



Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e. V.

Verantwortlich:
Prof. Dr. med. Martin Exner
(Präsident)
Prof. Dr. med. Walter Popp
(Vizepräsident)

Deutsche Gesellschaft für
Krankenhaushygiene /
German Society of Hospital Hygiene

Bleibtreustr. 12 a
10623 Berlin, Germany
Tel: +49 30 8855 1615
Fax: +49 30 8851 029
E-Mail: info@krankenhaushygiene.de
Internet:
www.krankenhaushygiene.de

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene

Einbettzimmer im Krankenhaus

In deutschen Krankenhäusern nimmt, insbesondere durch den Anstieg multiresistenter Erreger, die Notwendigkeit der Isolierung von Patienten immer mehr zu.

Dem wird bei Krankenhaus-Renovierung und -Neubau nicht ausreichend Rechnung getragen. Weiterhin werden viel zu wenige Einzelzimmer gebaut, obwohl deren Vorteile wissenschaftlich bewiesen sind:

- Kürzerer Aufenthalt,
- weniger Medikationsfehler,
- keine Bettensperrungen bei Isolierpatienten in Zweibettzimmern und somit keine Einnahmeausfälle,
- weniger Krankenhausinfektionen,
- kein ständiges Umschieben wegen Geschlecht oder Isolierungsnotwendigkeit,
- Wahrung der Privatsphäre (auch mit Familie und Besuchern),
- bessere Kommunikation zwischen Patient und Personal,
- besserer Datenschutz im Arzt-Patient-Gespräch,
- eigener Sanitärbereich,
- weniger Störungen durch Lärm,
- besserer Schlaf,
- höhere Patientenzufriedenheit [1–8].

In Einzelfällen wird über Nachteile, insbesondere das Gefühl der Isolierung und Stigmatisierung, berichtet.

Diverse Literaturauswertungen zeigen Kostenvorteile der Einrichtung von Einbettzimmern auf mittlere Sicht [4, 5, 9].

In Deutschland werden dagegen in Neubauten wieder 3-Bett-Zimmer geschaffen, damit die Einzel- und Zweibettzimmer über die Privatkrankenkassen abgerechnet werden können, die eine Besserstellung ihrer Mitglieder verlangen. Dies ist eine unerträgliche Entwicklung, die allein über Abrechnungsfragen gesteuert wird, bauliche Verhältnisse für Jahrzehnte zementiert und unethisch ist.

Dazu kommt, dass unter dem Kostendiktat in Neubauten die Zimmer häufig wesentlich kleiner gebaut werden, sodass z. B. das vordere Bett verschoben werden muss, damit das hintere aus dem Zimmer gescho-

ben werden kann. Für diverse Krankheitsbilder konnte gezeigt werden, dass eng stehende Betten das Infektionsrisiko erhöhen (z. B. [10, 11]).

Die derzeitigen und wahrscheinlich zukünftigen Entwicklungen der Patientenstruktur in den Krankenhäusern sprechen dafür, dass künftig

- Patienten kürzer im Krankenhaus sind,
- stationäre Patienten häufiger immunsupprimiert und sehr krank sind, also eines besonderen Schutzes bedürfen,
- die Diagnostik weiter zunimmt mit der Konsequenz, dass der Patient am Ende des Tages Ruhe und Privatsphäre benötigt,
- die Patienten größer und schwerer werden (und damit auch die Betten länger werden) [12].

Auch diesen Anforderungen kann am ehesten durch Einzelzimmer entsprochen werden.

In anderen Ländern ist ein hoher Anteil von Einzelzimmern bei Neubauten inzwischen gefordert: So sollen im Vereinigten Königreich bei Krankenhaus-Neubauten mindestens 50 % der Betten in Einzelzimmern sein [13].

In den USA fordern das American Institute of Architects (AIA) und das Facility Guidelines Institute (FGI), auf die sich die meisten Bundesstaaten beziehen, dass bei Neubauten alle Zimmer Einbettzimmer sein sollen [2, 14]. Auch die amerikanische Joint Commission favorisiert Einzelzimmer [6].

Die kanadische Gesellschaft CHICA (Community and Hospital Infection Control Association) fordert ebenfalls bei Neubauten nur noch Einzelzimmer [4].

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) fordert, mindestens bei Neubauten die Einzelzimmerquote deutlich zu erhöhen. Dabei soll man sich an den hygienischen Anforderungen für die zu versorgenden Patienten orientieren. Gleichzeitig fordert die DGKH die Krankenhäuser und die Krankenkassen, vor allem

die Privatkassen, auf Regelungen zu treffen, dass das Liegen in Einbettzimmern grundsätzlich möglich und nicht mehr exklusiver Bestandteil von Wahlleistungen ist.

Literatur

1. Detsky ME, Etchells E. Single-patient rooms for safe patient-centered hospitals. *JAMA* 2008; 300:954–956.
2. AIA. The use of single patient rooms versus multiple occupancy rooms in acute care environments. Executive summary. 2006. www.aia.org
3. Ulrich R, Quan X, Zimring C, Joseph A, Choudhary R. The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity. Report to The Center for Health Design, September 2004.
4. CHICA-Canada position statement: Healthcare facility design position statement. *Can J Infect Contr*, Spring 2009, 77–80.
5. NHS: Ward layouts with single rooms and space for flexibility. NHS 2005.
6. Joint Commission: Health care at the crossroads. Guiding principles for the development of the hospital of the future. 2008.
7. Van de Glind, I., S. De Roode, A. Goossensen: Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. *Health Policy* 2007; 84:153–161.
8. Heddema ER, van Benthem BH. Decline in incidence of *Clostridium difficile* infection after relocation to a new hospital building with single rooms. *J Hosp Infect*. 2011 Sep;79(1):93–4.
9. AIA: Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities: 2006 edition. Issue: Single versus multiple bed room occupancy. 2006a. <http://www.premierinc.com/safety/topics/construction/downloads/aia-cher-private-room.doc>.
10. N.N. Bericht zu einem Gastroenteritis-Ausbruch durch Norwalk-like-Viren in einem Krankenhaus. *Epidem Bull* 2001, 33, 251–253.
11. Yu IT, Xie ZH, Tsoi KK, Chiu YL, Lok SW, Tang XP, Hui DS, Lee N, Li YM, Huang ZT, Liu T, Wong TW, Zhong NS, Sung JJ: Why Did Outbreaks of Severe Acute Respiratory Syndrome Occur in Some Hospital Wards but Not in Others? *Clin Infect Dis* 2007; 44:1017–1025.
12. McKee M, Healy J. The changing role of the hospital in Europe: causes and consequences. *Clin Med* 2001; 1:299–304.
13. Health Building Note 04-01, 2008.
14. FGI (Facility Guidelines Institute): Guidelines for design and construction of health care facilities. 2010 edition.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KRANKENHAUSHYGIENE



11. KONGRESS FÜR KRANKENHAUSHYGIENE



Berlin – Russisches Haus
25. bis 28. März 2012

CALL FOR ABSTRACTS

www.krankenhaushygiene.de/2012

DIE THEMEN

- Prävention und Kontrolle der Sepsis und der Pneumonie
- Prävention und Kontrolle von Harnwegsinfektionen, Wundinfektionen und gastro-intestinalen Infektionen
- Surveillance nosokomialer Infektionen
- Antibiotika-Leitlinien
- MRE-Netzwerke und die gesammelten Erfahrungen
- Maßzahlen in der Krankenhaushygiene
- Neu erkannte Infektionsreservoirs und deren Bedeutung
- Hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen als Instrument der Qualitätssicherung
- Reinigung, Desinfektion, Sterilisation
- Baulich-funktionelle Konzepte
- Aufgaben und Qualifikation des Hygienefachpersonals
- Politische und regulatorische Aspekte der Krankenhaushygiene
- Krankenhaushygiene in Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Wasserhygieneplan und Wasserhygienekommission
- Ausbruchmanagement – Lernen für die Zukunft
- Ambulante Versorgung
- Der immunsupprimierte Patient
- Zur Einbeziehung des Patienten in die Infektionsprävention
- Kampagnen und Filmspots zur Hygiene

VORTRAGS- UND POSTERANMELDUNG

Bitte melden Sie Ihre freien Beiträge
per Online-Formular unter

www.krankenhaushygiene.de/2012 an.

Anmeldeschluss: **2. DEZEMBER 2011**