterhin ermöglicht dies eine effiziente Bauabwicklung mit Kostenvorteilen für den Auftraggeber.

3.2 Auf welcher Basis geht die Verwaltung davon aus, dass die Vergabe an einen Generalübernehmer zu wesentlich günstigeren Baukosten führen wird?

Antwort:

Erfahrungswerte aus abgewickelten Projekten bzw. getätigten Bauvergaben zeigen, dass eine Vergabe an einen Baudienstleister (Planen + Bauen) zu günstigeren Angebotspreisen im direkten Vergleich zur Einzelgewerksvergabe führen kann.

Die Einsparungen werden realisiert in der Vergabephase durch den erzeugten Wettbewerbsdruck und insbesondere die Durchführung eines Verhandlungsverfahrens, in dem Leistungsinhalte (z.B. Konstruktionsarten, Materialitäten, Oberflächen, etc.) mit den Bietern zur Optimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses verhandelt werden. In der Bauphase sind die Schnittstellen im Vergleich zur Einzelgewerksvergabe minimiert, so dass i.d.R. deutlich geringere Kosten für auftraggeberseitige Risiken anfallen. Es ist jedoch in Anbetracht der Professionalität der potenziellen Vertragspartner (Baukonzerne) mit einem auftragnehmerseitigen Nachtragsmanagement zu rechnen. Diesem müssen auf Auftraggeberseite rechtzeitig qualitativ und quantitativ entsprechende Ressourcen entgegengesetzt werden. Damit die Projektrealisierung mit einem Generalübernehmer erfolgreich wird, muss die funktionale Ausschreibung, insbesondere Schnittstellen zu anderen Gebäuden und technischen Einrichtungen, umfassend und qualitativ hochwertig sein. Potenzielle Nachtragsrisiken sind im Verlauf der Erstellung der Ausschreibung zu identifizieren, zu bewerten und zu neutralisieren. Raumprogramm, Ausstattungsstandards und Betriebskonzept müssen eindeutig feststehen. Außerdem können durch GU/GÜ-Verfahren Vergabeeinsprüche wie beim OH/FK mit langen Gerichtsverfahren vermieden werden.

Die Höhe der Einsparungen ist in der Modellrechnung mit 12 % angenommen worden. Dies wird von der Verwaltung auf Basis der o.g. Erfahrungen für realistisch gehalten, ist jedoch abhängig von Wettbewerbssituation und konjunktureller Lage.

Ein wesentlicher Vorteil ist zudem die Kostensicherheit ab dem Zeitpunkt der Vergabe der Leistungen, die durch die umfassende Vergabe nahezu aller Leistungen vor Beginn des Projekts erzielt wird. Die Nebenkostenanteile werden beim Baudienstleisterverfahren niedriger erwartet, da hier auf GÜ-Seite der Aufwand für Planungskosten durch Weiterleitung an die Nachunternehmer reduziert werden kann.

3.3 Ist die Verwaltung in der Lage, die Abrechnung des Gebäudes Sattlerstraße (mit Generalübernehmer gebaut) vorzulegen?

Antwort:

Die Abrechnung wurde vom Rechnungsprüfungsamt geprüft und nicht beanstandet.

- 3.4 **Was passiert mit dem Ölgäle, wenn der Neubau Olgahospital/Frauenklinik zunächst gar nicht für diesen Zweck genutzt werden kann, sondern interimistisch (bis zu zwei Jahren?) für die weiteren Rochaden gebraucht wird? Wie werden die mit dem Neubau schon lange erwarteten Synergien und Kostenreduzierungen (z.B. durch die Zusammenführung der Neonatologien) ausgeglichen?**

Antwort:

Die interimistische Nutzung des Olgahospitals als Rochadefläche steht, so wie in der Anfrage dargestellt, nicht zur Debatte. Vielmehr wird in Erwägung gezogen, dass ggf. Flächen aus dem Bereich der Frauenklinik als Rochadeflächen genutzt werden könnten. In diesem Falle würde die Frauenklinik später umziehen. Ob dies tatsächlich zur Umsetzung gelangt, ist derzeit jedoch noch nicht absehbar. Mit Abschluss der Vorentwurfsplanung wird das Bauphasenkonzept wesentlich konkreter vorliegen.

4. Zu den Bauflächen:

Welche Baureserveflächen stehen an den beiden Standorten für später erforderliche Ausweitungen einzelner Disziplinen zur Verfügung (vgl. SPD-Antrag 373/2010).

Antwort:

Standort Mitte:

Im Gegensatz zur bisherigen Fassung des Strukturellen Rahmenplans hält die nun vorliegende Fortschreibung das Baufeld 4 in seiner hergebrachten Form frei von neuer Bebauung.

Da die Neuordnung des Klinikums auf Grundlage des Strukturellen Rahmenplans mit der Realisierung von ZIM/ZOM mit Augen/MKG auf den Baufeldern 2 und 3 abgeschlossen ist, ist hier bis auf weiteres die erneute Einrichtung eines Patientengartens beabsichtigt.

Für in weiterer Zukunft denkbare Nutzungserweiterungen steht Baufeld 4 - ggf. auch teilweise (weitere Option: Abbruch der Bestandsbauten BF4) – zur Verfügung.

Teil des Wettbewerbes ZIM/ZOM war zudem, eine Gesamtidee für Baufeld 3 zu entwickeln. Dieser sog. Ideenteil sah vor, dass die Bauten der SHS sowie Haus I zugunsten einer verdichteten Bebauung an der städtebaulich relevanten Seite zum Hegelplatz mittel- bis langfristig weichen werden. Innerhalb des hier als Neubau möglichen Baukörpers sind großzügige Erweiterungen der Nutzflächen möglich.

Standort KBC:

Auf die Antwort der Verwaltung zum Antrag der SPD-Fraktion 373/2010 - Verzicht auf Krankenhausweiterungsfläche am KBC - wird verwiesen.

Dr. Wolfgang Schuster

Verteiler