



Sitzung vom: 14. Juni 2011

Beschluss Nr.: 586

**Postulat betreffend Abklärung Einbettzimmer im Neubau Bettentrakt des Kantonsspitals Obwalden:
Beantwortung.**

Der Regierungsrat beantwortet

das Postulat mit dem Titel „Nachhaltig sicherer und rentabler Spitalbetrieb dank Einbettzimmern im Neubau Bettentrakt des Kantonsspitals Obwalden“ nach Art. 55 des Kantonsratsgesetzes vom 21. April 2005 (GDB 132.1), welches Erstunterzeichner Kantonsrat Guido Steudler am 14. April 2011 eingereicht hat, wie folgt:

1. Inhalt und Begründung des Postulats

Mit dem Postulat wird der Regierungsrat beauftragt, einen Bericht über die Möglichkeit zu erstellen, im Neubau Bettentrakt des Kantonsspitals Obwalden nur oder fast ausschliesslich Einbettzimmer einzubauen. Dem Kantonsrat und der Bevölkerung sollen mit dem Bericht fundierte Entscheidungsgrundlagen für oder gegen Einbettzimmer im neuen Bettentrakt unterbreitet werden. Ein allfälliger Verzicht auf Einzelzimmer soll genau begründet und die negativen möglichen Folgen aufgezeigt werden.

Das Postulat wird insbesondere damit begründet, dass Einzelzimmer das Infektionsrisiko senken. Die Mehrkosten beim Bau könnten durch weniger Komplikationen und effizientere Abläufe kompensiert werden. Zudem sollte man Patientinnen und Patienten nicht von ihren Angehörigen trennen, ausser sie wünschen dies. Ein Alleinstellungsmerkmal wie die Einbettzimmer hätte zudem vermutlich positive Auswirkungen auf die Attraktivität des Kantonsspitals und würde die Wettbewerbsfähigkeit verbessern.

2. Rechtsgrundlagen

Gemäss Art. 56 des Kantonsratsgesetzes beantragt der Regierungsrat in der Regel bis zur übernächsten Ratssitzung mit schriftlichem Bericht die Annahme oder Ablehnung eines Postulats. Wird der Vorstoss vom Kantonsrat angenommen, so erfüllt der Regierungsrat den Auftrag gestützt auf Art. 57 des Kantonsratsgesetzes in der Regel innert zwei Jahren.

3. Zu entscheidende Frage

Mit der Annahme bzw. Ablehnung des Postulats entscheidet der Kantonsrat darüber, ob der Regierungsrat den Auftrag erhält, einen Bericht erarbeiten zu lassen, welcher sich damit auseinandersetzt, ob im Bettentrakt des Kantonsspitals nur oder fast ausschliesslich Einbettzimmer gebaut werden sollen oder nicht.

4. Beurteilung der relevanten Faktoren

4.1 Eingeholte Fachbeurteilungen

Für die Vorbereitung der Postulatsbeantwortung durch den Regierungsrat wurde zum einen Dr. Hans Wälchli, MBI Consulting AG, – ein in der Branche anerkannter Experte für Fragen der

betriebswirtschaftlichen Spitalplanung – mit der Erarbeitung eines Gutachtens beauftragt. Zum anderen wurde die Direktion des Kantonsspitals Obwalden als Betreiberin zur Stellungnahme eingeladen.

4.1.1 Gutachten Dr. Wälchli, MBI Consulting AG (Zusammenfassung)

Aufgrund der Analyse der verfügbaren Studien und Erfahrungswerte spricht sehr Vieles für Einbettzimmer. Zusätzlichen Investitionen von 8 Prozent bezogen auf die Pflegabteilungen steht eine fast ebenso grosse Einsparung durch vermiedene Pfl egetage dank weniger Infekten gegenüber. Hinzu kommt eine Reihe von Einsparungen, die sich allerdings nur bedingt präzise quantifizieren lassen. Da gemäss vorliegenden Studien und Erfahrungsberichten Einbettzimmer-Stationen ohne zusätzliches Personal betrieben werden können, ist der Saldo von Mehrkosten und Einsparungen zumindest ausgeglichen. Das Einbettzimmer stellt mit grosser Wahrscheinlichkeit das Ende einer langen Entwicklung vom Bettensaal über das Sechsbett-, Vierbett-, Zweibett- bis zum Einbettzimmer dar. Es sind aber auch Entwicklungen vorstellbar, die das Einbettzimmer in der heute geplanten Form dereinst als überholtes Modell erscheinen lassen werden, so zum Beispiel, falls die Menschen in kurzer Zeit 20 bis 40 Prozent grösser würden oder wenn dank einem Quantensprung in der Medizin eine stationäre Pflege nicht mehr notwendig wäre.

Gemäss dem Gutachten ist der Genesungsprozess und damit auch der Bedarf an gewissen Pflegeleistungen in der Regel nach dem Spitalaustritt noch nicht abgeschlossen. Mit der erwarteten weiteren Verkürzung der Aufenthaltsdauer dürfte sich dieser Aspekt noch verstärken, und der Einbindung von Angehörigen oder Personen ausserhalb eines Spitals in den Pflegeprozess könnte erhöhte Bedeutung zukommen. Einbettzimmer könnten für die Vorbereitung dieser Personen auf die Zeit nach dem Spitalaufenthalt günstige Voraussetzungen schaffen. Auch wenn das Pflegepersonal diesem Konzept heute noch skeptisch gegenübersteht (Störungen bei der Arbeit, permanente Kontrolle), so könnte es im Sinn der gesamtheitlichen Betrachtung des Behandlungs- und Pflegeprozesses künftig an Bedeutung gewinnen.

4.1.2 Stellungnahme Spitaldirektion in Zusammenarbeit mit dem Generalplaner

In Zusammenarbeit mit dem Generalplaner des laufenden Bauprojekts Bettentrakt Kantonsspital Obwalden, der Fugazza, Steinmann und Partner, äussert sich die Spitaldirektion zum Postulat zusammengefasst wie folgt:

Im Fazit aus medizinischer Sicht wird festgehalten, dass der Mehrwert von ausschliesslichen Einbettzimmern in Bezug auf einen allfälligen medizinischen Zusatznutzen wie zum Beispiel die Verringerung der Übertragung von ansteckenden Krankheiten und spitalbedingten Infekten im Rahmen der definierten Grundversorgung im Vergleich zu den medizinischen Nachteilen wie zum Beispiel das Alleinlassen von bereits sozial vereinsamten Personen und den erwarteten Mehrkosten als gering eingeschätzt wird. Bereits der geplante Neubau mit ausschliesslich Einbett- und Zweibettzimmern (im Verhältnis 1 : 2) werde einen zeitgemässen, gut funktionierenden und medizinisch einwandfreien Bettentrakt bringen, der dem medizinischen Anspruch in Bezug auf Behandlung von ansteckenden Krankheiten, Vermeidung von Infekten und Sicherung einer optimalen Gesundheitsversorgung gegenüber heute gerecht wird.

Im Fazit aus baulicher Sicht wird festgehalten, dass die Investitionskosten deutlich steigen werden, da der Baukörper mehr Volumen und Flächen generieren werde, ohne dass der medizinische Nutzen massgeblich nachgewiesen werden könne. Die Kosten für die technischen Versorgungsinstallationen steigen vermutlich ebenfalls. Zudem müssten die bisher aufgewendeten Projektkosten bis zum heutigen Planstand zu einem grossen Teil abgeschrieben werden, da sich die Plangrundlagen massgeblich ändern würden. Ein effizientes Andocken an den Altbau und Behandlungstrakt wäre nicht mehr möglich und würde damit höhere Prozesskosten für alle Kliniken/Stationen bewirken.

4.2 Weitere zu berücksichtigende Faktoren

4.2.1 Auswirkungen auf das laufende Projekt Bettentrakt Kantonsspital Obwalden

Eine Annahme des Postulats hätte zur Folge, dass die laufenden Arbeiten betreffend den Bau eines neuen Bettentrakts im Kantonsspital Obwalden bis zur Behandlung dieses Berichts im Kantonsrat, d.h. für schätzungsweise ein Jahr, ruhen würden.

Würde im Rahmen der Behandlung des Berichts im Kantonsrat schliesslich eine Einbettzimmer-Variante angenommen, so müsste dannzumal das gesamte Raumprogramm umgestellt werden. Die Auswirkungen auf die Architektur bzw. den zu erstellenden Baukörper wären so massiv, dass gestützt auf Art. 36 der Ausführungsbestimmungen zum Submissionsgesetz vom 6. Januar 2004 (GDB 975.1) eine Neuauflage des Wettbewerbs für den Bettentrakt ins Auge gefasst werden müsste. Die Finanzen müssten neu geplant und der Terminplan vollständig neu festgelegt werden. Der Bezug des Bettentrakts wäre frühestens im Jahr 2016 möglich.

4.2.2 Neue Spitalfinanzierung und freie Spitalwahl

Diesbezüglich gilt es zu berücksichtigen, dass jede Verzögerung des Baubeginns die Wettbewerbsfähigkeit des Kantonsspitals Obwalden markant verschlechtert.

Ab dem 1. Januar 2012 gelten die neue Spitalfinanzierung und die freie Spitalwahl. Durch den schlechten „Hotelkomfort“ beim bestehenden Bettentrakt muss vermehrt mit ausserkantonalen Hospitalisationen gerechnet werden. Weil der Kanton für die ausserkantonal hospitalisierten Patienten neu einen Investitionskostenanteil bezahlen muss, würden Steuergelder in ausserkantonale Spitäler abfliessen.

5. Haltung des Regierungsrats

Es gilt zunächst in aller Deutlichkeit festzuhalten, dass mit dem Neubau des Bettentrakts – wie er geplant ist – gegenüber dem heutigen Zustand bereits eine ganz wesentliche qualitative Verbesserung bei der Unterbringung der Patientinnen und Patienten erreicht wird.

Es wäre nach Meinung des Regierungsrats ausserordentlich vermessen, wenn der Kanton Obwalden mit seinem kleinen Regionalspital, welches ausschliesslich Leistungen im Rahmen der Grundversorgung erbringt, bei der Vision „Einbettzimmer-Spital“ eine Vorreiterrolle übernehmen würde, wenn gleichzeitig von den Krankenversicherern kein höherer Tarif erwartet werden kann. Bisher wurde in der Schweiz noch kein einziges Einbettzimmer-Spital realisiert.

Der im Falle einer Annahme des Postulats vom Regierungsrat verlangte Bericht würde keine wesentlich neuen Erkenntnisse bringen. Medizinisch bringt die Einbettzimmervariante, wie die bisherigen Erfahrungen zeigen, nur geringe Vorteile. Insbesondere ist – wie aus der beiliegenden Stellungnahme der Spitaldirektion hervorgeht – das Infektionsrisiko bereits bei einer Zweierbelegung mit weniger als 7 Prozent gering.

Die Annahme des Postulats hätte grosse Auswirkungen auf den möglichen Bezugstermin des neuen Bettentrakts. Wird davon ausgegangen, dass der Wettbewerb nochmals ausgeschrieben und die im Rahmen des laufenden Projekts bereits durchlaufenen Planungsschritte wiederholt werden müssten, so wäre der Bezug des Bettentrakts frühestens im Jahr 2016 möglich; geplant ist heute der Bezug im Jahr 2013.

Die Wettbewerbsfähigkeit des Kantonsspitals Obwalden würde sich zufolge des voraussichtlich erst im Jahr 2016 bezugsbereiten neuen Bettentrakts markant verschlechtern. Ab dem 1. Januar 2012 gelten die neue Spitalfinanzierung und die freie Spitalwahl. Durch den

schlechten „Hotelkomfort“ beim bestehenden Bettentrakt muss vermehrt mit ausserkantonalen Hospitalisationen gerechnet werden. Ob der Kanton diese finanziellen Ausfälle bei der Realisierung der Einbettzimmer-Variante durch eine höhere Auslastung wieder kompensieren könnte, ist aus Sicht des Regierungsrats fraglich.

Das laufende Projekt ist bereits weit fortgeschritten. Die bis heute aufgelaufenen Wettbewerbs- und Projektierungskosten von rund 3 Millionen Franken müssten praktisch vollständig abgeschrieben werden. Für die Neuplanung müsste mindestens der gleiche Betrag aufgewendet werden. Dazu kämen die im „Bericht Wälchli“ erwähnten Mehrkosten von rund 8 Prozent für die ausschliessliche Einbettzimmer-Variante.

Der Regierungsrat ist deshalb aufgrund der Beurteilung aller relevanten Faktoren sowie nach Abwägen der Chancen und Risiken der Ansicht, dass die Realisierung von ausschliesslich Einbettzimmern beim Projekt Ersatz und Umbau Bettentrakt nicht sinnvoll ist.

6. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Kantonsrat, das Postulat mit dem Titel „Nachhaltig sicherer und rentabler Spitalbetrieb dank Einbettzimmern im Neubau Bettentrakt des Kantonsspitals Obwalden“ abzulehnen.

Beilagen:

- „Kantonsspital Obwalden: Bericht Postulat Einbettzimmer“ (MBI Consulting AG)
- Stellungnahme Postulat 1-Bett-Zimmer Neubau Bettentrakt (Spitaldirektion)

Protokollauszug samt Beilagen an:

- Kantonsratsmitglieder sowie übrige Empfänger der Kantonsratsunterlagen (mit Postulatstext)
- Aufsichtskommission und Direktion des Kantonsspitals
- Finanzdepartement
- Gesundheitsamt
- Bau- und Raumentwicklungsdepartement
- Hoch- und Tiefbauamt
- Abteilung Hochbau und Energie
- Staatskanzlei

Im Namen des Regierungsrats



Dr. Stefan Hossli
Landschreiber

Versand: 16. Juni 2011

Kantonsspital Obwalden: Bericht Postulat Einbettzimmer



25. Mai 2011

Bearbeitung:

Hans Wälchli, Dr. oec. publ., dipl. Ing. ETHZ

MBI Consulting AG
Rebbergstrasse 13
8113 Boppelsen

Inhaltsverzeichnis

1.	Management Summary: konkrete Beantwortung der im Postulat gestellten Fragen (ausführliche Begründung siehe Abschnitt 4)	3
2.	Ausgangslage - Auftrag	6
3.	Vorgehen	6
4.	Grundlagen	7
4.1	Wertewandel in der Gesellschaft allgemein und bezüglich Infrastruktur Akutspital	7
4.2	Internationale Entwicklung	7
4.3	Literatur Review	8
4.4	Wirtschaftlichkeitsbetrachtung	13
4.5	Fazit	15

1. Management Summary: konkrete Beantwortung der im Postulat gestellten Fragen (ausführliche Begründung siehe Abschnitt 4)

a) Kostensteigerungen beim Bau

In der umfangreichen Literatur werden die Mehrkosten beim Bau fürs Einbettzimmer auf 8 bis 10% bezogen auf den Bettentrakt beziffert. Für das ganze Spital macht das dann etwa 5% aus. Aufgrund von den durch uns durchgeführten Flächenvergleichen von Pflegestationen kommen wir auf eine Mehrfläche von 12% für gleich viele Stellplätze. Da jedoch beim Zweibettzimmer 3 bis 6% der Betten nicht belegt werden können (unruhige, terminale, Unterschied der Geschlechter, Infekte, kulturelle Unterschiede, terminale Patienten), braucht es beim Einbettzimmer 3 bis 6% weniger Stellplätze für dieselbe Kapazität. **Die Mehrfläche und damit die zusätzlichen Baukosten vermindern sich dadurch von 12% auf ca. 8%.**

Die Erstellungskosten je Bettenstellplatz in einem Bettenhaus auf der Basis 2-Bettzimmer belaufen sich auf ca. 350'000 Franken. Die Zusatzkosten von 8% beim Einbettzimmer betragen somit ca. 28'000 Franken. Umgerechnet auf die Anlagenutzungskosten sind dies (Abschreibungsdauer 35 Jahre; 5% Zinssatz im Durchschnitt; 1.5% Gebäudeunterhalt bezogen auf die Erstellungskosten): $28'000 \times (1/35 + 5\%/2 + 1.5\%) = 28'000 \times 0.069 = 1'920 \text{ Franken je Jahr bzw. 6.20 je Pflege- tag bei 85\% Auslastung.}$

b) Einsparungen bei den Räumen

In Einbettzimmerpflegestationen braucht es keine Untersuchungszimmer, keinen Aufenthaltsraum für Patienten, keine Therapiezimmer, keine Abstellfläche für saubere Betten. Eine Besprechungsinfrastruktur für Gespräche mit Angehörigen (ohne Patient) ist dennoch empfehlenswert, jedoch nicht auf jeder Station. Beim Flächenvergleich von Stationen mit Zweibett- und Einbettzimmer kommen wir unter Berücksichtigung all dieser Einflussgrössen auf eine Geschossfläche von 50m² je Stellplatz beim Zweibettzimmer und 56m² je Stellplatz beim Einbettzimmer. Zwischen Nutzfläche und Geschossfläche wurde ein Faktor 1.8 angenommen. **Da es beim Einbettzimmer-Konzept für dieselbe Kapazität 4% weniger Stellplätze benötigt, beträgt die Fläche je Stellplatz im Quervergleich nicht 56 sondern lediglich 54m² bzw. ca. 8% mehr.**

c) Reduktion von spitalbedingten Infekten

Die Rate von spitalbedingten Infekten beträgt bezogen auf die Spitalaustritte gemäss Studien 10 bis 15%. Im CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaud) nach Erhebungen von Pierre Rosset, Gesundheitsbeauftragter des Kanton Waadt, 13%. Ebenfalls gemäss Studien werden dank dem Einbettzimmer ca. 10% der im Spital erworbenen Infekte vermieden. Auf die Spitalaustritte umgerechnet sind dies also 1%. Infekte verlängern den Spitalaufenthalt um durchschnittlich 4.5 Pflegetage. Begründet wird die geringere Infektionswahrscheinlichkeit im Einbettzimmer weniger durch die Gefahr von Übertragungen zwischen den Patienten sondern vielmehr vom Personal zu den Patienten. Eine ordentliche Händedesinfektion zwischen jedem Patientenkontakt ist die wirksamste Massnahme zur Infektvermeidung. Konkret bedeutet dies, dass zwischen jedem Patienten die

Hände neu desinfiziert werden müssen samt Beachtung der Wartezeit bis zur Wirksamkeit des Mittels. Im Einbettzimmer ist dies wesentlich einfacher sicher zu stellen als im Mehrbettzimmer.

d) Auswirkungen auf die Betriebsabläufe

Folgende Effekte auf die Betriebsabläufe werden gemäss Studien erwähnt:

- Untersuchungen ohne spezielle medizintechnische Geräte erfolgen im Patientenzimmer (spart Patiententransporte)
- Diskretion und Privatsphäre sind bei Arztvisite und Pflegeleistungen gewährleistet
- Fürs Pflegepersonal werden die Distanzen zu den Patienten etwas länger und es müssen mehr Räume betreten werden
- Das Pflegepersonal wird bei der Arbeit weniger durch andere Patienten abgelenkt und kann sich besser auf den Patienten konzentrieren
- Es wird erwartet, dass Patienten im Einbettzimmer intensiver mit dem Personal kommunizieren, was mehr Zeit erfordert
- Betten werden beim Patientenwechsel im Zimmer aufgerüstet, ausser bei sehr starker Verschmutzung. Dies vermindert Bettentransporte.
- Einfachere Zimmerreinigung beim Patientenwechsel, da das Zimmer frei ist.
- Neuere Entwicklungen beim Pflegeprozess gehen dahin, die Angehörigen optimal einzubeziehen, da der kurze Spitalaufenthalt in der Regel nur ein kleines Element des ganzen Behandlungs- und Genesungsprozesses darstellt. Praktisch ist dies nur im Einbettzimmer wirklich umsetzbar.

e) Grössere Sicherheit der Patienten

Diese hat zwei Seiten. Medikamentenverwechslungen sind im Einbettzimmer weniger häufig (Patient A nimmt die Medikamente von B). Wegen Rücksichtnahme verzichten Patienten im Mehrbettzimmer nachts oftmals darauf, das Licht anzuzünden, was die Sturzgefahr erhöht. Nachgewiesen ist auch die bessere Schlafqualität im Einbettzimmer. Dies erhöht die Sicherheit, rascher gesund zu werden, was ebenfalls durch Studien belegt ist. Gemäss Umfragen bevorzugt ein kleiner Anteil der Patienten einen Nachbarn im Zimmer, weil dieser dann im Notfall Alarm schlagen könnte. In diesem Zusammenhang wird jedoch auch auf die Problematik hingewiesen, Patienten Verantwortung für Überwachungsdienste zu übertragen.

f) Verminderung von spital-bedingten verlängerten Aufenthalten und/oder vermeidbaren Re-Hospitalisationen (die nach DRG allein das Spitalbudget belasten können)

Siehe dazu die Bemerkungen von c). Dank Einbettzimmer kann also bei ca. einem Prozent der Patienteneintritte ein Infekt mit einem um 4.5 Tage verlängerten Aufenthalt vermieden werden. Auf der Basis einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 6.5 Pflegetagen und einer Belegung von 85% hat ein 100-Bettenspital ca. 4'800 Austritte. Ein Prozent weniger Infekte vermeidet 48 Patienten x 4.5 Pflegetage je Patient = 216 Pflegetage. Die Kosten eines Pflegetages liegen etwa zwischen 550.- (direkte Kosten) und 1'150.- Franken (Vollkosten, jedoch ohne OP). Die Einsparung beläuft sich somit auf ca. 119'000.- bis 250'000.- Franken je Jahr bzw. 1'190 bis 2'500.- Franken je Bett und Jahr. Diese sind also etwa gleich gross wie die zusätzlichen Anlagenutzungskosten.

g) Möglichkeiten zur Verbesserung zur Durchführung der palliativen Medizin in einem patientenzentrierten Spital von heute und in Zukunft

Repräsentative Umfragen bestätigen, dass der Wunsch nach einem Einbettzimmer positiv korreliert mit dem sozialen Status und dem Schweregrad der Krankheit. Für die palliative Medizin ist schon heute, auch in der Schweiz, das Einbettzimmer die Regel.

2. Ausgangslage - Auftrag

Im Zusammenhang mit dem Neubau Bettentrakt des Kantonsspitals Obwalden wurde mit Datum von 14. April 2011 ein Postulat zum Thema Einbettzimmer eingereicht und der Regierungsrat beauftragt einen Bericht zu erstellen zu den Vor- und Nachteilen von Einbettzimmern und insbesondere folgende Fragen zu beantworten:

Mögliche Auswirkungen auf die Kosten aufgrund:

- a) Kostensteigerungen beim Bau
- b) Einsparungen bei den Räumen
- c) Reduktion von spitalbedingten (nosokomialen) Infekten
- c) Auswirkungen auf die Betriebsabläufe
- d) grössere Sicherheit der Patienten
- e) Verhinderung von spital-bedingten verlängerten Aufenthalten und/oder vermeidbaren Rehospitalisationen
- f) Möglichkeiten zur Verbesserung zur Durchführung der palliativen Medizin in einem patientenzentrierten Spital von heute und in Zukunft.

3. Vorgehen

Die im Postulat gestellten Fragen sind komplex und können nur in einem grösseren Zusammenhang beleuchtet und befriedigend beantwortet werden. Dazu gehört ein Blick auf den Wertewandel bezüglich erwarteter Infrastruktur der Patienten mit Ausblick in die Zukunft sowie die Entwicklung und Situation in den Industriestaaten Europas, die seit einigen Jahren nur noch Akutspitäler mit Einbettzimmer realisieren und die wichtigsten dazu erstellten Studien samt Erfahrungen zu diesem Thema. Wir fassen all diese Informationen im Kapitel „Grundlagen“ zusammen. **Im Management Summary beantworten wir die im Postulat konkret gestellten Fragen mit Verweis auf die Grundlagen.**

4. Grundlagen

4.1 Wertewandel in der Gesellschaft allgemein und bezüglich Infrastruktur Akutspital

Vorstellungen und Ansprüche bezüglich sanitären Einrichtungen und Körperhygiene sowie Privatsphäre wandelten sich seit Beginn des letzten Jahrhunderts bis heute enorm. Ermöglicht und unterstützt wurde diese Entwicklung durch den Fortschritt in der Haus- und Sanitärtechnik sowie die wirtschaftliche Machbarkeit dank hohem Wirtschaftswachstum ab Mitte des letzten Jahrhunderts. In den 50-iger und 60-iger Jahren hatten nur wenige Jugendliche ein eigenes Zimmer. Der Anspruch neben dem Bad auch über eine Dusche zu verfügen, entwickelte sich erst ab den 70-iger Jahren. Noch in den 70-iger Jahren machten sich gewisse Engländer über die Schweizer lustig, weil es bei uns noch nicht üblich war, sich täglich zu duschen. Heute ist alles selbstverständlich. Nur wenige wachsen mit Geschwistern zusammen in einem Zimmer auf und immer weniger Wohnungen verfügen noch nicht über eine Dusche.

Auch in der Hotellerie erfolgte die Entwicklung ähnlich vom Zimmer ohne fliessendes Wasser über das Lavabo im Zimmer, die Etagen-Dusche und das Etagen-WC bis zur heute selbstverständlichen Nasszelle mit WC/Dusche in jedem Zimmer. Hotels ohne diese Infrastruktur sind mittlerweile selten und lassen sich kaum noch vermarkten.

In den Spitalbetrieben der Schweiz erfolgte die Entwicklung ähnlich wie in der Hotellerie mit dem Unterschied, dass die Anzahl Betten je Zimmer nicht über Kriterien wie Hygiene, optimales Umfeld für Genesung, Berücksichtigung individueller Bedürfnisse sondern allein über die Versicherungskategorie definiert wurde (Mehrbettzimmer für allgemein Versicherte, Zweibettzimmer für halbprivat Versicherte und Einbettzimmer für Privatpatienten).

Untermauert wird der Wertewandel durch entsprechende Patientenbefragungen. So ist die Akzeptanz des Mehrbettzimmers bei den heute über 60-ig jährigen signifikant höher als bei der Gruppe der 30-ig bis 40-ig jährigen, also den künftigen Patienten. Extrapoliert man die bisherige Entwicklung in die nahe Zukunft, so wird das Bedürfnis nach Einbettzimmern steigen und das nach Mehrbettzimmern zusehends geringer. Dies gilt für den klassischen Pflegebereich, die Intensivpflegestation, die Notfallstation, aus betrieblichen Gründen jedoch aus betrieblichen Gründen nicht für eine Aufwachstation sowie eine Überwachungsstation z.B. für unruhige Patienten.

4.2 Internationale Entwicklung

In den **USA** ist das Einbettzimmer bei neuen Spitälern schon seit mehr als 20 Jahren Standard und daher schon länger kein Gesprächsthema mehr.

Das **Gesundheitssystem in England (NHS)** galt bis gegen Ende des letzten Jahrhunderts als veraltet und nicht attraktiv. Unter Tony Blair wurden auch im Gesundheitswesen hohe Anstrengungen zur Modernisierung und Attraktivitätssteigerung unternommen. Bezüglich Zimmerstruktur in Akutspitälern gilt heute ein Anteil von 50% Einbettzimmer für Umbauten und bei Neubauten ein solcher von 100%.

Da in **Schottland ab etwa 2008** über 1000 neue Aktubetten erstellt werden mussten, wurde im Auftrag der schottischen Regierung eine umfassende Studie bezüglich allen möglichen Aspekten von Ein- und Mehrbettzimmer erstellt. Wegen der grossen Vorteile des Einbettzimmers soll nun der Einbett-Anteil bei **Umbauten mindestens 50% und bei Neubauten 100% betragen** und dies bei den sprichwörtlich sparsamen Schotten.

In **Frankreich** muss der Einbettzimmeranteil bei neuen Spitälern mindestens 80% sein.

In den **Niederlanden** beträgt der Anteil zwischen 50 und 100%. In Rotterdam entsteht ein sehr grosses Spital mit 100% Einbettzimmer.

Auch in **Skandinavien geht die Entwicklung Richtung 100% Einbettzimmeranteil**. So insbesondere in Norwegen und in Finnland mit mindestens 60%.

In **Deutschland** ist die Situation ähnlich wie in der Schweiz. Verschiedene Exponenten beginnen sich mit der Frage Einbettzimmer für Grundversicherte zu beschäftigen und die dazu verfassten Studien bestätigen die Ergebnisse früherer und späterer Studien in anderen Ländern (siehe Literatur Review). Allerdings: Eine umfassende Studie etwa wie die Schottische vom 2008 gibt es nicht. Somit gibt es auch keine offizielle Empfehlung z.B. des Bundesgesundheitsministeriums oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Zu beachten ist auch, dass in Deutschland ein sehr grosser Qualitätsunterschied bezüglich den Leistungen für allgemein (d.h. staatlich) Versicherte und privat Versicherte besteht. Nur wer über gute finanzielle Mittel verfügt, kann sich privat versichern lassen.

Die Situation in der Schweiz ist ein Sonderfall, weil die Anzahl Stellplätze je Zimmer über die Versicherungskategorie definiert wurde und wird. Vierbettzimmer für allgemein Versicherte, Zweibett- für halbprivat und Einbettzimmer für privat Versicherte. In den letzten 10 Jahren wurde diese Regel schon sehr aufge- weicht. Als Standard für Allgemeinpatienten gilt heute bei Neu- und Umbauten das Zweibettzimmer.

4.3 Literatur Review

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Studien und Erfahrungsberichten zum Thema Einbettzimmer. Die meisten Beiträge stammen aus dem englischsprachigen Raum bzw. sind auf Englisch verfasst. Sie beziehen sich auch auf den englischsprachigen Raum, also aufs UK sowie auf Skandinavien und die Niederlande. Sämtliche Beiträge kommen zum selben Schluss: Unter Würdigung aller Kriterien (medizinische, hygienische, wirtschaftliche, Attraktivität, Würde des Patienten usw.) überwiegen die Vorteile des Einbettzimmers gegenüber dem Zweibett- bzw. Mehrbettzimmer. Als einziger Nachteil werden jeweils die um ca. 8 bis 10% höheren Investitionen erwähnt. Im Rahmen unserer ausgehnten Recherchen sind wir weder auf Studien noch auf Fachartikel gestossen, welche vor dem Einbettzimmer abgeraten oder sogar gewarnt hätten.

Beim folgenden Review beschränken wir uns mit einer Ausnahme auf eine Auswahl von uns wichtig scheinenden Beiträgen der letzten 5 bis 10 Jahre. In der Schweiz erscheinen erste zaghafte Statements ab 2004, werden aber wegen der historisch etablierten Unterscheidung der Anzahl Betten je Zimmer über die Versicherungsklassen zunächst kaum wahr genommen.

Bereits 1984 untersuchte **Architekt Robert Wischer** (Deutschland) die Vor- und Nachteile von Ein- und Mehrbettzimmer bezüglich Flächen, Kosten, Wirtschaftlichkeit sowie Einfluss auf die Genesung und propagierte als Folge seiner Erkenntnisse das Einbettzimmer.

Im **März 2004** erscheint von **Werner Widmer**, ex Direktor USZ, im Tagesanzeiger der Artikel „Einerzimmer sind kein Luxus“. Aus Sicht der Patienten weist er auf die Ruhestörung im Mehrbettzimmer hin und die Tatsache, dass es keine Hinweise für die Annahme gibt, Patienten wünschten sich einen Zimmernachbarn. So sind nämlich Privatpatienten, die ein Zweibettzimmer bevorzugen äusserst selten. Gerade die jüngere Generation, also die in absehbarer Zukunft wichtigste Patientengruppe, bevorzugen Einbettzimmer, da sie grösstenteils in solchen aufgewachsen seien. Gemäss W. Widmer sind Mehrbettzimmer somit kulturell out. Einbettzimmer seien betrieblich nicht aufwändiger als Mehrbettzimmer, da die Mehrkosten für die Zusatzfläche durch die bessere Belegung aufgewogen werde.

Im Zeitraum ab **2004** wurden im **UK** viele Studien zum Thema Einbettzimmer veröffentlicht, u.a.:

- **Feb. 2004: NHS Estates, Ward Layouts with single rooms and space for flexibility** (Studie weist darauf hin, dass die höheren Erstellungskosten aufgewogen werden durch weniger nosocomiale d.h. im Spital erworbene Infekte, höhere Flexibilität, kürzere Aufenthaltsdauer dank rascherer Genesung, einfachere Reinigung und weitere. Auch wird die **Grösse des Bettenbereichs**, also ohne Nasszelle und ohne Korridor, mit mind. **3.6 x 3.7m = 13.5m²** angegeben)
- **Nov. 2004: Hospital Ward Configuration** - NHS Determinants Influencing Single Room Provisions: A Report for NHS Estates by European Health Property Network. **Ergebnisse:** Anteil von Einbettzimmer sollte mindestens 50%, besser 100% betragen, die 50% werden jedoch in Frage gestellt, da in mehreren Nationen schon ganz auf 100% Einbett umgestellt worden ist, so in u.a. den USA. **Auch auf die Situation in der Schweiz wird hingewiesen in dem Sinn, dass die Bettenzahl durch die Versicherungsklassen definiert ist** Die Studie kommt zum Schluss, dass die **Zukunft dem Einbettzimmer gehört**.
- **Nurses perception of single occupancy rooms in acute care environments** (2006, Herausgeber Elsevier in der Reihe applied Nursing Research). Die Studie kommt zum Schluss, dass die **Betriebskosten im Einbettzimmer geringer sind als im Mehrbettzimmer wegen weniger Verlegungen** (und dadurch geringerem Risiko nosocomialer Infekte), **besserer Bettenauslastung, rascherer Genesung** infolge mehr Ruhe, Einbezug der Angehörigen, weniger Fehler bei der Medikation (Verwechslung). **Pflegende favorisieren eindeutig das Einbettzimmer** (Flexibilität, Interaktion mit Angehörigen, keine Störung bei der Pflege und der Aufnahme von Daten, raschere Genesung infolge mehr Ruhe und besserem Schlaf).
- **Do Patients in hospitals benefit from single room? A literature review, Herausgeber Elsevier (Health Policy, 2007)**. Die Studie kommt zum Schluss, dass sich infolge vermehrter Beachtung von "healing environment" und "evidence based design" immer mehr Spitäler fürs Einbettzimmer entscheiden. Berücksichtigt wurden vor allem die Aspekte **Privatsphäre und Würde des Patienten, Zufriedenheit mit der Pflege, Lärm und Schlafqualität, nosocomiale Infekte, Aufenthaltsdauer und Patientensicherheit**.
- **Aug. 2008: Forsa-Studie** (Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH), Unterbringung im Krankenhaus, repräsentative Umfrage im Auftrag der **Ergo Versicherungsgruppe AG, Düsseldorf** (bedeutender Anbieter von Krankenversicherungen in Deutschland). Wichtige Ergebnisse waren: 43% meinen, im Einbettzimmer besser schlafen zu können; 30% wäre es lieber gewesen, während der Visite allein zu sein; 18% erwähnten, dass die anderen im Zimmer zuviel mit mir reden wollten; 12% meinten im Einbettzimmer wär ich schneller gesund geworden.
- **Okt. 2008: Healthier Scotland: Single Room Provision Steering Report**. Auftraggeber war die Schottische Regierung, da in den kommenden Jahren über 1000 Spitalbetten erstellt werden mussten. Es handelt sich um eine umfassende Studie (mit Beilagen über 100 Seiten) zu diesem Thema

und sie beleuchtet alle wichtigen Aspekte. Auch wurden dafür umfassende **Umfragen durch die Beratungsfirma Atkins Healthcare** durchgeführt. **Wichtigste Ergebnisse sind:**

- 2/3 haben Präferenz fürs Einbettzimmer, wobei die Präferenz bei der jüngeren Altersgruppe signifikant höher ist als bei den über 60-ig Jährigen.
 - Die **Präferenz fürs Einbettzimmer steigt** mit **sozialem Status** und **Schweregrad der Krankheit** (ganz ausgeprägt bei **terminalen Patienten**)
 - Gemäss dem Nurse Staffing Report von Pflegefachleuten gibt es keinen **signifikanten Unterschied beim Pflegeaufwand** (durchgeführt durch Atkins)
 - Investition übers Gesamtspital ca. plus 5%; für den **Pflegebereich allein ca. plus 10%**
 - Die **Auswirkungen auf der Ertragsseite sind höher als auf der Ausgabenseite** (höhere Belegung wegen kürzerem Aufenthalt ergibt besseren Durchsatz, weniger Infektionen)
 - Hingewiesen wird auch auf die grosse Bedeutung von Politik und Wertvorstellungen, wenn es um den Entscheid der Bettenzahl je Zimmer geht
 - **Empfehlung für Schottland: Neubauten sollen 100% Einbettzimmer** haben und bei Umbauten müssen mindestens 50% der Stellplätze im Einbettzimmer sein.
- **Nov. 2008: Deutsche Krankenversicherung AG (DKV)**, Pressemitteilung aufgrund einer repräsentativen forsa-Umfrage: **Die Angst vor Peinlichkeit raubt den Schlaf** (DKV ist europäischer Marktführer in der privaten Krankenversicherung). Ergebnisse:
 - **Knapp die Hälfte aller Patienten** in Zwei- und Mehrbettzimmern **fühlt sich durch die Bettnachbarn in ihrer Nachtruhe gestört**
 - **Vor allem Frauen und junge Menschen** hätten im Krankenhaus am liebsten alleine geschlafen.
 - Vom Anderen gestört zu werden ist weniger bedeutend, als die **Angst, selbst in eine peinliche Situation zu kommen. Peinlichkeit betrifft auch die Arztvisite**. 30% geben an, lieber alleine gewesen zu sein.
 - **77% der Menschen im Einbettzimmer** waren vollkommen oder sehr zufrieden mit dem Spitalaufenthalt. Im Zweibettzimmer 57% und im Mehrbettzimmer 49%.
 - Ein grosses Problem stellt auch die **gemeinsame Nutzung der Sanitäranlagen, also die Hygiene im Badezimmer dar**.
 - Problematisch sind auch **Patienten mit vielen Besuchern**.

- **2009...2011:** Diverse Artikel zum Thema Einbettzimmer von **Pierre Rosset**, médecin conseil, Service de la Santé publique, Canton de Vaud. Themen und Aussagen :
 - Chambres à un lit, Tendances dans le Monde, Schweiz im Gegensatz zu USA, Frankreich, Finnland, Niederlande, UK usw. : Pas de politique nationale
 - Thematisierung der nosocomialen Infekte :
 - 10 bis 15% der Infekte sind im Spital erworben (nosocomial), im CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) 13%
 - Zusätzliche Aufenthaltsdauer je Infekt 4.5 Tage
 - Im UK dadurch 5000 Todesfälle (ca. 0.06% der stationären Patienten), Zusatzkosten je Fall 6000£
 - **Postoperative MSRA-Infekte** (Multi Resistente Staphylococcus Aureus = resistente Spitalbakterien) erhöhen die Mortalität um das 7-fache, die Rehospitalisation innert 3 Wochen um das 35-fache, die Aufenthaltsdauer um 21 Tage und die Kosten um 60'000 USD. Gemäss einer kürzlich in der NZZ zitierten **Studie der ETH** (Basis: Irland und USA) wird darauf hingewiesen, dass die hohe Anzahl von Verlegungen in grossen Spitälern mitverantwortlich ist für die MSRA Infektionsrate in **grossen Spitälern**.
 - **Wichtigste Vorteile des Einbettzimmers** (nur sehr wichtige und wichtige erwähnt): Selbstbestimmung über die Umgebung (Licht, Lüftung, Temperatur usw.); Privatsphäre, Würde, Flexibilität, Nutzung der Betten, Schlaf, Einbezug Angehörige, geringeres Infektionsrisiko.
 - **Wichtigste Nachteile des Einbettzimmers** (nur sehr wichtige und wichtige erwähnt): 5 bis 6% höhere Investition.
 - **Fallbeispiel Payback-Dauer für die Spitäler Riviera und Chablais mit je knapp 10'000 Eintritten je Jahr und 300 Betten:** Kosten je Patiententag 1'125 Fr. 3 bis 6% der Betten sind blockiert d.h. 12 Betten im Durchschnitt ergibt 4.9 Mio. Franken „Opportunitätskosten“ je Jahr. 10% nosocomiale Infekte mit +4.5 Aufenthaltstagen (bezogen auf 20'000 Patienten je Jahr) ergeben unter der Annahme, dass im Einbettzimmer 10% weniger Infekte auftreten folgendes: 10% von 20'000 Eintritten sind 2000 Patienten mit Infekt und davon 10% weniger Infekte, also 200 Patienten. Vermieden werden 200 Patienten x 4.5 zusätzliche Pflgetage wegen Infekt = 900 Pflgetage x 1'125 Fr. je PflTg = ca. 1 Mio. Franken. 5% Zusatzfläche fürs Einbettzimmer auf 50'000m² für ein 300-Bettenspital ergibt 2'500m² x 4'500 Fr./m² = ca. 12 Mio. höhere Investition. Dieser stehen die bessere Belegung und die geringeren Kosten infolge Infekten von 5 bis 6 Mio. Fr. gegenüber. **Die Payback-Dauer für die**

höhere Investition beträgt unter diesen Voraussetzungen 2 bis 3 Jahre! In einem Gespräch vom 18.5.2011 mit Dr. Pierre Rosset, bestätigte dieser, dass die Eckwerte dieses Fallbeispiels (Anzahl Infekte, zusätzliche Pflegetage je Infekt und Verminderung der Infekte dank Einbettzimmer) konservativ festgelegt wurden und durch Studien belegt sind.

Betriebswirtschaftlich ist die Berechnung nicht korrekt, da zwei bezüglich Kapazität nicht gleichwertige Varianten verglichen werden. Den blockierten 3 bis 6% (Durchschnitt 4.5%) Betten werden Opportunitätskosten, also ein Ertrag zugeordnet. Diese Variante hat im Vergleich zum Zweibettzimmer-Konzept eine höhere Kapazität. Korrekterweise muss von einer gleich hohen Bettenkapazität ausgegangen werden. Der Unterschied ist bei der Rechnung derart zu berücksichtigen, **dass beim Einbettzimmerspital für dieselbe Kapazität 4.5% weniger Bettenstellplätze notwendig sind. Dadurch vermindert sich die Investition bzw. die Anlage-
nutzungskosten entsprechend.**

- **Oct. 09 bis May 2011: Research Study des King's College, London:** The Impact of moving to all single room hospital accommodation, workforce implication and a „before and after“ study of staff and patient experiences of care. **Wissenschaftlich begleitet wurde also das Erfassen des Personalbedarfs und der Patientenerfahrungen beim Übergang vom Mehrbett- zum Einbettzimmerspital.** Die Ergebnisse stehen uns noch nicht zur Verfügung.
- **2011, 7.Feb.: Zentralschweiz am Sonntag und am Folgetag NZZ von Thomas Zeltner:** Einzelzimmer kosten rund 10% mehr, hingegen ist der Betrieb wesentlich günstiger (u.a. weniger Komplikationen, weniger Verlegungen)

Zusammenfassung – Fazit des Literatur - Review:

- Extrapoliert man die Entwicklung der Bettenstellplätze je Zimmer, so konvergiert sie klar zum Einbettzimmer, was in manchen Industriestaaten bereits Standard ist. **Die Schweiz ist ein Sonderfall. Doch hat sich auch hier die versicherungsbezogene Definition des Patientenzimmers sehr aufgeweicht.** Mittlerweile ist bei Neubauten auch für allgemein Versicherte das Zweibettzimmer Standard.
- Beachtenswert ist die fast **einhellige Schlussfolgerung der Studien, dass die Vorteile des Einbettzimmers nicht nur aus Patientensicht sondern auch betriebswirtschaftlich überwiegen.**
- **Die Zukunft gehört ganz klar dem Einbettzimmer.** Bei der Planung und Konzeption von Akutspitalern sollte dies unbedingt beachtet werden. Das **Patientenzimmer definiert nämlich das Gebäudeaster in hohem Mass.** Ein Zweibettzimmer mit einer Raumbreite von ca. 4m und einer Grundfläche von ca. 32m² (inkl. Nasszelle) lässt sich nämlich auch bei hoher Flexibilität des Baukörpers

kaum wirtschaftlich in eine Einbettzimmerstruktur mit einer Zimmerbreite von ca. 3.6m und einer Fläche 22m² umbauen. Werden jedoch heutige Zweibettzimmer künftig nur noch als Einbettzimmer genutzt, so stimmen Stationsgrösse und Infrastruktur nicht mehr überein.

4.4 Wirtschaftlichkeitsbetrachtung

Aufgrund der sehr umfangreichen und fundierten Analysen und Studien zu diesem Thema **ist das Einbettzimmer im Vergleich zum Zweibett- und Mehrbettzimmer sehr wirtschaftlich**. Diese Erkenntnis mag für viele eine grosse Überraschung sein. Sie lässt sich jedoch gut nachvollziehen.

Der um ca. 8% höheren Investition und den dadurch bedingten höheren Anlagenutzungskosten stehen folgende Erträge bzw. Kosteneinsparungen gegenüber.

Zusatzkosten:

- Bei einer reinen 2-Bett Pflegestation wird je Bettenstellplatz eine **Geschossfläche von maximal 50m² beansprucht**. Die relevanten Baukosten ohne spezifische Einrichtungen je Bett) betragen dafür ca. **7'000 Franken je m², also 350'000 Franken je Bett**. Für 100 Betten sind dies 35 Mio. Fürs **Einbettzimmerkonzept wird je Stellplatz zusätzlich 12% Fläche benötigt, was ca. 420'000 Franken ergibt**. Weiter ist zu beachten, dass gemäss verifizierten Studien 3 bis 6% der Betten im Zweibettzimmer nicht belegt werden können (unruhige Patienten, Sterbende usw.). Somit braucht es beim **Einbettzimmerkonzept vergleichsweise 3 bis 6% weniger Betten und Fläche. Wir nehmen 4% an**. Die benötigte Zusatzfläche vermindert sich somit auf 8%, für 100 Betten sind es 2.8 Mio. **Franken und je Bett 28'000.- Franken**.

Unter der Annahme einer **Nutzungsdauer von 35 Jahren und einem durchschnittlichen Zinssatz von 5%** und **1.5% für Gebäudeunterhalt** betragen die zusätzlichen Kosten für die Anlagenutzung: 28'000 Franken : 35 Jahre + 5% / 2 x 28'000 (durchschnittlicher Zins) + 1.5% x 28'000 = **1'920 Franken je Bett und Jahr** bzw. rund **6.20 Franken je Pflage-tag bei 85% Belegung**.

Gemäss Studien und bisher ausgewerteten Analysen (alle im Ausland) benötigt das Einbettzimmerkonzept per Saldo kein zusätzliches Personal und führt damit auch nicht zu zusätzlichen Personalkosten. Seitens Pflegeaufwand besteht Aufwandneutralität, Patienten müssen nicht mehr verlegt werden, Betten können im Zimmer gereinigt werden, was Transportkosten spart, Untersuchungen ohne Medizintechnik erfolgen im Zimmer, sehr einfache Bettendisposition usw. Die Reinigung wird einfacher, wenn das Zimmer frei ist. Unter Beachtung all dieser nicht genau bezifferten Einflussgrössen **dürften die Personalkosten beim Einbettzimmerkonzept eher geringer als grösser** sein.

Zusatzerträge bzw. Kosteneinsparungen:

- Gemäss Statistik erleiden über 10 bis 15% der Patienten im Spital einen Infekt (sog. nosocomiale Infekte). Studien weisen eine Verminderung der Infekte im **Einbettzimmer um mindestens 10% aus** (Pierre Rosset). Die Begründung dafür ist recht plausibel. **Übertragen werden Infekte im Spital hauptsächlich durch Unzulänglichkeiten bei der Händedesinfektion der Mitarbeitenden**. Die Hände beim Betreten eines Patientenzimmers zu desinfizieren lässt sich gut organisieren und wird auch meist sehr gut beachtet. **Im Mehrbettzimmer müsste das Personal zwischen jedem Patientenkontakt die Hände desinfizieren und danach 20 bis 30 Sekunden das Desinfektionsmittel einwirken lassen** bis zum Kontakt mit dem nächsten Patienten. In der Praxis sind viele Situationen denkbar, bei denen dieses Verhalten nicht oder nur sehr schwierig eingehalten werden kann.

Mit dem **Einbettzimmer** werden somit mindestens 1% der im Spital erworbenen Infekte **vermieden**. Diese führen statistisch zu einer **zusätzlichen Hospitalisationsdauer von 4.5 Tagen je Fall**. In einem 100-Betten-Spital mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 6.5 Tagen bei einer Auslastung von 85% gibt es etwa 4'800 Patientenaustritte je Jahr. Davon erleiden also mindestens 10% einen Infekt. Mit dem Einbettzimmer könnten mindestens 10% der Infekte vermieden werden. Betroffen sind somit rund **48 Patienten** mit einem um **4.5 Tage verlängertem Aufenthalt**. Dies ergibt **216 Pflegetage**. Die direkten **Kosten in der Pflegeabteilung für einen Pflegetag** (ohne Umlagekosten sowie ohne Kosten, für Leistungen anderer Abteilungen) betragen **550.- Franken**, die Vollkosten, jedoch ohne OP betragen **1'150 Franken je Pflegetag** (alles Richtwerte). Durch den Infekt werden somit für die 100 Betten Zusatzkosten von 119'000 bis 250'000 verursacht. Je Bett und Jahr sind dies **1'190 bis 2'500 Franken**. Dies entspricht etwa der Grössenordnung der **zusätzlichen Kosten für die Anlagenutzung beim Einbettzimmer**.

Die umfassende schottische Studie „**Healthier Scotland, 2008**“ erwähnt die **vergleichsweise kürzere Aufenthaltsdauer als sehr wichtigen Wirtschaftlichkeitsfaktor**. Dank mehr Ruhe, insbesondere auch besserer Schlafqualität erfolgt die **Genesung rascher**. Dieser Teil der Studie wurde durch **Atkins** ausgeführt. **Präzise statistische Angaben sind uns leider nicht zugänglich**.

- **Weitere nicht präzise definierbare Kosteneinsparungen bzw. Zusatzerträge sind folgende:**
 - Raschere Genesung der Patienten d.h. kürzere Aufenthaltsdauer mit der Möglichkeit, mit der freien Kapazität Zusatzerträge zu generieren. Wie beim Literatur Review erwähnt, soll dies der wichtigste, direkt messbare Vorteil des Einbettzimmers sein.
 - **Neuere Entwicklungen im Pflegebereich gehen Richtung integrale patientenbezogene Behandlung und Pflege (u.a. Thomas Zeltner)**. Dies bedeutet, dass der Spitalaufenthalt nur ein Element des ganzen Behandlungs- und Genesungsprozesses darstellt neben dem privaten Umfeldes des Patienten als anderes wichtiges Element. Indem die Angehörigen geeignet in den Prozess integriert werden, verbessert sich der Genesungsprozess stark. Im Spital ist dies praktisch nur im Einbettzimmer wirklich machbar. **Indem Angehörige gewisse Pflegeleistungen bereits im Spital übernehmen, ergibt sich auch eine Entlastung des Pflegepersonals**. Dieser neue Pflegeansatz wird allerdings von noch nicht mehrheitlich von den Pflegenden in der Schweiz getragen. Möglicherweise aus Angst, bei der Arbeit gestört zu werden oder aus Furcht vor unangenehmen Fragen.
 - Keine Patientenverlegungen mehr.
 - Bettenreinigung und Aufbereitung im Zimmer.

Zusammenfassend betrachtet, werden die baulich **bedingten Zusatzkosten weitgehend allein durch ausgewiesene Kosteneinsparungen infolge verminderter Infekte aufgewogen**. Hinzu kommt die nicht präzise ausgewiesene kürzere Aufenthaltsdauer infolge mehr Ruhe und besserer Schlafqualität. **Unter Berücksichtigung sämtlicher Einsparungen werden die höheren Anlagenutzungskosten durch die Summe der verschiedenen Einsparungen somit mehr als kompensiert**.

4.5 Fazit

Nach sorgfältiger Analyse von den uns verfügbaren Studien und Erfahrungswerten, spricht sehr vieles dafür und kaum etwas gegen das Einbettzimmer. **Zusätzlichen Investitionen von 8% bezogen auf die Pflegabteilungen steht ein fast ebenso grosse Einsparung durch vermiedene Pflgetage dank weniger Infekten gegenüber.** Hinzu kommt eine Reihe von Einsparungen, die sich allerdings nur bedingt präzise quantifizieren lassen. Da gemäss vorliegenden Studien und Erfahrungsberichten Einbettzimmer-Stationen ohne zusätzliches Personal betrieben werden können, ist der Saldo von Mehrkosten und Einsparungen zumindest ausgeglichen.

Das Einbettzimmer stellt mit grosser Wahrscheinlichkeit das Ende einer langen Entwicklung vom Bettensaal über das Sechsbett-, Vierbett-, Zweibett- bis zum Einbettzimmer dar. Natürlich kann man sich Gründe vorstellen, dass auch das Einbettzimmer in der heute geplanten Form überlebt wird. So zum Beispiel, falls die Menschen in kurzer Zeit 20 bis 40% grösser würden, oder wenn dank einem Quantensprung in der Medizin eine stationäre Pflege nicht mehr notwendig ist.

In aller Regel ist der Genesungsprozess nach dem Spitalaustritt und damit auch der Bedarf von gewissen Pflegeleistungen noch nicht abgeschlossen. Mit der erwarteten weiteren Verminderung der Aufenthaltsdauer wird sich dieser Aspekt noch verstärken. Es gilt also, die Angehörigen angemessen auf ihre Aufgabe vorzubereiten und dafür auch zu motivieren. Was ist da besser als kompetente Einführung und Einbezug derselben in den Pflegeprozess im Spital. Das Einbettzimmer ist dazu eine wichtige Voraussetzung. Dieses Thema ist übrigens in den USA bereits sehr aktuell und der Einbezug der Angehörigen wird äusserst positiv dargestellt. Allerdings stehen die Pflegenden bei uns diesem Konzept meist noch recht skeptisch gegenüber möglicherweise aus Angst, in ihrer Arbeit gestört zu werden oder vielleicht auch weil ihnen jemand über die Schultern schaut und unangenehme Fragen stellen könnte. Das Konzept dürfte jedoch auch bei uns an Bedeutung gewinnen, ganz im Sinn der gesamtheitlichen Betrachtung des Behandlungs- und Pflegprozesses.

Boppelsen, 25. Mai 2011

Hans Wälchli

Herr Regierungsrat
Paul Federer
Baudirektor
Flüelistrasse 3
6060 Sarnen

STELLUNGNAHME POSTULAT 1-BETT-ZIMMER NEUBAU BETTENTRAKT

Sehr geehrter Herr Baudirektor

Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit, Ihnen für die Beantwortung des erwähnten Postulates eine Stellungnahme aus Sicht des Kantonsspitals Obwalden als Betreiber einreichen zu dürfen.
Nachfolgend unsere Überlegungen:

Das Akutspital des KSOW erbringt **ausschliesslich Leistungen im Rahmen der Grundversorgung** (vgl. Art 16 Gesundheitsgesetz, aktueller Leistungsauftrag und Leistungsvereinbarung).

Im Postulat wird vorgetragen, dass mit dem Neubau eines ausschliesslichen 1-Bett-Zimmer-Spitals die **spitalbedingten Infekte reduziert, die Sicherheit der Patienten erhöht, spitalbedingte verlängerte Aufenthalte sowie Rehospitalisationen verhindert** werden können.

Aktuelle Infektionsrate

Die räumliche Trennung von Patienten mit Problemkeimen in einem Einzelzimmer wird kontrovers beurteilt. Die Umgebungskontamination und Standardmassnahmen wie Händehygiene werden in der Grundversorgung als entscheidend beurteilt (Nosokomiale Infektionen; Prävention, Diagnostik und Therapie; Prof. Dr. med. I. Kappstein; Thieme-Verlag).

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass unsere Infektionsraten im Bereich der postoperativen Wundinfekte im veralteten Bettentrakt mit Etagen-WCs und -Duschen bereits heute unter dem Durchschnitt der gesamtschweizerischen Erhebung ist (SwissNoso). Aufgrund der bereits heute bestehenden Möglichkeiten von Isolationen, einer sorgfältigen Umgebungsdekontamination und der strikten Beachtung der Händehygiene sind die Patienten schon heute bei uns sicher und keiner erhöhten Ansteckungsgefahr ausgesetzt.

DIREKTION

Brünigstrasse 181, 6060 Sarnen
Telefon 041 666 40 17, Telefax 041 666 44 10
direktion@ksow.ch www.ksow.ch

Rita Anton, Spitaldirektorin/CEO
Therese Dillier, Direktionsassistentin

Mit der Erhöhung der Anzahl Einzelzimmer im Vergleich zum alten Bettentrakt können künftig individuelle Entscheidungen zur Isolation noch besser als bisher getroffen werden, ohne die Ansprüche von Patienten mit Zusatzversicherungen zu tangieren. Ausschliesslich Einzelzimmer würden zu einer unnötigen Isolation von nicht isolationsbedürftigen Patienten führen.

Im Neubau sind ausschliesslich 1-Bett-Zimmer und 2-Bett-Zimmer (in einem Verhältnis von 1:2) mit eigenen sanitären Einrichtungen im Patientenzimmer geplant. Ausserdem entsprechen die Diensträume wie Stations- und Untersuchungsräume und generelle Einrichtungen den neuesten Erkenntnissen und Planstand auf dem Gebiet der Hygiene.

Insoweit sind wir davon überzeugt, dass mit dem geplanten Neubau eine wesentliche Verbesserung gegenüber den heutigen infrastrukturellen Gegebenheiten auf den Stationen und im Patientenzimmer eingeleitet wird, was den Hygienestandard gegenüber heute deutlich erhöhen und die allfällige Infektionsgefahr weiter vermindern helfen wird, auch wenn der Import von resistenten Keimen (v.a. aus dem Ausland und aus grossen Kliniken der Westschweiz) künftig ansteigen sollte.

Patienten mit Ansteckungspotenzial werden bereits heute in einem 1-Bett-Zimmer untergebracht / isoliert. Mit dem Neubau sind noch mehr Unterbringungsmöglichkeiten in 1-Bett-Zimmern vorhanden.

Wir weisen weiter darauf hin, dass solche im Fokus des Postulats stehenden Fälle grundsätzlich nicht zur Grundversorgung gehören und im Zentrumsspital behandelt werden (Langzeitbeatmungen, Polytraumata mit Mehrhöhleneingriffen, immunsuppressive Therapien).

Medizinische Überlegungen ausserhalb der Infektiologie

Infektionskrankheiten machen im medizinischen Krankheitsgut weniger als 7% aus. Bei vielen Patienten der restlichen 93% (v.a. bei Tumorkrankheiten, sozial vereinsamten Patienten oder begleitend psychiatrischen Erkrankungen) ist eine Isolation in einem Einzelzimmer unerwünscht und könnte zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Palliativmedizin hat keinen Zusammenhang mit Isolationen. Es gibt keine uns bekannte Palliativstation, welche ausschliesslich Einzelzimmer hat. Dies im Gegensatz zu Sterbehospizen. Bei sterbenden Patienten im Spital ist die Möglichkeit einer Begleitung durch Ärzte, Pflege und Angehörige in einem intimen Rahmen sehr erwünscht. Dies kann bereits heute mit der beschränkten Anzahl Einzelzimmer gewährleistet werden und braucht nicht ausschliesslich Einzelzimmer.

Durchschnittliche Aufenthaltsdauern (DAD) 2010

Im Akutspital betrug die DAD in 2010 6.1 Tage. Der schweizerische Durchschnitt für 2009 bei der Grundversorgung betrug 6.8 Tage. In diesem Zusammenhang sei betont, dass wir keine ‚blutigen Entlassungen‘ zu Lasten der Rehabilitationskliniken und Pflegeheime praktizieren, wie die mehrjährige Erfahrung seit Einführung der Fallpauschalen und die enge Zusammenarbeit mit den Langzeitinstitutionen vor Ort zeigen.

Insoweit gehen wir nicht davon aus, dass die Verbesserung von 1-Bett und 2-Bett-Zimmern im Neubau auf ausschliessliche 1-Bett-Zimmer einen massgeblichen Beitrag zur weiteren Reduktion der DAD bringen wird.

Unsere durchschnittlichen Aufenthaltsdauern (DAD) für 2010 betrugen:

Disziplinen	2010	2009	Diff. 10/09	2008	Diff. 10/08
Medizin	7.7	8.2	-0.5	7.8	-0.1
Allg. Chirurgie	4.7	4.5	0.2	4.8	-0.1
Chirurgie ORL	3.0	3.1	-0.1	3.2	-0.2
Chirurgie OPH	3.0	-	3.0	2.0	1.0
Chirurgie Plastisch	-	3.0	-3.0	3.3	-3.3
Chirurgie Urologie	4.9	4.7	0.2	4.8	0.1
Orthopädie	6.4	6.8	-0.4	6.8	-0.4
Geburtshilfe	5.2	5.3	-0.1	5.6	-0.4
Geburtshilfe Belegärzte	5.8	5.4	0.4	5.7	0.0
Gynäkologie	5.1	4.8	0.3	4.6	0.5
Gynäkologie Belegärzte	3.9	4.6	-0.7	5.5	-1.6
Somatik	6.1	6.2	-0.1	6.2	-0.1

Rehospitalisationsrate 2010

Wir rechnen bereits seit 2006 nach Fallpauschalen (AP-DRG) ab und erheben unsere Rehospitalisationsraten für die Krankenkassen gemäss gültigem AP-DRG Vertrag.

Die Rehospitalisationsrate des KSOW für 2010 betrug 1.2% (32 Fälle von total 2'658 Fällen Akutspital). Damit liegen wir deutlich unter dem von den Krankenkassen akzeptierten Limit von 5%. In diesem Zusammenhang weisen wir weiter darauf hin, dass der Grund für den Wiedereintritt die vorliegende Hauptdiagnose aus dem ersten Eintritt oder eine soziale Ursache, nicht jedoch eine spitalbedingte Infektion war.

Fazit aus medizinischer Sicht

Der geplante Neubau mit ausschliesslich 1-Bett und 2-Bett-Zimmern (im Verhältnis 1:2) wird uns einen zeitgemässen, gut funktionierenden und medizinisch einwandfreien Bettentrakt bringen, der unserem medizinischen Anspruch in Bezug auf Behandlung von ansteckenden Krankheiten, Vermeidung von Infekten und Sicherung einer optimalen Gesundheitsversorgung im Rahmen der Grundversorgung gegenüber heute gerecht wird. Der Mehrwert von ausschliesslichen 1-Bett-Zimmern in Bezug auf einen allfälligen medizinischen Zusatznutzen wird im Rahmen der definierten Grundversorgung als gering im Vergleich zu den medizinischen Nachteilen und den erwarteten Mehrkosten eingeschätzt.

Wenn der Zusatznutzen von 1-Bett-Zimmern unbestritten wäre, würde sicherlich die Mehrzahl der Neubauten dies berücksichtigen und realisieren. In Tat und Wahrheit ist uns bis heute kein Projekt bekannt, das aufgrund dieser Argumentationsführung so realisiert wird.

Bauliche Konsequenzen (einmalige Investitionskosten)

Die Realisierung von ausschliesslichen 1-Bett-Zimmern wirkt sich im Vergleich zum heutigen Planstand des Neubaus wie folgt aus:

- Überarbeitung Raumprogramm
Um eine seriöse Beurteilung zu gewährleisten, ist das Raumprogramm zwingend zu überarbeiten. Es gilt sorgfältig zu beurteilen, welche Auswirkungen auf die Umsetzung der Stations-, Untersuchungs- und übrigen Räume (Ausguss, Material, Technikverteilung etc.) zu berücksichtigen sind. Die vorgetragene Reduktion von Besprechungs- und Untersuchungs-

zimmern für Eintritte stellen wir in Abrede, da zwei Drittel der stationären Patienten über den NF eintreten und dort diagnostiziert werden. Elektive Patienten werden in dafür medizin-technisch eingerichteten Untersuchungszimmern in den Ambulatorien der Kliniken untersucht. Im heutigen Planstand ist auf den Stationen Medizin und Chirurgie/Orthopädie lediglich je ein Untersuchungszimmer geplant, was denn auch bleiben müsste, weil auch nur dort die notwendigen medizin-technischen Einrichtungen installiert würden (und nicht in jedem Patientenzimmer). Die auf den Stationen geplanten Besprechungszimmer sind für das Personal vorgesehen (Sozialbesprechungen, Rapporte etc.) und nicht hauptsächlich als Besprechungszimmer für Patienten und Angehörige geplant. Insoweit können diese nicht wegfallen.

- Deutliche Vergrößerung des Baukörpers (Volumen und Flächen)

Es müssten neu 60 Einzelzimmer statt der heute geplanten 37 Patienten-Zimmer umgesetzt werden, was nur in Form eines Doppelbünders mit im Zentrum liegenden Stations- und weiteren Diensträumen möglich wäre.

- Andere Anordnung Baukörper

Um Zimmer mit Blickrichtung Altbau zu vermeiden, müsste der Baukörper nicht mehr parallel wie heute, sondern wie in der Machbarkeitsstudie aufgezeigt auf dem Gelände neu angeordnet werden, was ein effizientes Andocken an Behandlungstrakt mit OPS, NF, Röntgen und Altbau mit den geplanten ambulanten Bereichen nicht mehr möglich macht.

- Haustechnik

Da jedes Zimmer seine eigenen sanitären Einrichtungen etc. haben muss, fällt Zusatzaufwand bei der Umsetzung der Haustechnik an.

Fazit aus baulicher Sicht

Es gilt juristisch abzuklären, ob eine Neuauflage des Wettbewerbs notwendig wird, was zu einer deutlichen zeitlichen Verzögerung des Projektes führen würde.

Die Investitionskosten werden deutlich steigen, da der Baukörper mehr Volumen und Flächen generieren wird, ohne dass der medizinische Nutzen massgeblich nachgewiesen werden kann. Die Kosten für die technischen Versorgungsinstallationen steigen ebenfalls signifikant.

Die bisher aufgewendeten Projektkosten bis zum heutigen Planstand müssten zu einem grossen Teil abgeschrieben werden, da sich die Plangrundlagen massgeblich ändern würden.

Ein effizientes Andocken an den Altbau und Behandlungstrakt wäre nicht mehr möglich und würde damit höhere Prozesskosten für alle Kliniken / Stationen bewirken.

Konsequenzen laufende Betriebskosten (operative Kosten)

Ein grösserer Baukörper (Volumen und Flächen) generiert zweifellos höhere Kosten in Bezug auf Unterhalt, Reinigung, Energie (interne Personalkosten und externe Kosten) und Anlagekosten, ohne dass wir dafür höhere Tarife von den Kassen erhalten werden. Die Kassen benchmarken die Tarife nach den jeweils günstigsten Spitälern. Die Mehrkosten verbleiben damit beim Kanton bzw. dem Steuerzahler.

Die Hotellerie, Pflege und Ärzteschaft muss mehr Räumlichkeiten bedienen, was aus unserer Sicht Mehrkosten mit sich bringt. (Jede allgemein gültige Erklärung muss einzeln überbracht werden anstatt zimmerweise so wie heute.) Daneben ist mit der Verlängerung der Wege zu rechnen.

Viele Patienten schätzen den Austausch mit dem Bettnachbarn und wollen nicht alleine liegen. Gerade bei ängstlichen Patienten ist der Bettnachbar eine einfache und wirksame

‚Beruhigungsmassnahme‘. Die Pflege geht davon aus, dass bei ausschliesslich Einzelzimmern die ‚Glockenzeit‘ steigen wird, was mehr Personalkosten generiert.

Wenn generell nur 1-Bett-Zimmer angeboten werden, werden die Erträge der Zusatzversicherten Patienten kannibalisiert (heute 14% Privatpatienten mit Fr. 4.5 Mio. Erträgen), da die Anzahl der Zusatzversicherten im Kanton sinken wird. Selbst wenn die durchschnittliche Belegung durch mehr Patienten aus den Nachbarkantonen wegen der Attraktivität steigen wird, ist es nicht möglich, den Wegfall bzw. die Reduktion dieser Erträge zu kompensieren.

Selbst bei einer Belegung von 100% würde der Mehrertrag im Bereich der Grundversicherung auf der Basis des heutigen OKP-Tarifs nur Fr. 3.0 Mio. betragen statt der heutigen Erträge der Privatpatienten von Fr. 4.5 Mio. (keine Privatpatienten mehr). Die Differenz erklärt sich auch dadurch, dass im Zusatzversicherungsbereich die Kassen die volle Leistung mit Ausnahme des Sockelbeitrags übernehmen müssen, während im OKP-Bereich die Kassen nur ihren Kostenteiler (heute 48% ab 2012 53%) tragen müssen (Kantonsbeitrag steckt im Globalkredit).

Wie bereits oben dargelegt, werden der medizinische Mehrwert und damit auch die Reduktion von allfälligen Betriebskosten als eher gering eingeschätzt.

Verzögerung Realisierung Neubau

Bereits bei der Planung des Behandlungstraktes 1992 war der notwendige Neubau des Bettentraktes unbestritten und geplant. Bereits damals wurde der heutige Bettentrakt als ‚überaltert und verbraucht‘ bewertet. Aus finanziellen Gründen wurde auf die Realisierung verzichtet.

Des weitern fallen ab 1. Januar 2012 die Kantonsgrenzen im Grundversicherungsbereich.

Patienten, Angehörige, Zuweiser und Personal warten ‚Hände ringend‘ auf den Neubau, was sich deutlich in den Ergebnissen der Patienten-, Mitarbeiter- und Zuweiserbefragung niederschlägt.

Es ist allseits bekannt, dass im nächsten Jahr die Abstimmung über den Baukredit und der Spatenstich erfolgen sollen.

Das Spital ist heute unbestritten und erfüllt die medizinisch und ökonomisch geforderten Ziele und Erwartungen.

Eine Verzögerung des Projekts mit allfälliger Neuauflage zu Gunsten einer ‚Luxus- bzw. Vorzeigevariante‘ im Sinne einer Vorreiterrolle von OW für die ganze Schweiz würde aus unserer Sicht die Mehrheit der Patienten, Angehörigen, Zuweiser und vor allem auch des Personals nicht mehr glaubhaft nachvollziehen.

Insoweit sind wir davon überzeugt, dass eine solche Verzögerung einen Flächenbrand in Bezug auf den Erhalt der Grundversorgung am Standort in Sarnen auslösen könnte. Patienten können ab 2012 frei wählen, wo sie sich behandeln lassen. Kassen würden gegen ein 1-Bett-Zimmer-Spital wegen der Kannibalisierung der Zusatzversicherungen und der Erhöhung der operativen Kosten Sturm laufen. Nicht zu unterschätzen ist das Risiko, dass das Personal nach der ‚langen Leidensgeschichte Bettentrakt und Erhalt KSOW‘ sich abwendet und das Spital verlässt.

Grundsätzlich sind wir der Überzeugung, dass wir mit dem geplanten Neubau des Bettentrakts und Umbau des Altbaus einen gesicherten Schritt in die Zukunft tun. Dem gegenüber steht ein Postulat mit für den Gesundheitsplatz Schweiz nicht als allgemein gültig anerkannten Forderungen für einen Kanton mit kleinem Einzugsgebiet und bescheidener Finanzkraft.

Freundliche Grüsse



R. Anton
Spitaldirektorin /CEO



Dr. med. Thomas Kaeslin
Chefarzt Klinik Medizin / Stv. Direktor



Art des Vorstosses: ☐ Motion ☒ Postulat

Bitte unterzeichnetes Original dem Ratspräsidium abgeben und zusätzlich mit E-Mail weiterleiten an: staatskanzlei@ow.ch

Titel:

Nachhaltig sicherer und rentabler Spitalbetrieb dank Einbettzimmern im Neubau Bettentrakt des Kantonsspitals Obwalden

Auftrag:

Der Regierungsrat wird beauftragt:

- Einen Bericht zu erstellen, ob es möglich ist im Neubau des Bettentrakts des Kantonsspitals Obwalden nur oder fast ausschliesslich Einbettzimmer einzubauen,
- dem Kantonsrat und der Bevölkerung durch diesen Bericht fundierte Entscheidungsgrundlagen für oder gegen Einbettzimmer im neuen Bettentrakt zu unterbreiten;
- den Verzicht auf Einzelzimmer allenfalls genau zu begründen und die negativen möglichen Folgen aufzuzeigen.

Der Bericht, respektive die Abklärung soll folgende Punkte beinhalten:

- Vor- und Nachteile von Einbettzimmern, inklusive Konsequenzen bei einem allfälligen Verzicht auf Einbettzimmer
- Mögliche Auswirkungen auf die Kosten aufgrund:
 - a) Kostensteigerungen beim Bau
 - b) Einsparungen bei den Räumen (z.B. Spezialzimmer wie Besprechungszimmer, Untersuchungszimmer für Eintritte etc.)
 - c) Reduktion von spitalbedingten Infekten
 - d) Auswirkungen auf Betriebsabläufe (z.B. Durchführung von Abklärung, Behandlung und Pflege etc.)
 - e) grössere Sicherheit der Patienten
 - f) Verhinderung von spitalbedingten verlängerten Aufenthalten und/oder vermeidbaren Re-Hospitalisationen (die nach DRG allein das Spitalbudget belasten können)
 - g) Möglichkeiten zur Verbesserung zur Durchführung der palliativen Medizin in einem patientenzentrierten Spital von heute und in Zukunft

Allfällige Begründung:

Aus folgenden Gründen gehört bei der Patientenunterkunft im Spital die Zukunft den Einbettzimmern (dies ist keine vollständige Aufzählung):

- **Hygiene:** Infektionen von Patient zu Patient, von Besuchern zu Patient, von Pflegenden zu Patienten **mit schwerwiegenden oder sogar tödlichen Folgen** können reduziert werden:
- Beispiel I: MRSA (**M**ehrfach **R**esistente **S**taphylococcus-**A**ureus) Keime können tödliche Infektionen im Spital hervorrufen. Im schlimmsten Fall führt dies zu einem Aufnahmestopp für eine ganze Abteilung oder das ganze Spital.

- Beispiel II: Tropeninfekte/Reiseinfekte: Unklare Infekte nach Ferien in den Tropen, oder nach anderen Reisen, mit unbekannten oder sehr bis total- resistenten Keimen) treten immer häufiger auf. Das Problem der aufwändigen Isolation, um die Übertragung von Infektionskrankheiten auf andere Patienten zu vermeiden, kann mit kleinem Aufwand mittels Einbettzimmer gelöst werden.
- **Effizientere Betriebsabläufe:** Ein Grossteil der Untersuchungen und Behandlungen kann im Zimmer des Patienten vorgenommen werden, ein Verschieben über Gänge und Fluren in spezielle Behandlungszimmer ist nicht mehr notwendig und führt zu einer grossen Zeitersparnis. Im Zeitalter der DRG ein entscheidender Vorteil für das entsprechende Spital
- **Palliativmedizin:** Das Einbettzimmer ermöglicht den intensiven und persönlichen, personenzentrierten Austausch von Pflegenden und Angehörigen mit dem Patienten.
- **Attraktivität des Spitals:** Das Kantonsspital ist einem harten Markt und starker Konkurrenz ausgesetzt. Das Spital erhält ein Alleinstellungsmerkmal. Einbettzimmer für Alle, auch für Allgemein-versicherte-Patienten steigern die Attraktivität und somit die Rentabilität des Kantonsspitals Obwalden, werden ausserkantonale Hospitalisationen verhindern. Dies vor allem aufgrund der Behandlungssicherheit, der Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf den Kanton (DRG). Es entstehen neue Möglichkeiten für attraktive Angebote durch Spezialisten in den Monaten mit tiefen Belegungszahlen. Es gibt noch viele Argumente!

Datum: 14.04.2011 Urheber/-in:

Mitunterzeichnende:

[Signature]
[Signature]

[Signature]

W. L. L. L.
S. S. S.

B. B. B.
T. T. T.

H. H. H.

M. M. M.

[Signature]

C. C. C.
P. P. P.

Z. Z. Z.
[Signature]
[Signature]

[Signature]

B. B. B.
[Signature]
[Signature]

N. N. N.
[Signature]

V. V. V.

[Signature]