

Kantonsspital St.Gallen

Richtlinienkommission DIB

Rollenbeschrieb

Februar 2023

Dokumentname: Rollenbeschrieb Richtlinienkommission DIB
Version: 4.2
Ausgabedatum: Februar 2023
Dokumentenstatus: In Vernehmlassung

Autor: Cathy Grohmann
Telefon: +41 71 494 27 88
E-Mail: Cathy.grohmann@kssg.ch

Dokumentenkontrolle

Änderungskontrolle

| Version | Datum | Ausführende Stelle | Art der Änderung / Bemerkungen |
|---------|------------|---|---|
| 1.0 | 11.10.2018 | Christian Feldkircher | Erstellung Version 1.0 |
| 1.1 | 02.11.2018 | Urs Buschor | Bemerkungen zu Version 1.0 |
| 2.1 | 18.06.2020 | Christian Feldkircher | Überarbeitung, Aufnahme Finanzen |
| 3.1 | 24.03.2021 | Silvan Schneider | Überarbeitung, Organisatorische Anpassungen, neue Co-Leitung, Aufnahme UE |
| 3.1 | 24.03.2021 | Roman Gehrig | Inputs, Prüfung |
| 3.1 | 09.04.2021 | R. Sax / F. Lehner | Dokument geprüft, teilweise ergänzt |
| 3.2 | 09.04.2021 | Silvan Schneider | Ergänzungen Leitung Entscheidungsgremium, Thomas Sojak eingearbeitet |
| 4.1 | 13.01.2023 | Cathy Grohmann | Anpassung auf Organisationsmutation |
| 4.2 | 20.02.2023 | Roman Gehrig, Frank Lehner, Stephan Barth, Roland Sax | Dokument geprüft, teilweise ergänzt |

Prüfung und Freigabe

| Version | Datum | Ausführende Stelle | Art der Änderung / Bemerkungen |
|---------|------------|----------------------|--------------------------------|
| 2.0 | 06.12.2018 | Alfons Zanfrini | Freigabe 2.0 |
| 3.0 | 23.06.2020 | Entscheidungsgremium | Freigabe 3.0 |
| 4.0 | 15.04.2021 | Entscheidungsgremium | Freigabe 4.0 |

Copyright © Kantonsspital St.Gallen

Diese Dokumentation ist für den alleinigen Gebrauch des Herausgebers und von ihm vorgesehenen Empfängern bestimmt. Kein Teil dieser Dokumentation darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm oder in einem anderen Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Herausgebers reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme ausserhalb der vorgesehenen Empfängergruppe verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Geschlechtsneutralität

Die im Text gewählte männliche Form schliesst die weibliche Form mit ein oder umgekehrt.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|--|----------|
| 1. | Ausgangslage | 2 |
| 2. | Auftrag und Ziel | 2 |
| 3. | Prämissen | 3 |
| 4. | Organisation , | 3 |
| | 4.1 Kernteam | 3 |
| | 4.2 Entscheidungsgremium | 3 |
| 5. | Dokumente | 4 |
| | 5.1 Spitalinterne Dokumente als Grundlage für Planung und Betrieb..... | 4 |
| | 5.2 Nicht behandelte spitalinterne Dokumente Konzepte | 5 |
| | 5.3 Externe Dokumente | 5 |
| 6. | Richtlinienerstellung | 5 |

1. Ausgangslage

Ausgangslage

Mit Jahresbeginn 2017 wurden die Spitalimmobilien vom Hochbauamt des Kantons St.Gallen in die Spitalanlagengesellschaft Kantonsspital St.Gallen (SAG) überführt. Damit verbunden wurden auch die laufenden Neu- und Umbauprojekte vom Hochbauamt an die SAG übertragen.

Mit der Rolle Bauherrschaft entstehen diverse neue Verantwortungen und Entscheidungsprozesse aus dem Immobilienzyklus. Diese sind abzustimmen und zu organisieren. Ein Aspekt daraus ist die Handhabung und Bereitstellung des Eigentümers von KSSG spezifischen Vorgaben (Standards, Richtlinien, Merkblätter) zur Planung, Ausführung und den Betrieb von Bauten.

Besonders, weil bauliche und technische Projekte am KSSG oftmals während laufendem Betrieb umzusetzen sind und stets am laufenden Betrieb angrenzen, ist eine hohe Planungs- und Ausführungssicherheit angestrebt. Dies wird unter anderem mit klar definierten Vorgaben ermöglicht. Auch für Betriebs- und Unterhaltsprojekte gelten die gleichen Richtlinien.

2. Auftrag und Ziel

Das KSSG und die SAG sind bestrebt klare Planungsgrundlagen für bauliche Projekte und Vorgaben für den Betrieb zur Verfügung zu stellen. Dies betrifft vor allem funktionelle und technische Anforderungen, die projekt- und spitalsspezifisch sind. Auf in der Praxis allgemein angewendete Normen und Richtlinien wird hier nicht Bezug genommen.

Die Richtlinienkommission Immobilien (RiKo) ist die zentrale Fachgruppe, die den Umgang mit Vorgaben für Planung, Bau und Betrieb am KSSG regelt und sicherstellt. Somit wird eine hohe Planungs- und Ausführungssicherheit für die einzelnen Bauprojekte und den darauffolgenden Betrieb ermöglicht.

3. Prämissen

Es gelten folgende Prämissen, an denen sich die Planungsvorgaben für Bauprojekte orientieren:

- Leitbild des Kantonsspital St.Gallen
- Unternehmensstrategie und Unternehmensziele
- Immobilienstrategie
- Prozesse Struktur Veränderungen im Spital / Kliniken
- Patientenzentrierung, Flexibilität, Interdisziplinäre Nutzung
- Wirtschaftlichkeit und Life-Cycle-Kosten

4. Organisation

4.1 Kernteam

Die RiKo setzt sich aus einem Kernteam von KSSG Mitarbeitenden aus dem Departementen DIB und FI sowie dem, DIT und des DEI zusammen. Sie wird von einer Leitung – bestehend aus einem Vertreter des Portfolio Managements des DIB – geführt. Das Kernteam setzt sich wie folgt zusammen:

- Vertretung DIB Portfolio Management (Leitung)
- Vertretung DIB Bauprojekt Management (Leiter) und Neubau
- Vertretung DIB pbFM
- Vertretung DIB Technology Management
- Vertretung DIB Service Engineering Center
- Vertretung Finanzen
- Vertretung DIT
- Vertretung DEI

Externe Fachpersonen werden bei Bedarf beigezogen.

Die Organisation und Einberufung der RiKo obliegt grundsätzlich der Leitung. In laufenden Bauprojekten, sowie in den regelmässig stattfindenden Bereichsleitersitzungen in den Organisationseinheiten DIB; FI; DIT und des DEI können Themen und Anliegen entstehen, die im Aufgabenbereich der Riko liegen. Daraus ergeben sich notwendige Sitzungstermine.

Das Kernteam trifft sich in der Regel monatlich. Die Sitzungstermine werden von der Leitung bestimmt.

Das Kernteam der RiKo empfiehlt zu Handen des Entscheidungsgremiums.

4.2 Entscheidungsgremium

Das Entscheidungsgremium besteht aus dem VR SAG und wird vom VRP SAG geleitet. Die Leitung DIT und Leitung DEI werden nach Bedarf bzw. bei spezifischen Themen beigezogen.

Das Gremium entscheidet abschliessend und gibt die Dokumente frei.

Entscheide des Entscheidungsgremiums werden – je nach Bedarf und in Abstimmung zwischen der Leitung Kernteam und dem VRP SAG – in separaten Sitzungen, welche vom VRP SAG einberufen werden oder in den ordentlichen Sitzungen des VR SAG gefällt.

5. Dokumente

5.1 Spitalinterne Dokumente als Grundlage für Planung und Betrieb

Spitalinterne planungs-, bau- und betriebsrelevante Inhalte sind grundsätzlich veränderbar. Diese sollen durch die Richtlinienkommission Immobilien geprüft und dem Entscheidungsgremium zur Freigabe vorgelegt werden.

Die verabschiedeten spitalinternen Dokumente sollen allen in der Entwicklung, dem Bauprozess und am Betrieb Beteiligten internen und externen Partner zentral zugänglich gemacht werden. In der Folge haben alle Beteiligten stets die aktuellsten Vorgaben zur Verfügung.

Bestehende und neue spitalinterne Dokumente werden unter den Begriffen Standard, Richtlinie und allenfalls als Merkblatt titulierte, damit diese klar von den externen Dokumenten unterschieden werden können.

Richtlinien

Richtlinien sind verbindliche Handlungs- oder Ausführungsvorschriften des KSSG. Richtlinien werden von der RiKo behandelt und dem Entscheidungsgremium zur Freigabe empfohlen.

Standards

KSSG Standards sollen einheitliche und zwischen den Departementen (DIB, FI, DIT und DEI) abgestimmte und anerkannte Grundlagen bilden, etwas durchzuführen oder zu erstellen. (zB Raumstandards). Standards werden von der RiKo behandelt und dem Entscheidungsgremium zur Freigabe empfohlen

Merkblätter

Merkblätter beschreiben wie mit einem Thema umgegangen (operative Tätigkeiten) wird. Merkblätter müssen grundsätzlich nicht in die RiKo, ausser es werden darin planungs- und bau-relevante Themen und Abläufe beschrieben.

5.2 Nicht behandelte spitalinterne Dokumente Konzepte

Im KSSG gibt es in den meisten Fachbereichen Konzeptpapiere und Dokumente, die zur Erklärung von Themen und Fragestellungen, Erläuterung von Abläufen usw. erstellt werden (zB Betriebskonzepte). Diese Dokumente haben zeitlich sehr unterschiedliche Geltungsdauern und werden von der RiKo nicht behandelt, da die RiKo keine fachliche Kontroll- oder Prüfinstanz in diesem Sinne ist. Konzepte begründen somit jedoch auch keine planungs- und baurelevanten Vorgaben.

Weisungen

Allfällige Weisungen die durch Mitarbeiter eingehalten werden sollen, werden in der RiKo nicht behandelt.

5.3 Externe Dokumente

Dokumente (wie Gesetze, Normen, Verordnungen, Vorgaben, Richtlinien, Merkblätter, Checklisten usw.) vom Gesetzgeber oder anerkannter Fachorganisationen werden von der Kommission nur anlassbezogen diskutiert, wenn beispielsweise bei einer Revision oder Neueinführung spitalrelevante Themen entstehen. In diesem Sinne gelten diese Dokumente als unveränderbare Planungsgrundlage für die jeweiligen Fachplaner und den Betrieb und werden nicht behandelt.

6. Richtlinienerstellung

Es sind 7 Ablaufschritte beschrieben bis eine Richtlinie (Merkblatt oder Standard) beantragt, erstellt und implementiert ist. Zu Beginn der Arbeitstätigkeit der RiKo wurden von allen Projektleitenden aus dem DIB, FI, DIT bestehende Dokument gesammelt, die als geltende Dokumente erachtet werden. Diese wurden geprüft und bei Zustimmung der RiKo freigegeben. Diese Auflistung ist ersichtlich in der Ablage der RiKo, bezeichnet als "Pendenzenliste".

Neue Richtlinie

Grundsätzlich ist es jedem Mitarbeitenden im KSSG möglich eine Richtlinie zu beantragen, wenn sie einen Beitrag als Vorgabe (Standard, Richtlinie, Merkblatt) zur Planung, Ausführung und den Betrieb von Bauten leistet. Derzeit wird davon ausgegangen, dass aufgrund der Projektstätigkeit der Bedarf aus den beteiligten Departementen DIB, FI, DIT und des DIE entsteht. Der Antragsteller kann bei der Leitung der RiKo oder im Downloadbereich der Spitalanlagegesellschaft das Antragsformular und das dazugehörige Merkblatt beziehen. Das ausgefüllte Formular wird bei der Leitung eingereicht

1. Antrag

Die Leitung prüft den Antrag und legt diesen dem Entscheidungsgremium vor. Der positive oder negative Entscheid wird dem Antragsteller zurückgemeldet.

2. Erarbeitung

Bei positiver Entscheidung erfolgt die Erarbeitung und Ausarbeitung unter dem Lead des Antragstellers unter Einbezug der relevanten Stakeholdern (ggf. auch Kernprozessvertreter). Das Dokument auf Basis der 0-Version ist im Downloadbereich verfügbar. Bei einer negativen Entscheidung kann beim Entscheidungsgremium ein Rückkommen beantragt werden.

3. Vorprüfung

Es muss zwingend sein, dass das Dokument vom Antragsteller erstellt wird und im jeweiligen Fachbereich besprochen und vorgeprüft wird. Bei besonderen Themen kann die RiKo für die Vorprüfung eine externe Zweitmeinung beauftragen.

4. Prüfung

Das vorgeprüfte Dokument wird bei der Leitung eingereicht und vom Ersteller in der Richtlinienkommission Immobilien. Die RiKo prüft das Dokument und gibt Rückmeldung und Freigabe. Nach der Vernehmlassung der RiKo legt die Leitung das Dokument zur Freigabe dem Entscheidungsgremium vor. Nach erfolgter Freigabe wird das Dokument im Downloadbereich zur Verfügung gestellt.

5. Freigabe

Das Entscheidungsgremium gibt das eingereichte Dokument frei oder stellt Rückfragen zu Händen der Leitung.

6. Umsetzung

Nach erfolgter Freigabe durch das Entscheidungsgremium wird das Dokument im Downloadbereich der SAG zur Verfügung gestellt

Das Dokument kommt nach der Freigabe bei allen neu initiierten Bauprojekten, den laufenden Instandhaltungs- und Instandsetzungsarbeiten zur Geltung. Die Anwendung in laufenden Projekten wird mit dem jeweiligen Projektleiter geprüft. Dieser entscheidet über die Anwendung im laufenden Bauprojekt.

7. Revisionen

Die Dokumente müssen durch den Ersteller einmal jährlich überprüft werden. Revisionen sind der Leitung zu übermitteln. Dazu werden im Q1 des Jahres die Dokumentenersteller durch die Leitung aufgefordert.