

Das Einbettzimmer als Standard in der stationären Versorgung in Schleswig-Holstein

Ein Working Paper, auch Diskussionspapier genannt, dient dazu, eine Grundlage für die Diskussion und Weiterentwicklung einer Unternehmens- oder Verwaltungspraxis zu schaffen. Es handelt sich um eine vorläufige, meist mehrseitige Veröffentlichung, die von Expertinnen und Experten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Praktikerinnen und Praktikern erstellt wird. Ziel ist es, bestehende Standards zu überprüfen, neue Ideen zu präsentieren und gemeinsam Verbesserungen zu erarbeiten.

Im Gegensatz zu veröffentlichten Fachartikeln in wissenschaftlichen Zeitschriften oder verbindlichen, schon beschlossenen und verkündeten Normen oder Richtlinien sind Working Paper eigenständig und in eigener Regie erstellt und veröffentlicht. Sie stellen kein finales Produkt dar, sondern sind eine offene Einladung, sich aktiv an der Diskussion zu beteiligen, Fehler zu erkennen, Anregungen zu geben und gemeinsam an bestmöglichen Lösungen zu arbeiten.

Das Ziel dieser Papiere ist es, den aktuellen Stand und die bisherige Praxis zu reflektieren, mögliche Änderungen vorzuschlagen und so die Weiterentwicklung von Prozessen, Verfahrensweisen, Beurteilungsmaßstäben oder Perspektiven voranzutreiben. Durch den Austausch und die Abstimmung soll ein Mehrwert für alle Seiten entstehen.

Alle Leserinnen und Leser sind herzlich eingeladen, sich mit dem Working Paper zu befassen, zu kommentieren und ihre Meinungen, Sichtweisen, Kritikpunkte und Verbesserungsideen per E-Mail an kontakt@beyond-expediency.de einzubringen.

0. Zusammenfassung

- In deutschen Krankenhäusern ist der Anteil von Einbettzimmern in der Allgemeinpflege mit deutlich unter 10 % eher die Ausnahme als die Regel. Vielmehr hat das Einbettzimmer den Charakter eines Komfortmerkmals.
- Der Schleswig-Holsteinische Landtag hat beschlossen, das Einbettzimmer zum Standardzimmer in der Versorgung anzustreben.
- Die Studienlage und Projektbeispiele zeigen, dass ein Einbettzimmerstandard für den überwiegenden Teil der Patientinnen und Patienten evidenzbasiert sinnvoll ist. Die Unterbringung in Einbettzimmern ist mit einer Vielzahl von Vorteilen verbunden, vor allem hinsichtlich klinischer Ergebnisse wie weniger Infektionen und Komplikationen, aber auch durch die Stärkung weiterer Faktoren wie Würde, Wohlbefinden, Privatsphäre, Stressreduktion und die Möglichkeit des Rooming-in.
- Einbettzimmer bieten mehr Flexibilität in der Belegung, womit eine deutlich höhere Auslastung möglich ist. Wird aktuell noch mit einer ca. 80-prozentigen Auslastung kalkuliert, sind in Einbettzimmer-Pflegeeinheiten Auslastungen von nahezu 100 % möglich. Dies bietet Potential zur Reduktion der Gesamtbettzahl. Die höheren Investitionskosten, die beispielsweise durch einen erhöhten Flächenbedarf entstehen, werden teilweise kompensiert durch eine niedrigere Gesamtbettzahl und weitere Vorteile im Betrieb.
- Während für Neubauten Beispiele und Untersuchungen zu Raum- und Pflegekonzepten sowie Investitions- und Betriebskosten vorliegen, besteht eine Untersuchungslücke für den Umbau von Bestandsgebäuden zu einem Einbettzimmerstandard. Hier gilt es, entsprechende Konzepte zu erarbeiten, umzusetzen und zu evaluieren sowie die Fördermechanismen zu klären.
- Für die Umsetzung eines Einbettzimmerstandards muss a.) das Raumkonzept an das Pflegekonzept angepasst und das Personal in die Veränderung einbezogen werden, b.) die Umverteilung der erhöhten Erstinvestitionskosten zugunsten der niedrigeren Betriebskosten in den Finanzierungsmechanismen geklärt werden und c.) die Weiterentwicklung der Wahlleistungsangebote der Privaten Krankenversicherung gelingen, die bisher insbesondere die Unterbringung in einem Einbettzimmer als wesentliches und grundständiges Komfortmerkmal für sich beansprucht.

1. Begriffe

Krankenhaustyp und Fachabteilung

Die Frage der Einbettzimmer in diesem Working Paper wird für die Allgemeinpflege (auch: Normalpflege) in Allgemeinkrankenhäusern¹ diskutiert. Mit Allgemeinpflege wird die stationäre pflegerische Versorgung von Patient:innen bezeichnet, deren Gesundheitszustand keine spezialisierte oder intensivierte Betreuung verlangt. Der Begriff Allgemeinpflege wird also negativ bestimmt in Abgrenzung von Bereichen der Intensivmedizin, Wöchnerinnen- und Neugeborenenpflege, Geriatrie oder von den Aufnahmestationen [2].

Einbettzimmer: Definition und Abgrenzung [3]

- Ein **Einzelzimmer** ist ein Pflegezimmer, in dem nur eine einzelne Person untergebracht ist. Somit kann beispielsweise ein Zweibettzimmer als Einzelzimmer gelten, wenn nur ein Bett belegt ist.
- Ein **Einbettzimmer** ist ein Pflegezimmer, in dem sich ein einzelnes Bett befindet. Die zusätzliche Aufstellung eines weiteren Betts ist grundsätzlich nicht vorgesehen, da dies mit einem erhöhten Flächen- und technischen Aufwand (z. B. für Anschlüsse und Leitungen) verbunden wäre. Das Einbettzimmer kann allerdings so geplant und ausgestattet sein, dass es eine Übernachtungsoption für Begleitpersonen bietet (sogenanntes „Rooming-in“). Bei Bedarf (MANV, Krisen etc.) kann diese Option auch als Behelfs- bzw. „Kalamitätenbett“ genutzt werden.
- Ein **Zweibettzimmer** ist ein Pflegezimmer, in dem zwei Betten stehen. Im Unterschied zum klassischen Mehrbettzimmer bieten Zweibettzimmer mehr Komfort und Privatsphäre.
- Ein **Mehrbettzimmer** ist ein Pflegezimmer, in dem mehr als ein Bett steht. In der Regel befinden sich in einem solchen Zimmer zwischen 3 und 8 Betten.

Neben der Zahl der Betten gibt es bei den Pflegezimmern weitere prägende Unterschiede, etwa in Bezug auf die Barrierefreiheit oder die Hygiene: So sind Pflegezimmer teilweise mit Schleusen versehen oder rollstuhlgerecht konzipiert. Unterschiedlich sind die Zimmer auch hinsichtlich der Ausstattungsstandards, insbesondere in Bezug auf ein eigenes WC/Bad oder ein erhöhtes Flächenangebot. Zum Teil sind Zimmer auch als zuschlagspflichtige Komfortzimmer ausgestattet.

Einbettzimmeranteil (auch: Einbettzimmerquote)

Bei der Beschreibung von Krankenhausinfrastrukturen wird bisweilen von einem Einbettzimmer- oder Einzelzimmeranteil gesprochen. Hierbei ist zu differenzieren, ob von einem Verhältnis von dezidiert als Einbettzimmer gebauten Zimmern zu den anderen Pflegezimmern gesprochen wird (Einbettzimmeranteil in der Infrastruktur) oder ob betriebsorganisatorisch bezeichnet wird, wie viele Pflegezimmer, unabhängig von ihrer baulichen Größe, „einbettig“ belegt sind (Einzelzimmeranteil im Betrieb). Aus Präzisionsgründen sollte daher immer klar gemacht werden, ob auf die Anzahl der Zimmer(-arten) oder auf die Bettenanzahl je Zimmerart abgestellt wird².

In diesem Working Paper bezeichnet der Begriff *Einbettzimmeranteil* den prozentualen Anteil von Betten in Einbettzimmern im Vergleich zur Bettenanzahl in Zwei- oder Mehrbettzimmern.

Einbettzimmerstandard

Als „Standard“ wird die Normalausführung oder Durchschnittsbeschaffenheit bezeichnet. Zugleich impliziert „Standard“ auch, dass es sich um ein anzustrebendes und zu erreichendes Qualitäts- und Leistungsniveau handelt. Der Einbettzimmerstandard im Krankenhaus bedeutet deshalb, dass das Einbettzimmer die regelhafte Unterbringungsart darstellt.

¹ Dies sind Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische und/oder geriatrische Patienten/Patientinnen vorgehalten werden [1].

² Bei einem Krankenhaus mit 100 Einbett- und 100 Zweibettzimmern (mit tatsächlich je zwei Betten) ist der Anteil an Einbettzimmern und an Einzelzimmern 50 %, der Anteil an Betten in Einbettzimmern liegt hingegen bei 33 %. Wird die Hälfte der Zweibettzimmer allerdings einbettig belegt, bleibt der Einbettzimmeranteil bei 50 %, der Einzelzimmeranteil liegt bei 62,5 %, der Anteil an Betten in Einbettzimmern bleibt bei 33 %.

Mit Blick auf die bestehenden Sonderunterbringungsbedarfe etwa in der Intensivpflege, der Geburtshilfe oder andernorts, kann als maßgebliche Referenzgröße zur Bestimmung des Einbettzimmerstandards nicht die Gesamtheit aller Unterbringungen im Krankenhaus in Betracht kommen. Dieses Working Paper referenziert deshalb auf den Funktionsbereich der Allgemeinpflege.

Die weiteren Betrachtungen dieses Working Papers verstehen unter *Einbettzimmerstandard* bei Neubauvorhaben deshalb, dass in der Allgemeinpflege 100 % der Betten in Einbettzimmern angestrebt werden³.

2. Problemstellung und Herangehensweise

Das Einbettzimmer ist in deutschen Krankenhäusern nach wie vor ein Ausnahme- und Sonderfall. „Der Standard von Doppel- und Mehrbettzimmern ist so verbreitet und so sehr der Normalfall, dass dies kaum hinterfragt zu werden scheint“ [4, S. 172] – und zugleich wird das Einbettzimmer auch beim Neu- und Umbau von Gesundheitsbauten nach wie vor als ein solcher Sonderfall behandelt. Damit könnte man es bewenden lassen, ließe sich belegen, dass es gute Gründe genau dafür gibt. Macht man sich allerdings auf die Suche nach solchen guten Gründen, ist rasch zu erkennen, dass es zwar durchaus Begründungsansätze für das Einbettzimmer als Sondertatbestand gibt, dass gleichzeitig aber auch eine kritische Menge wissenschaftlich gestützter Argumente die Vorzüge des Einbettzimmers herausarbeiten. Daraus resultiert, dass dem Einbettzimmer auch gesundheitspolitisch eine wachsende Bedeutung beigemessen wird. Außerdem zeigt die vergleichende Betrachtung, dass dem Einbettzimmer in anders und durchaus „besser“⁴ funktionierenden Gesundheitssystemen eine deutlich größere Relevanz zukommt.

Dies alles legitimiert zunächst einmal das Infragestellen des Status quo. Denn Einbettzimmer-Initiativen lassen sich nicht bereits im Ansatz damit abwehren, dass das deutsche Gesundheits- respektive Krankenhausssystem bereits bestens geordnet sei. Um dieses Argument zu halten, ist aber der Status quo genauer zu beschreiben.

Erweist sich der Status quo tatsächlich als verbesserungsfähig, womöglich gar verbesserungsbedürftig, heißt das allerdings noch nicht, dass das Einbettzimmer deshalb nicht zwingend eine „gute Antwort“ auf die Frage nach der ausbaufähigen Qualität sein. Daher steht – als erste Leitfrage dieses Working Papers – im Fokus:

Ist eine Einbettzimmerstrategie evidenzbasiert sinnvoll?

Im Hinblick auf die Polykontextualität der stationären Versorgung und die Komplexitäten im Gesundheitsbau kann sich die Argumentation dabei nicht darin erschöpfen, rein gesundheitliche Gründe im engeren Sinne für die Betrachtung heranzuziehen. Ohne Zweifel stehen gesundheitsförderliche Aspekte eines höheren Einbettzimmeranteils im Zentrum. Gleichwohl gilt es, umfassendere Maßstäbe an einen Einbettzimmerstandard anzulegen und kritisch zu prüfen, um damit nicht nur gesundheits- und patientenbezogene Aspekte, sondern auch die Implikationen für die Funktionsweise der Krankenhausorganisation, die Veränderungen in planerisch-konzeptioneller Hinsicht sowie – selbstredend – die finanziellen respektive wirtschaftlichen Aspekte einzubeziehen. Ergibt diese Betrachtung, dass überzeugende Gründe für einen Einbettzimmerstandard sprechen, stellt sich die zweite Leitfrage:

³ In den verbleibenden Funktionsbereichen der somatischen Pflege, z. B. der Intensivpflege oder der Palliativpflege, scheint sich ein Einbettzimmerstandard schon durchzusetzen, während sich zum Beispiel in der geriatrischen Pflege deutliche Diskurse zum Einbettzimmer bzw. Zweibettzimmer abzeichnen. Hier gilt es auch weiterhin im Austausch mit den Praxispartnern zukünftige Standards zu definieren. Gleiches gilt für Umbauten von Bestandsinfrastrukturen, bei denen der Standard ebenfalls in differenziertere Weise festgelegt werden muss.

⁴ Darüber, wie die Funktionstüchtigkeit eines Gesundheitssystems zu bemessen und zu belegen ist, lässt sich streiten. Sofern man kennzahlengestützt vorgeht und auf Indikatoren wie die allgemeine durchschnittliche Lebenserwartung oder die vermeidbare (Krankenhaus-)Sterblichkeit abstellt und dies insbesondere in Beziehung zum entsprechenden Ressourceneinsatz (Aufwendungen, eingesetztes Personal, bereitgestellte Infrastruktur) setzt, verfügt Deutschland zwar über ein leistungsfähiges und zugängliches System, hat aber enorme Probleme, diesen außerordentlichen Ressourceneinsatz in entsprechende hochwertige oder gar spitzenmäßige gesundheitliche Ergebnisse umzumünzen, insbesondere im Vergleich zu effizienteren Staaten wie Spanien, der Schweiz, den Niederlanden, Österreich oder den skandinavischen Ländern [5, S. 26].

Warum hat sich das Einbettzimmer bislang in Deutschland nicht durchgesetzt?

Diese Folgefrage macht es möglich, nicht nur – wie vorstehend – etwaige Gegenargumente in die Betrachtung einzubeziehen, sondern zu fragen, ob und ggf. welche Hemmnisse es gibt, die einem – womöglich überzeugenden – Konzept wie einem Einbettzimmerstandard im Wege stehen.

Zu denken wäre hier sowohl an gesundheitssystemische Hindernisse aber auch an rechtlich-regulative Grenzen, kulturell-traditionelle Barrieren im Sinne eines „Immer-schon-so“ oder an den politischen Willen – schließlich ist die Gestaltung der Krankenhausinfrastruktur eine Aufgabe, die gerade auch der Gesundheitspolitik und -verwaltung im Rahmen ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge zukommt. Finden sich auch hier anschlussfähige Antworten, lässt sich die dritte Leitfrage ableiten:

Wie könnte eine Umsetzung aussehen?

Dies ist die maßgebliche Frage für die Weiterentwicklung der Krankenhausinfrastruktur – mit Implikationen zunächst auf beide relevanten Wirkungsmittel der Gesundheitspolitik und -verwaltung: Recht und Geld [6, S. 86]. Denn zu klären ist, ob es etwa rechtlicher Anpassungen bedarf, um eine Weiterentwicklung zu ermöglichen oder gar vorzuzeichnen. Ferner ist zu bedenken, mit welchen finanziellen Veränderungen in Bezug auf die Errichtung, den Unterhalt und den Betrieb des Krankenhauses, und zwar auf Seiten aller Beteiligten, zu rechnen ist.

3. Bestandsaufnahme und internationaler Vergleich

Drei- und bisweilen auch Vierbettzimmer sind in deutschen Krankenhäusern weiterhin an der Tagesordnung. Mehrbettzimmer stellen in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Standardunterbringung dar. Eine Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern ist, mit Ausnahme von medizinischer Notwendigkeit, in aller Regel als Wahlleistung nur gegen Aufpreis oder Zusatzversicherung vorgesehen. So ergibt ein bundesweiter Überblick über 621 Normalstationen, dass sich fast die Hälfte aller Betten in Zweibettzimmern (48,3 %), rund 45 % in Mehrbettzimmern und lediglich 6,4 % in Einbettzimmern befinden (vgl. Tabelle 1) [7].

Tabelle 1: Verteilung der Krankenhausbetten in Ein-, Zwei- und Mehrbettzimmern in Deutschland (Zahlen von [7])

		n	Anteil
Einbettzimmer	Anzahl	1.411	
	Betten	1.411	6,4 %
Zweibettzimmer	Anzahl	5.357	
	Betten	10.714	48,3 %
Mehrbettzimmer	Anzahl	3.153	
	Betten	10.064	45,4 %

Das Standardprogramm als Basis für die Bestimmung der Förderfähigkeit von Krankenhausinvestitionen in Schleswig-Holstein sieht vor, dass sich lediglich 10 % der Betten in Einbettzimmern befinden. Diese Zimmer werden mit 22 m² bemessen, sind der Größe nach damit vergleichbar mit Zweibettzimmern. Damit bieten sie die Möglichkeit, im Ausnahmefall ein weiteres Pflegebett zuzustellen oder einen Rooming-in Platz einzurichten. Das Standardprogramm sieht vor, 75 % der Betten in Zweibettzimmern zu planen; die Dreibettigkeit als Ausnahme kann mit bis zu 15 % der Betten realisiert werden [8]. Eine solche Konfiguration erlaubt es, die einbettige Belegung in der Allgemeinpflege als „besonders“ zu deklarieren; das heißt, die Private Krankenversicherung (PKV) akzeptiert, dass für die Unterbringung im Einzelzimmer Wahlleistungserlöse abgerechnet werden.

Daher gilt das Einbettzimmer in Schleswig-Holstein, wie bundesweit, als Ausnahme. National soll das Eichsfeld-Klinikum in Thüringen, das sich derzeit in der Umsetzung befindet, das „erste Einbettzimmer-Klinikum“ in Deutschland werden [9]. In Schleswig-Holstein hat der Landtag am 27. März 2025 einen Prüf- und Umsetzungsauftrag dahingehend beschlossen, dass das Einbettzimmer in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern zum „Standardzimmer in der Versorgung“ entwickelt werden soll [10].

Demgegenüber finden sowohl die baulichen Innovationen wie auch der einschlägige Fachdiskurs über die Relevanz des Einbettzimmers in der stationären Versorgung überwiegend im internationalen Kontext statt. Überblicksstudien belegen, dass die Thematik schwerpunktmäßig etwa im anglo-amerikanischen Raum, den Niederlanden oder Skandinavien diskutiert wird [11], [12], [13]. Der vergleichende

Blick auf die Gesundheitsbauten im umliegenden Ausland zeigt ferner, dass dort Einbettzimmer in deutlich höherem Maße umgesetzt werden, häufig mit einem Anteil von 50 % bis hin zu 100 % (Abbildung 1)⁵.

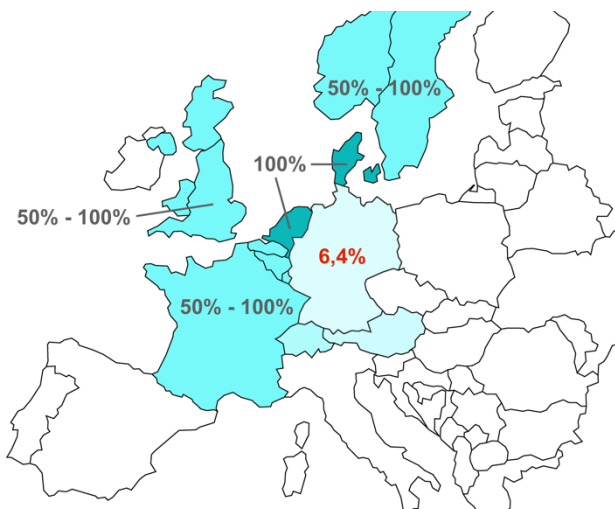


Abbildung 1: Einbettzimmerquoten im europäischen Vergleich (eigene Darstellung)

Zwar werden belastbare Länder-Vergleichszahlen nicht systematisch erfasst, allerdings gibt es belastbare Belege dafür, dass in anderen OECD-Staaten deutlich stärkere Einbettzimmerstrategien verfolgt werden, Einbettzimmer vielfach gar der Standard oder sogar der ausschließliche Anwendungsfall sind: In Dänemark wird der Einbettzimmerstandard strategisch verfolgt; bei den Neubauten im Zuge des Super Hospital Programms gilt: „All hospitals in the programme will have single bedrooms“ [16, S. 13]. In Frankreich, den Niederlanden und Norwegen sind Einbettzimmer seit vielen Jahren gängige Praxis, bisweilen gar der Standard bei Neubauten; Projekte in Rotterdam, Sittard oder Trondheim belegen dies [17], [18].

In Großbritannien wird seit Jahren empfohlen, 50 bis 100 % aller Pflegezimmer als Einbettzimmer zu bauen [13], [19]. Für Schottland hat die Regierung „100 % single rooms in future hospital developments“ [20, S. 1] als gesundheitspolitische Leitvorgabe formuliert. Auch in Nordamerika ist die Einbettzimmerstrategie weitaus etablierter: In Kanada wird das Einbettzimmer als bevorzugte Versorgungsform angesehen. Es werden hohe Anteile von 70-80 % (Royal Jubilee, Strathcona Community, Humber River) bis hin zu vollständigen Einbetthäusern (St. Paul, West Lincoln) realisiert [21]. In den Vereinigten Staaten von Amerika schließlich stellt die Richtlinie zur Gestaltung von Krankenhäusern schon seit Jahren klar, „that the single-bed room is the minimum standard in new construction“ [22, S. 19].

Damit zeigt sich, dass die in Deutschland vorherrschende Konfiguration von Mehrbett-Krankenhäusern im internationalen Vergleich, insbesondere mit den maßgebenden Systemen in Nordamerika und Westeuropa, ein struktureller Sonderweg ist. So ist es begründet, diesen Weg kritisch daraufhin zu befragen, ob er begründbar, noch zeitgemäß und durch seine Effekte weiterhin gerechtfertigt ist.

4. Einbettzimmer im Krankenhaus – Evidenzlage und Perspektiven

In der gesellschaftlichen Diskussion in Deutschland wird das Einbettzimmer im Krankenhaus häufig als Komfort- oder Luxusmerkmal interpretiert. Auch innerhalb der Krankenhäuser wird ein hoher Anteil von Einbettzimmern teilweise kritisch bewertet, insbesondere mit Blick auf mögliche organisatorische Herausforderungen im Stationsalltag. Genannt werden unter anderem längere Wege für das medizinische und pflegerische Personal oder eine erschwerte Übersicht über die Patient:innen.

⁵ Gleichzeitig persistieren, vor allem aus Gründen der Vergütungs- und Versicherungssysteme, etwa in Belgien, Österreich oder Schweiz, auch weiterhin Systeme, in denen, vergleichbar der stationären Versorgung in Deutschland, die Unterbringung im Mehrbettzimmer als Normalfall gilt und das Einbettzimmer als Sonder- und Komfortleistung gilt und bisweilen mit hohen Zusatzkosten belegt oder nur bestimmten privilegierten Systemen vorbehalten ist. Doch auch dort ist eine Entwicklung in Richtung einer merklichen Abkehr vom Mehrbettzimmer zu verzeichnen, wie die Neubauten am Universitätsspital Zürich oder des Kantonsspitals Aarau mit 100 % Einbettzimmern, aber auch Projekte in Luzern (Kantonsspital) oder Wien (Klinik Floridsdorf) belegen [14], [15].

Die wissenschaftliche Literatur zeichnet jedoch ein differenzierteres Bild. Zahlreiche Studien weisen auf verschiedene Vorteile der Unterbringung in Einbettzimmern im Vergleich zu Mehrbettzimmern hin. Diese betreffen insbesondere Aspekte der Infektionsprävention, des subjektiven Wohlbefindens der Patient:innen, der Wahrung von Privatsphäre und Würde, aber auch klinische Outcomes. Neben den individuellen Effekten für Patient:innen können insbesondere reduzierte Infektionsraten und verbesserte Behandlungsergebnisse auch gesundheitsökonomische Auswirkungen haben.

Infektionsprävention und Hygiene

Ein wesentlicher Vorteil von Einbettzimmern liegt im Bereich der Hygiene und Infektionsprävention [23], [24], die auch zu verminderten Komplikationsraten führt. Die räumliche Trennung von Patient:innen erleichtert insbesondere die frühzeitige Isolation infektiöser Personen bereits bei der Aufnahme. Ein häufig zitiertes Überblick von Ulrich [25] kommt zu dem Ergebnis, dass Einbettzimmer die Wahrscheinlichkeit der Übertragung aerogener oder kontaktübertragener Erreger zwischen Patient:innen reduzieren: In sechs der neun ausgewerteten Studien zeigte sich ein signifikanter Vorteil von Einbettzimmern hinsichtlich des Erwerbs solcher Infektionen.

Darüber hinaus ermöglichen Einbettzimmer eine effizientere Reinigung nach der Entlassung von Patient:innen. Auch Kreuzkontaminationen über Oberflächen können reduziert werden, da weniger Personen dieselben Räume und Einrichtungen nutzen [23].

Organisatorische Prozesse der Hygiene – etwa die konsequente Umsetzung von Schutzmaßnahmen oder die Vermeidung von Patiententransfers zur Isolation [26] – lassen sich in räumlich getrennten Zimmerstrukturen leichter umsetzen. Die Möglichkeit, im Bedarfsfall einzelne Zimmer in Isolationszimmer umzuwandeln, verringert Bettensperrungen und Stationsschließungen deutlich. Das führt zu weniger Bettenausfalltagen [27]. Darüber hinaus wird auf eine Reduzierung nosokomialer Infektionen als Folge häufiger Patiententransfers hingewiesen [26], [28].

Wohlbefinden, Stressreduktion und Patientenperspektive

Als weiteren Vorzug des Einbettzimmers beschreibt die Literatur positive Effekte auf das subjektive Wohlbefinden von Patient:innen. Aus Sicht von Patient:innen werden Einbettzimmer häufig aufgrund einer geringeren Geräuschbelastung bevorzugt [17]. Gleichzeitig treten weniger Störungen durch Mitpatienten auf, etwa durch nächtliche Aktivitäten, Gespräche [29] oder medizinische Maßnahmen. Die Studie von Schafthuisen et al. [29] zeigt zudem, dass insbesondere die Schlafqualität in Einbettzimmern signifikant höher bewertet wird. Da Schlaf eine wichtige Rolle im Genesungsprozess spielt, kann dieser Effekt zur schnelleren Genesung beitragen. Auch ein geringeres Delirrisiko wird der verbesserten Schlafqualität [30] zugeschrieben, insbesondere bei älteren Patient:innen [31].

Insgesamt deuten verschiedene Untersuchungen darauf hin, dass die Unterbringung in Einbettzimmern mit einer geringeren Stressbelastung während des Krankenhausaufenthalts verbunden ist.

Privatsphäre und Wahrung der Patientenwürde

Einbettzimmer erlauben es besser, die Privatsphäre und Würde der Patient:innen zu wahren. Sie ermöglichen es, ärztliche Gespräche, pflegerische Maßnahmen oder persönliche Besuche in einem geschützten und flexiblen Rahmen durchzuführen [32], [33]. Gerade in emotional belastenden Situationen – etwa bei der Mitteilung schwerwiegender medizinischer Befunde – kann dies eine wichtige Rolle spielen.

Besonders relevant ist dieser Aspekt bei sensiblen Krankheitsbildern, etwa in der Onkologie, bei psychischen Belastungen oder in palliativen Behandlungssituationen. In solchen Fällen kann die Möglichkeit, persönliche Gespräche und medizinische Maßnahmen ohne Anwesenheit weiterer Patient:innen durchführen zu können, erheblich zur Wahrung der Würde beitragen.

Potenzielle Nachteile und Herausforderungen während des Aufenthaltes

Als potenzielle Nachteile eines Einbettzimmerstandards werden insbesondere Gefahr der sozialen Isolation von Patient:innen sowie eine geringere informelle Beobachtung durch Mitpatient:innen genannt [12], [34]. Auch die wechselseitige Unterstützung durch Mitpatient:innen [12] sowie die Hilfe bei kleinen

Verrichtungen werden bisweilen als entlastend gegenüber der Pflege thematisiert (z. B. Fenster schließen, Kaffee mitbringen etc.). Darüber hinaus wird teilweise ein erhöhtes Risiko unbemerkter Stürze⁶ oder Komplikationen genannt [33]. Aus Personalperspektive wird eine Einbettzimmerstruktur mit längeren Wegen assoziiert sowie mit der Sorge vor weniger Sozialkontakten und Austausch mit Kolleg:innen aufgrund der Organisation als Unit-Pflege. Dies drückt sich in der Aussage „lonely practice“ aus [33].

Ausnahmesituation Krankenhausaufenthalt und gesellschaftliche Entwicklungen

Bei der Bewertung von Einbettzimmern ist eine differenzierte Betrachtung erforderlich. Obschon die durchschnittliche Verweildauer von etwa 7 Tagen im deutschen Krankenhaus [36] im internationalen Vergleich hoch ist [37, S. 239], ist ein Krankenhausaufenthalt in aller Regel eine eher kurzfristige Angelegenheit. Unter den rund 18 Mio. Krankenhausfällen sind zudem etwa 8 Mio. Kurzlager mit einer Verweildauer von maximal 3 Tagen [36]. Auf der anderen Seite allerdings gibt es eine große Zahl komplexer Fälle, schwerer Krankheitsverläufe und langwieriger Krankenhausaufenthalte; und ganz generell ist ein stationärer Aufenthalt stets eine Ausnahmesituation für die betroffenen Patient:innen. Gerade dies gilt es bei der Auseinandersetzung mit dem Einbettzimmerstandard zu bedenken.

Die Vorzüge und Nachteile können sich dann vor allem in Abhängigkeit von Krankheitsbildern, Verweildauern oder patientenbezogenen Merkmalen unterschiedlich ausprägen. Auch generationelle und demographische, epidemiologische und gesellschaftliche Veränderungen sowie die physische und psychische Konstitution der Patient:innen und deren individuelle Bedürfnisse spielen eine Rolle.

Demographische Veränderungen in der alternden Gesellschaft äußern sich in erhöhten Versorgungsaufwänden, veränderten Behandlungszielen und in der Zunahme der besonders vulnerablen Gruppe der betagten Patient:innen im Krankenhaus (zum Überblick bspw. [38]). Die Unterbringung im Einbettzimmer ist hier differenziert zu sehen und eine alleinige Unterbringung kann aus mehreren Gründen auch Nachteile mit sich bringen. Gleichzeitig kann gerade bei älteren Patient:innen, die während eines Krankenhausaufenthalts eine Demenz als Nebendiagnose aufweisen oder schneller ein Delir entwickeln, die Anwesenheit vertrauter Personen dank der Rooming-in-Möglichkeit stabilisierend wirken.

Die Diskussion über Einbettzimmer ist zudem im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen zu betrachten. Verschiedene Studien weisen auf veränderte Erwartungshaltungen von Patient:innen hin. Gesellschaftliche Entwicklungen wie die Zunahme von Singlehaushalten sowie allgemeine Individualisierungstendenzen führen dazu, dass Patient:innen zunehmend eine individuellere Versorgung erwarten und weniger bereit sind, ihren persönlichen Raum mit fremden Personen zu teilen. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach Einbettzimmern künftig weiter steigen wird [39].

5. Organisatorische Implikationen

Zusammenhang von Raum- und Pflegekonzept

Ein Einbettzimmerstandard erfordert eine angepasste Arbeitsorganisation, etwa im Hinblick auf Stationslayout, Wegezeiten und Überwachungsmöglichkeiten.

Wie zuvor beschrieben, wird bei einer reinen Einbettzimmerstruktur befürchtet, dass das Personal längere Wege zurücklegen muss. Untersuchungen zu den zurückgelegten Strecken in Ein- und Mehrbettzimmerstrukturen zeigen jedoch, dass nicht die Zimmerstruktur, sondern die dazugehörige Pflegeorganisation ausschlaggebend für die Wegelängen ist. Das Projekt *Beyond Expediency* untersucht die Wegelängen in Abhängigkeit von der Pflegeorganisation systematisch. In Zusammenarbeit mit den Praxispartnern kann dabei die Annahme, dass die Wegelängen stark von der Pflegeorganisation und nicht von der Zimmerstruktur abhängig sind, ebenfalls unterstützt werden. Entsprechend müssen das pflegerische und das räumliche Konzept zwingend aufeinander abgestimmt sein, um lange Wege zu vermeiden.

Bei einer Einbettzimmerpflege sollte die pflegerische Organisation in Form modularer Stationen erfolgen. Dezentralisierte Pflegearbeitsplätze bzw. dezentrale Stützpunkte können dazu beitragen, dass

⁶ Eine Untersuchung von Hussain et al. (2022) zur Sturzhäufigkeit zeigt, dass das Sturzrisiko in einem Einbettzimmer genauso hoch ist wie in einem Mehrbettzimmer [35]

Pflegekräfte weiterhin einen guten Überblick über die Patient:innen behalten [28] und sich die Wehlängen gegenüber einer klassischen Stationspflege für das Personal nicht erhöhen.

Untersuchungen aus der Praxis zeigen, dass für das Pflegepersonal keine längeren Wege entstehen, wenn eine Station ausschließlich mit Einbettzimmern ausgestattet ist und pflegerisch als Bereichspflege mit einer Unit-Struktur organisiert ist [40], [41], [42]. Dabei ermöglichen Einbettzimmer eine hohe Flexibilität und Auslastung in der Bettenbelegung, da Patient:innen unabhängig von Geschlecht, Infektionsstatus oder individuellen Bedürfnissen leichter zugeordnet werden können.

Betriebliche Vorteile

Einbettzimmer haben betriebliche Vorteile. Wesentlicher Punkt ist die bessere Auslastung: 85 Einbettzimmer können die gleiche Kapazität wie 100 Betten in Mehrbettzimmern erreichen [18]. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es nahezu keine Bettensperrungen mehr gibt und eine flexiblere Belegung (z. B. bei Isolationserfordernissen) möglich ist. Während die durchschnittliche Bettenbelegung in deutschen Krankenhäusern bei etwa 70 % liegt [43] und die Krankenhausplanungen Normauslastungen von etwa 80 % bis 85 % ansetzen [44], kann bei einem Einbettzimmerkrankenhaus mit Werten von bis zu 100 % gerechnet werden [13, S. 38], [45, S. 7]. Das ermöglicht die Reduktion der Gesamtbettenzahl.

Die Unterbringung in Einbettzimmern ist zudem verbunden mit weniger Verlegungen innerhalb der Station, einem geringeren organisatorischen Aufwand bei Infektionsfällen [27] sowie einer besseren Anpassungsfähigkeit bei neuen Infektionslagen (z. B. Pandemie). Diese Flexibilität des Einbettzimmerstandards kann insofern ein zentrales strategisches Element einer Krankenhausplanung sein. Einbettzimmer beeinflussen auch weitere Handlungen im Krankenhaus: Medizinisch-pflegerische Untersuchungen, die sonst in Untersuchungsräumen stattfinden, können mit mobilen Geräten direkt im Pflegezimmer selbst durchgeführt werden. Dies gilt auch für sensible Gespräche, die sonst auf dem Flur oder in separaten Räumen geführt werden.

Setzt man in zukünftigen Einbettzimmern eine Rooming-in-Option voraus, schafft dies Potential für noch zu validierende Flächen- und Ausstattungsmerkmale bis hin zu einem Kalamitätenbett und somit einem möglichen Kapazitätsaufwuchs in Krisensituationen.

6. Bauliche Implikationen

In der Allgemeinpflege hieße ein Einbettzimmerstandard konkret: Jedes Pflegezimmer hat ein Pflegebett, ein eigenes Bad und WC sowie ausreichend Fläche für Angehörige und die pflegerische Versorgung. Dies schafft Potential für noch zu validierende Flächen- und Ausstattungsmerkmale bis hin zu einem Kalamitätenbett und somit einem möglichen Kapazitätsaufwuchs in Krisensituationen. Die Schleuse oder Vorzone – bei Bedarf als Infektionsschutz nutzbar – ist baulich vorbereitet, auch wenn sie nicht in jedem Zimmer dauerhaft aktiviert ist. Das Zimmer ist so dimensioniert, dass es bei Bedarf auch intensivierter Überwachung standhalten kann.

Die Stationsarchitektur verändert sich: Dezentrale Pflegestützpunkte ersetzen den zentralen Pfegetreppen. Wege werden kürzer, Sichtachsen anders. Das erfordert mehr Planungstiefe – ist aber, wie die Fallbeispiele in Absatz 7 zeigen, in Deutschland und international bereits erfolgreich realisiert worden.

Implikationen für die Neubauplanung

Der erhöhte Einbettzimmeranteil in der Versorgung erfordert im Neubau eine grundlegende Änderung der Bauweise, da sich durch die Einbettzimmer auch das Versorgungskonzept ändern muss, um effiziente Abläufe zu ermöglichen (z. B. Unit-Pflege).

Eine Konzeptstudie des Projekts *Beyond Expediency* und seiner Praxispartner zeigt, dass im Allgemeinpflegebereich mit 160 Einbettzimmern im Vergleich zu einer konventionellen Planung mit 160 Betten in Mehrbettzimmern mit einem Flächenmehrbedarf von ca. 16 % der m² BGF zu rechnen ist. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Flächenbedarf nur für die Pflegezimmer im-Einbettzimmerstandard zwar um ca. 18 % steigt, die Flächenbedarfe für die zentralen Räume und Nebenräume durch Kompensation in einer Unit-Pflege um ca. 20 % sinken. So kann in einem Raumprogramm einer Einbettzimmerplanung beispielsweise auf Untersuchungs- und Behandlungsräume sowie auf separate Räume zur Bettenaufbereitung verzichtet werden, da diese Tätigkeiten direkt in den Pflegezimmern durchgeführt werden können.

Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass bei einer höheren Quote von Mehrbettzimmern mit einer geringeren Auslastung zu rechnen wäre und mehr Betten aufgestellt werden müssen, damit die Behandlung von Fallzahlen entsprechend vergleichbar gemacht werden kann. Unter dieser Betrachtung steigt in vorgenannter Konzeptstudie der Flächenmehrbedarf für Einbettzimmer nur noch um ca. 4,5 %, da für die Behandlung der Fallzahlen im vorliegenden Beispiel tatsächlich 180 Betten in Mehrbettzimmern gebaut werden müssen.

Vergleiche mit dem Standardraumprogramm für Krankenhäuser in Schleswig-Holstein (Stand 2012) [8] zeigen ebenfalls, dass ein Einbettzimmerstandard in der Allgemeinpflege zu einer Steigerung der notwendigen Flächen je Bett im Vergleich zu den bislang förderfähigen Flächen als Mehrbettzimmer führt. Der Flächenmehrbedarf in der Allgemeinpflege, also der Betten, die von Mehrbettzimmern zu Einbettzimmern inkl. Kalamitätenbett überführt werden, beträgt hier trotz Flächeneinsparungen bei den zentralen Räumen bis zu 60 % m² BGF. Berücksichtigt man zusätzlich die bessere Effizienz in der Bettenbelegung im Falle eines Einbettzimmerstandards, ist von einem Flächenmehrbedarf in Höhe von 50 % m² BGF gegenüber dem Standardraumprogramm auszugehen. Der Flächenmehrbedarf im Vergleich zum Standardraumprogramm ergibt sich aus der notwendigen Kompensation von nach wie vor im Standardraumprogramm verankerten Dreibettzimmern⁷ sowie einem grundsätzlich im Laufe der Jahre erhöhten Bedarf an Nebenraumflächen für die Allgemeinpflege. Dieser Bedarf besteht unabhängig davon, ob die Zimmer ein- oder zweibettig geführt werden. Gründe hierfür sind beispielsweise größere Nasszellen oder auch größere Pflegebetten, die in Zweibettzimmern eine mehr Raumbreite und somit mehr Grundfläche erfordern.

Da der Allgemeinpflegebereich in der oben genannten Konzeptstudie ein Drittel der Gesamtkapazität der Betten darstellt, ist dieser Flächenmehrbedarf nicht ohne Weiteres auf die Gesamtkosten übertragbar. Er stellt ausschließlich die Flächen- und somit auch die Kostensteigerungen in der Allgemeinpflege dar.

Eine Durchmischung von Ein- und Zweibettzimmern innerhalb einer Unit ist nach Untersuchungen des Projekts *Beyond Expediency* grundsätzlich möglich. In der Allgemeinpflege wird jedoch eine Einbettzimmerquote von 100 % angestrebt, sodass eine Mischung keine praktische Relevanz hätte. In spezialisierten Fachpflegen hingegen, für die derzeit noch keine verbindlichen Einbettzimmerquoten definiert sind, kann eine Kombination aus Ein- und Zweibettzimmern innerhalb einer Unit sinnvoll sein.

Aktuelle statische Konzeptstudien zeigen, dass bei gleichbleibender Gebäudetiefe sowohl Einflur- als auch Doppelflursysteme umgesetzt werden können. Dann würde die zweibettige Pflege als Einflursystem und die einbettige Pflege als Doppelflursystem ausgeführt werden. Bei gemischten Stationen kann bis zu einem gewissen Mischungsverhältnis das Doppelflursystem erhalten werden (derzeit erfolgreich untersucht mit 60 % Betten in Einbettzimmern zu 40 % Betten in Zweibettzimmern). Das Stützenraster dieser Konzeptstudien wurde so entwickelt, dass es beiden Systemen (Ein- und Doppelflursystem) gerecht werden kann und somit auf mehreren Ebenen variiert werden kann. Das heißt, dass Stationen auf unterschiedlichen Ebenen sowohl einbettig, zweibettig, als auch gemischt abgebildet werden können, ohne weitere Eingriffe in das Tragsystem vornehmen zu müssen.

Implikationen für Umbauplanung

Der Umbau von bestehenden Krankenhausstationen mit dem Ziel, das Einbettzimmer als Standardunterbringung vorzuhalten, ist aus architektonischer, technischer und organisatorischer Sicht mit verschiedenen Herausforderungen verbunden. Gerade im Bestand treffen die hohen Anforderungen an eine moderne Patientenversorgung auf bauliche und strukturelle Grenzen vorhandener Gebäude.

Eine der größten Herausforderungen liegt in der begrenzten Flächenverfügbarkeit. Bestehende Gebäude/Stationen sind meist für Mehrbettzimmer konzipiert. Bei der Einrichtung von Einbettzimmer wird aber mehr Fläche pro Patient:in benötigt als bei der Vorhaltung von Zwei- und Mehrbettzimmern. Allerdings können Effekte wie z. B. effizientere Auslastung durch Einbettzimmerpflegen oder fortschreitende Ambulantisierung sowie die Krankenhausstrukturreform den standortbezogenen Versorgungsauftrag an

⁷ Das Standardraumprogramm sieht für eine Allgemeinpflegestation zwei Dreibettzimmer, 14 Zweibettzimmer und vier Einbettzimmer vor. Insbesondere die Umsetzung von sechs Betten aus Dreibettzimmern in sechs Einbettzimmer beeinflusst den ermittelten Flächenmehrbedarf.

stationär zu führenden Betten zukünftig derart reduzieren, dass auch im Bestand ein Einbettzimmerstandard in Betracht gezogen werden kann.

Eng damit verbunden sind grundrissbedingte Herausforderungen. Tragende Wände, bestehende Installationsschächte und feste Erschließungsstrukturen (Flure, Treppenhäuser) lassen sich oft nur eingeschränkt verändern. Dadurch wird die Neuorganisation der Station – etwa im Hinblick auf moderne Pflegekonzepte wie dezentrale Stützpunkte oder kleinere Pflegeeinheiten (Units) – erschwert und erfordert kreative planerische Lösungen.

Ein zentraler technischer Aspekt ist die Fragestellung, ob die Nachrüstung von Sanitärbereichen (Nasszellen) erforderlich ist. Während ältere Zweibettzimmer häufig nur über gemeinschaftlich genutzte Sanitäranlagen verfügen, wird heute in Einbettzimmern ein eigenes Bad erwartet. Die Integration zusätzlicher Leitungsführungen für Wasser, Abwasser und Lüftung ist im Bestand komplex, da vorhandene Steigzonen oft nicht ausreichen und neue Installationen in die bestehende Struktur integriert werden müssen.

Hinzu kommen die notwendigen Anpassungen der Gebäudetechnik und des Brandschutzes sowie Unsicherheiten aufgrund unvorhergesehener Probleme in der Baustruktur. All dies muss zudem unter der Herausforderung der Umsetzung im laufenden Betrieb bewältigt werden. Daher muss bei zukünftigen Überlegungen zur Implementierung eines Einbettzimmerstandards im Bestand vorab eine detaillierte Bestandsaufnahme und entsprechende Szenarienbewertung durchgeführt werden.

7. Empirie: Einbettzimmerstationen – aktuelle Beispiele aus Theorie und Praxis

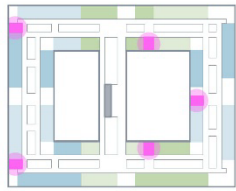
Zur empirischen Fundierung der Diskussion wurden exemplarische Krankenhausprojekte analysiert, die Einbettzimmerkonzepte auf Allgemeinpflegestationen umgesetzt haben oder die sich derzeit in der Planung und Ausführung befinden. Für die Analyse wurden 9 Fallbeispiele herangezogen (Abbildung 2, Tabelle 2): das ByEx Urban Hospital 1.0 (Deutschland), das Universitätsspital Zürich (Schweiz), das Eichsfeld Klinikum in Heiligenstadt (Deutschland), das Stavanger University Hospital (Norwegen), das Südspidol Esch-sur-Alzette (Luxemburg), das Malteser Fördekllinikum St. Katharina Flensburg (Deutschland), das Aarhus Universitätshospital (Dänemark), das Erasmus University Medical Center Rotterdam (Niederlande) und das Orbis Medical Center Sittard-Geleen (Niederlande).

Berücksichtigt wurden Projekte, die folgende Kriterien erfüllen: Erstens weisen sie einen hohen Einbettzimmeranteil bis hin zu vollständig einbettig organisierten Stationen auf. Zweitens befinden sich die Projekte entweder im Betrieb oder in der Umsetzung, sodass aktuelle Planungsansätze berücksichtigt werden können. Eine Ausnahme hiervon stellt das „ByEx Urban Hospital 1.0“ dar. Bei diesem handelt es sich um einen Untersuchungsgegenstand des Projekts *Beyond Expediency*. Die Beispiele stammen aus Deutschland oder dem europäischen Kontext, um vergleichbare Rahmenbedingungen sicherzustellen und sind nicht älter als 16 Jahre, um eine möglichst zeitgemäße architektonische und organisatorische Situation abzubilden.

Die gezeigten Projekte sind allesamt in einem Neubau realisiert beziehungsweise befinden sich in der Planung eines Neubaus. Die Stationsgrößen liegen zwischen 20 und 61 Betten pro Einheit. Gleichzeitig zeigt sich in mehreren Projekten eine Gliederung in kleinere pflegerische Einheiten, sogenannte Units, mit typischerweise 8 bis 10 Betten. Diese Organisation verbindet die Vorteile der Einbettzimmer mit der Unit-Struktur.

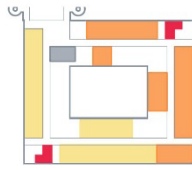
Im Hinblick auf die Zimmergrößen bewegen sich die Einbettzimmer überwiegend in einem Bereich von etwa 14 m² bis 22 m², mit einem Schwerpunkt um 18 m². Auffällig ist, dass viele dieser Räume hinsichtlich des Flächenangebots den Anforderungen an klassische Zweibettzimmer entsprechen, jedoch bewusst einbettig belegt werden. Die zugehörigen Nasszellen sind in allen untersuchten Projekten direkt vom Zimmer aus zugänglich und weisen Flächen zwischen etwa 4 m² und 8 m² auf. Damit wird eine durchgängige Einzelbelegung auch unter hygienischen und funktionalen Gesichtspunkten unterstützt.

Ein weiterer wiederkehrender Aspekt ist die Möglichkeit des Rooming-in. In fast allen Projekten ist diese Funktion explizit vorgesehen, häufig durch einfache architektonische Lösungen wie verbreiterte Fensterbänke oder ausklappbare Möbel. Das Angebot unterstreicht die zunehmende Bedeutung von Begleitpersonen im Behandlungsprozess. Zudem ermöglicht diese Option einen raschen Kapazitätsaufwuchs in Krisensituationen, beispielsweise bei Extremwetterereignissen oder militärischen Krisen.



ByEx Urban Hospital 1.0
Deutschland

*



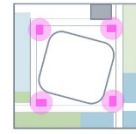
Universitätsspital Zürich,
Schweiz

**

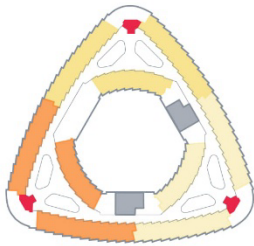


Eichsfeld Klinikum,
Heiligenstadt, Deutschland

**

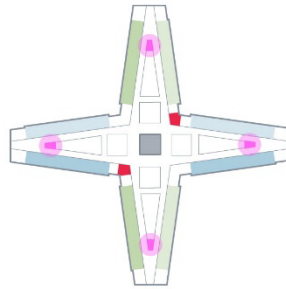


Stavanger
University Hospital,
Norwegen



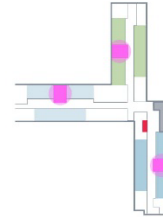
Südspidol,
Esch-sur-Alzette, Luxemburg

**

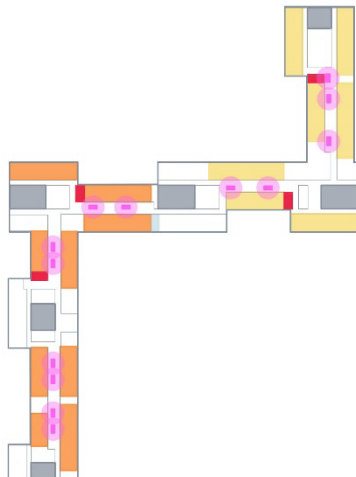


Malteser Förderklinikum
St. Katharina,
Flensburg, Deutschland

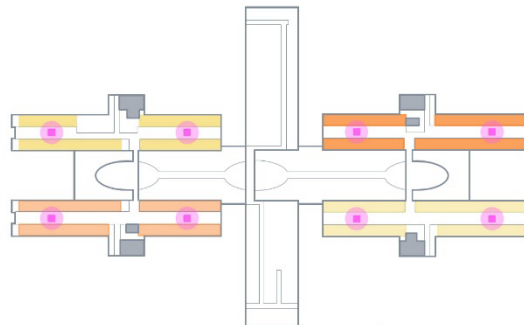
**



Aarhus Universitætshospital,
Dänemark



Erasmus University Medical Center,
Rotterdam, Niederlande



Orbis Medical Center,
Sittard-Geleen, Niederlande

Legende:



Stützpunkt zentral	
Stützpunkt dezentral	
Unit 1/ Unit 2	
Unit 3/ Unit 4	
Stationen	
Haupterschließung	
Fertiggestellt	***
In Planung/Ausführung	**
Voruntersuchung	*

Abbildung 2: Beispiele aus Theorie und Praxis (eigene Darstellung)

Die konstruktiven Raster bzw. Achsmaße der Pflegezimmer variieren zwischen etwa 3,40 m und 3,90 m. Diese Spannweite verweist auf unterschiedliche strukturelle Grundansätze – von eher kompakten, wirtschaftlich optimierten Systemen bis hin zu großzügigeren Rastermaßen, die höhere räumliche Flexibilität ermöglichen.

Die Analyse der Beispiele aus Theorie und Praxis zeigt, dass Einbettzimmerstrukturen nicht an eine spezifische Grundrissstypologie gebunden sind, sondern in unterschiedlichen räumlichen Organisationsformen umgesetzt werden können. Am häufigsten tritt eine ringförmige Organisationsstruktur auf, bei der die Pflegezimmer entlang der Gebäudeaußenfassade angeordnet sind. Diese Anordnung ermöglicht eine konsequente natürliche Belichtung und Belüftung der Pflegezimmer und unterstützt zugleich eine klare funktionale Trennung zwischen patientennahen und dienenden Bereichen im Inneren der Station. Die Pflegestützpunkte sind in diesen Strukturen in der Regel oft so positioniert, dass sie einen möglichst weiten Einblick in die umlaufenden Flurbereiche erlauben. Gleichzeitig fungieren sie als räumliche Orientierungspunkte innerhalb der Station und sind von den Pflegezimmern aus gut auffindbar.

Neben dieser ringförmigen Organisation finden sich Einbettzimmerstrukturen auch in linearen Grundrissystemen, insbesondere in kamm- und sternförmigen Typologien. Diese können sowohl als Einflur als auch als Doppelflurssystem ausgebildet sein.

Insgesamt wird deutlich, dass die Wahl der Grundrissstypologie weniger durch das Einbettzimmer selbst determiniert ist, sondern vielmehr durch übergeordnete Ziele wie Architektursprache und statisches System bestimmt werden, während innerhalb des Pflegeschosses Wegeeffizienz, Übersichtlichkeit, funktionale Zonierung und die Umsetzung der Pflegeorganisation zentrale Parameter sind.

Tabelle 2: Kennzahlen zu Einbettzimmerstationen auf der Allgemeinpflege

	ByEx Urban Hospital 1.0	Zürich <small>Stand 02/2026</small>	Eichsfeld Heiligenstadt	Esch-sur-Alzette	Flensburg <small>Stand 11/2025</small>	Aarhus	Rotterdam	Sittard-Geleen
NUF Einbettzimmer	14,8 m ²	22 m ²	18 m ²	20,5 m ²	20 m ²	17 m ²	19 m ²	14,5 m ²
NUF Nasszelle	4 m ²	4 m ²	4 m ²	4,3 m ²	4 m ²	8 m ²	4 m ²	4,8 m ²
Rooming-in	Ja Klappsofa	Ja	Ja Klappsofa	Keine Angabe	Ja	Ja	Ja Klappsofa	Ja
Einbettzimmeranteil	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Betten pro Station	40	27-28	48	30	32	24	56-61	26-32
Betten pro Unit	10	Keine Unit- Struktur	8	Keine Unit- Struktur	8	8	12-32	Keine Angabe
BGF Pflegeebene	~5.930 m ²	~4.100 m ²	~5.600 m ²	~6.000 m ²	~5.000 m ²	~2.100 m ²	~8.500 m ²	~6.254 m ²
Zimmerachse	3,90 m	3,80 m	3,60 m	3,60 m	3,90 m	3,90 m	3,60 m	3,40 m
Planungsstand	Untersuchungsgegenstand	Plm. 2031 fertiggestellt	Plm. 2028 fertiggestellt	Plm. 2031 fertiggestellt	Plm. 2030 fertiggestellt	2019 abgeschl.	2018 abgeschl.	2010 abgeschl.

Hinweis: Zahlenwerte gerundet

8. Quote und Standard

Die naheliegende Reaktion auf die Evidenzen wäre, den Anteil von Einbettzimmern in der Allgemeinpflege zu erhöhen, etwa durch Anreize oder rechtliche Vorgaben, beispielsweise ein gesetzlich verankerter Mindestanteil von beispielsweise 30, 40 oder 50 % Einbettzimmern in der Allgemeinpflege – umzusetzen bei Neubau oder umfassender Sanierung. Dieser Ansatz wäre zwar recht einfach handhabbar, griffe aber zu kurz.

Denn ein Einbettzimmeranteil von 40 % in der Allgemeinpflege bedeutet eben auch: 60 % der Patient:innen werden weiterhin im Mehrbettzimmer untergebracht – mit all den beschriebenen Nachteilen für Hygiene, Schlaf, Privatsphäre und klinische Outcomes. Die Frage, wer das Einbettzimmer bekommt, wird dann entweder medizinisch-fachlich entschieden oder – wie heute – über die Zahlungsbereitschaft oder den Versicherungsstatus. Beides ist unbefriedigend.

Der konzeptionell andere Ansatz lautet deshalb: das Einbettzimmer als Standard und damit als Regelleistung in der Allgemeinpflege – nicht als Ausnahme, nicht als Premium, sondern als Standard für alle Patient:innen.

Das klingt radikal, ist aber in einer wachsenden Zahl von OECD-Ländern bereits gelebte Praxis. Entscheidend ist dabei, dass dieser Schritt nicht einfach ein „Mehr“ an Quadratmetern bedeutet. Er verändert die gesamte Krankenhausarchitektur, die Stationslogik, die Pflegeorganisation und die Belegungssteuerung grundlegend. Wer heute ein Krankenhaus mit 100 % Einbettzimmern in der Allgemeinpflege plant, plant ein anderes Krankenhaus – nicht dasselbe mit mehr Türen (siehe auch Abschnitte 6 und 7).

Der Übergang zu einem Einbettzimmerstandard ist daher weniger eine bautechnische als eine strategische Entscheidung. Er betrifft grundlegende Fragen des Selbstverständnisses moderner Krankenhäuser: das Verhältnis von medizinischer Versorgung und Privatsphäre, die Anforderungen an Hygiene und Patientensicherheit sowie den Anspruch, stationäre Versorgung an eine alternde und zunehmend multimorbide Patientenstruktur anzupassen. Vor diesem Hintergrund erscheint das Einbettzimmer weniger als Komfortmerkmal, denn als infrastrukturelle Antwort auf veränderte Versorgungsanforderungen.

9. Investitionen und Effekte

Um Aussagen zu den finanziellen Implikationen des Einbettzimmerstandards treffen zu können, ist Klarheit über die jeweiligen Bezugsgrößen entscheidend: Kostenaussagen können von konkret zu beziffernden Investitionen für ein klar angebbares Mehr an Krankenhausfläche bis hin zu abstrakt nicht anfallenden Gesundheitskosten reichen, die der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund verbesserter Infektionsprävention entfallen.

Eine entscheidende Rolle spielt hier zudem das duale Finanzierungssystem. Wenn der Einbettzimmerstandard bedeutet, mittels höherer Initialinvestitionen verminderte Betriebskosten erreichen zu können, hat dies für unterschiedliche Finanzmittelgeber unterschiedliche Implikationen [30, S. 383 f.].

Außerdem ist das Lebenszyklusprinzip zu bedenken: Nationale [46] wie internationale Quellen [47], [48] legen dar, dass im Gesundheitsbau nur ein Anteil von etwa 10 bis 20 % auf die Initialinvestition entfällt, während 80 bis 90 % der Infrastrukturkosten im Betrieb, der Instandhaltung und der Nutzung der baulichen Infrastruktur entstehen⁸. Daher ist es zwar sachgerecht, zwischen Errichtungskosten einerseits, Unterhalts- und Betriebskosten andererseits und den Gesundheitskosten insgesamt zu unterscheiden. Bei der Bewertung ist dann aber die Zusammenschau entscheidend.

Schließlich kann die Entscheidung für einen Einbettzimmerstandard weitere finanzielle Implikationen auf der Erlösseite dort haben, wo das mit dem Einbettzimmer seinen Charakter als „besonderes Ausstattungsmerkmal“ einbüßt und das Krankenhaus damit Möglichkeiten verliert, Wahlleistungserlöse zu erschließen.

⁸ „Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Krankenhaus-Baumaßnahme gibt die Betrachtung allein der Investitionskosten ein falsches Bild. Vielmehr müssen die Erst- und Folgekosten, also sämtliche Kosten, die im Lebenszyklus des Objektes für Initiierung, Planung, Bau, Nutzung, Umnutzung und Rückbau vor aussichtlich anfallen, in die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung einbezogen werden“ [42, S. 275].

Errichtungskosten

Die Realisierung eines Einbettzimmerstandards anstelle von Mehrbettzimmern hat zur Folge, dass die unmittelbare Patientenunterbringung mehr Fläche pro Pflegebett beansprucht. Sofern jedes Pflegezimmer mit sanitärer Einrichtung ausgestattet wird, sorgt auch dies für Mehraufwand und damit höhere Initialinvestitionskosten. Andererseits werden durch eine Einbettzimmerstrategie Flächenoptimierungen an anderer Stelle möglich. Dadurch können die Kosten für Flächenmehrbedarfe partiell kompensiert werden. Vor allem erweist sich der deutlich höhere Auslastungsgrad von Einbettzimmern als Faktor, durch welchen gegenläufig Einsparungen möglich sind. Gleiches gilt dort, wo die Verlagerung von Tätigkeiten in das Pflegezimmer (bspw. Aufklärungsgespräche, Individualpflege u.a.m.) korrespondierende Flächen bspw. für Untersuchungszimmer entbehrlich macht.

Trotz partieller Kompensationen ist von einer höheren Ausgangsinvestition auszugehen. Um wieviel genau diese initialen Investitionskosten erhöht sind, lässt sich nicht pauschal feststellen. Generalisierende Studien beziffern die investiven Mehrkosten bei der Errichtung eines Krankenhauses ausschließlich mit Einbettzimmern im Durchschnitt lediglich in einem mittleren einstelligen Prozentbereich [12], [48], [49]⁹. Aufgrund der individuellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser sind generalisierende Aussage jedoch schwierig, insbesondere wenn sie über den Bereich der Allgemeinpflege hinausgehen und sich auf die Gesamterrichtungskosten eines Krankenhauses beziehen. Hier besteht weiterer Untersuchungsbedarf.

Eine Konzeptstudie des Projekts *Beyond Expediency* und seiner Praxispartner zeigt, dass im Allgemeinpflegebereich mit 160 Einbettzimmern im Vergleich zu einer konventionellen Planung mit 160 Betten in Mehrbettzimmern mit einem Flächenmehrbedarf von ca. 16 % der m² BGF zu rechnen ist. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Flächenbedarf nur für die Pflegezimmer im-Einbettzimmerstandard zwar um ca. 18 % steigt, die Flächenbedarfe für die zentralen Räume und Nebenräume durch Kompensation in einer Unit-Pflege um ca. 20 % sinken (siehe auch Abschnitt 6). Dies entspricht bei dieser Bettenzahl und den aktuellen Kostenkennwerten Mehrkosten von rund 7,4 Mio. Euro brutto für den Allgemeinpflegebereich. Bei einer Gegenüberstellung der tatsächlich notwendigen Flächen für 160 Einbettzimmer gegenüber 180 Betten in Mehrbettzimmern zur Erfüllung der Fallzahlen sinkt der Flächenmehrbedarf auf ca. 4,5 % der BGF. Das ergibt tatsächliche Mehrkosten von ca. 2,3 Mio. Euro brutto.

Ein Vergleich mit dem Standardraumprogramm für Krankenhäuser in Schleswig-Holstein (Stand 2012) [8] zeigt ebenfalls, dass ein Einbettzimmerstandard in der Allgemeinpflege zu einer Steigerung der Kosten im Vergleich zu den zur Zeit förderfähigen Kosten als Mehrbettzimmer in der Allgemeinpflege führt. Dem entsprechenden Vergleich mit 160 Einbettzimmern zur konventionellen Planung mit 160 Betten in Mehrbettzimmern gemäß dem Standardprogramm und den gleichen Kostenkennwerten zufolge, liegen für den Einbettzimmerstandard in der Allgemeinpflege Mehrkosten von rund 20 Mio. EUR brutto vor. Dies entspricht einer Steigerung der Kosten in der Allgemeinpflege von knapp 60 % gegenüber bislang förderfähigen Kosten nach Standardraumprogramm. Bei der Berechnung der Anteile von vergleichbaren 160 Einbettzimmern zu 180 Betten in Mehrbettzimmern (12 % bessere Auslastung) sinkt dieser Prozentsatz entsprechend auf ca. 41 %. Die Mehrkosten liegen bei dieser Betrachtung dann bei ca. 15,7 Mio. EUR brutto für 160 Einbettzimmer gegenüber den aktuellen förderfähigen Kosten für die Allgemeinpflege. Diese Gegenüberstellung verdeutlicht die Effizienzsteigerung durch die Einführung von Einbettzimmern¹⁰.

Die notwendigen Mehrkosten sind in Schleswig-Holstein über die sogenannte Experimentierklausel nach § 44 Landeskrankenhausgesetz [50] über die „Landesverordnung zur Erstellung abweichender Regelungen zur Erprobung neuer Modelle der Krankenhausversorgung“ [51] im Rahmen eines sogenannten „Qualitätsbudget“ gedeckt. Bei der Konzeptstudie handelt es sich um ein ausgewähltes Pilotprojekt zur Erprobung neuer Modelle im Rahmen eines somatischen Krankenhausneubaus mit 600 Rechenbetten und einem Einbettzimmerstandard in der Allgemeinpflege. Im Rahmen der Pilotierung und Erprobung neuer Modelle stehen in diesem Fall insgesamt 60 Mio. EUR brutto „Qualitätsbudget“ zur Verfügung, wovon 15,7 Mio. EUR brutto auf den Einbettzimmerstandard in der Allgemeinpflege entfallen.

⁹ „Building an all single-room hospital can cost 5 % more [...] but the difference is marginal over time“ [48, S. 241].

¹⁰ Diesen Berechnungen liegt ein Kostenkennwert (EUR/m² BGF) als Mischkalkulation zur Erstellung eines gesamten somatischen Krankenhauses zum Zeitpunkt IV/2024 zugrunde.

Unterhalts- und Betriebskosten

Die Unterhaltskosten im engeren Sinne liegen beim Einbettzimmerstandard über den Kosten eines Mehrbettzimmerkrankenhauses¹¹. So fallen höhere Instandhaltungskosten dort an, wo beispielsweise mehr Patientenbäder oder Zimmertechnik gewartet werden müssen. Gleichzeitig entfallen Instandhaltungskosten für eingesparte Infrastrukturen, was zu einer teilweisen Kompensation der Mehrkosten führt.

Auf der Ebene der Betriebskosten ist das Bild differenzierter zu zeichnen. Einbettzimmer sind tendenziell mit höheren Aufwendungen etwa für die Reinigung verbunden. Auch können wegen längerer Wege die Personalkosten steigen, zum Beispiel für das Reinigungspersonal. Zumindest in der Pflege sind jedoch durch eine Reorganisation des Pflegekonzeptes Kompensationen möglich. Andere Kosten, etwa Energiekosten, unterscheiden sich kaum und können zum Teil sogar wegen einer flexibleren Zimmerhandhabung besser gesteuert werden [48]. Gegenläufig erweisen sich deutlich geringere Transferkosten [19].

Insgesamt ergeben sich damit keine eindeutig erhöhten Betriebskosten, sondern es zeigt sich eine differenzierte Kostenstruktur mit teils erhöhten, teils unveränderten, teils gegenläufigen Effekten, auch in Abhängigkeit von organisatorischen Entscheidungen [19]. Festzuhalten ist allerdings: „The running costs seem likely to be recouped over time by other efficiencies“ [12, S. 13].

Gesundheitskosten

Bei aller inhärenten Problematik, Gesundheit in „Geld“ auszudrücken, zeigt die internationale Studienlage doch, dass die positiv zu verzeichnenden Effekte des Einbettzimmerstandards auch wirtschaftlich zum Ausdruck gebracht werden können. Den erhöhten Investitionskosten stehen geringere Aufwände auf der Ebene der sozialen respektive der Gesundheitskosten gegenüber [19]. So lassen sich dank einer deutlich verbesserten Infektionsprävention und infolge weniger Medikationsfehler erhebliche Kosten vermeiden; durch optimierte Betriebsabläufe oder kürzere Verweildauern können weitere Reduktionen erzielt werden. Aus der Literatur ergeben sich daher belastbare Argumente für die ökonomische Vorteilhaftigkeit eines Krankenhauses mit Einbettzimmerstandard, bis hin zu der Feststellung: „Single-occupancy rooms are cost-efficient“ [45, S. 26].

Erlösseitige Folgen

Die Unterbringung in einem Einbettzimmer (bisweilen auch im Zweibettzimmer) gilt im deutschen Krankenversicherungssystem – von medizinisch indizierten Fällen abgesehen – als Komfortleistung, die zusätzlich zu bezahlen ist. Sofern die ein- und zweibettige Unterbringung in einem Krankenhaus keine Regelleistung ist, sondern eine Besonderheit darstellt, dürfen dafür gegenüber der Privaten Krankenversicherung zusätzliche Preise erhoben werden [52]. „Ist die Regelleistung auf einer Krankenhausstation die Unterbringung im Zweibettzimmer, darf nur ein Basispreis für die Wahlleistung Einbettzimmer erhoben werden“ [53]. Auch selbstzahlende oder entsprechend zusätzlich versicherte Patient:innen der Gesetzlichen Krankenversicherung können diese insoweit als „Komfort“ verstandene Leistung in Anspruch nehmen. Ist hingegen die einbettige Unterbringung in einem Krankenhaus der Standard, können keine gesonderten Erlöse damit erzielt werden.

Zusätzlich, und auch losgelöst von der alleinliegenden Unterbringung, kann das Krankenhaus durch ein Angebot weiterer „Komfortelemente“ Zuschläge erheben und zusätzliche Erlöse erzielen. Als Komfortelemente kommen etwa eine bessere Zimmerausstattung (bspw. WLAN, Kühlschrank), eine bessere Verpflegung oder ein besserer Service in Betracht [53]. Diesem Angebot stehen dabei in der Regel auch erhöhte Kosten (bspw. Zimmerausstattung, Materialeinsatz etc.) gegenüber. Entscheidend ist allerdings auch hier, dass diese Angebote den Patient:innen eines Krankenhauses nicht regelhaft zur Verfügung stehen.

Da sich allerdings die stationäre Versorgung insgesamt beständig weiterentwickelt, zum Beispiel durch vermehrte Einbettzimmerkonzepte, wird auch in vergleichbar differenzierten Gesundheitssystemen die

¹¹ Wichtig ist auch hier die präzise Betrachtung: Die Studienlage geht nicht davon aus, dass es einen wesentlichen Unterschied bei den Instandhaltungskosten pro Quadratmeter oder pro Bettplatz zwischen Ein- und Mehrbettzimmerkonzepten gibt. Allerdings hat insbesondere der zusätzliche Flächenbedarf des Einbettzimmerstandards höhere Unterhaltskosten auf Krankensebene zur Folge [48].

Frage diskutiert, ob und gegebenenfalls in welchen Bereichen Raum für und Bedarf an Komfortelementen sei. In der Schweiz etwa sieht auch der Schweizerische Versicherungsverband (SVV) den Zuwachs an Einbettzimmeranteilen und zieht die Folgerung, dass sich „die versicherten Mehrleistungen entsprechend mitentwickeln müssen“ [15].

Finanziell betrachtet liegt der Bundesdurchschnitt für den Einbettzimmerzuschlag bei etwa 130 Euro pro Tag, in Schleswig-Holstein etwa 15 Euro tiefer [54]. Krankenhäuser erzielen durch Wahlleistungsangebote, teils auch durch dezidiert eingerichtete „Komfortstationen“, mithin Erlöse, die – gerade in Zeiten höher wirtschaftlicher Belastung – für sie relevant sind. Grundlegendes Kalkulationsprinzip ist dabei, dass die Mehrerlöse eigentlich die Mehraufwände (für Fläche, Raum, Ausstattung, Service etc.) refinanzieren sollen. Seit Jahrzehnten wird allerdings diskutiert, dass das Anstreben solcher Erlöse zu einem erheblichen Teil ein „Überwälzungsproblem“ [55, S. 274] offenbart – angesichts einer ansonsten nicht auskömmlichen Refinanzierung der Krankenhäuser. Insofern zeigt sich die Spannung dort, wo an einer Mehrbettzimmerstruktur – womöglich wider besseres Wissen über die medizinisch-organisatorischen Vorteile – festgehalten wird aus ökonomischen Gründen des vermeintlichen Angewiesensein auf Einbettzimmer-Erlöszuschläge.

Gesamtbetrachtung

In wirtschaftlicher Hinsicht zeigt sich, dass Einbettzimmer einen erhöhten Investitionsaufwand bedingen, der sich jedoch durch Kompensationen an anderen Stellen begrenzen lässt. Im Unterhalt und Betrieb treten teils Mehrkosten, teils Einsparmöglichkeiten zutage, letztlich zeigt sich hier aber eine nur leicht erhöhte Kostenstruktur im Vergleich zum Mehrbettzimmerkrankenhaus. Bezieht man die infolge des Einbettzimmerstandards vermeidbaren Kosten in die Betrachtung mit ein, erweist sich der Einbettzimmerstandard laut Literatur als ökonomisch vorteilhaft, denn:

Je größer man den Betrachtungswinkel zieht, desto kosteneffizienter zeigt sich ein Einbettzimmerstandard.

Der maßgebliche ökonomische Hemmschuh liegt somit weder bei Investitions- oder Betriebskosten, sondern dort, wo Mehrbettzimmer-Konzepte präferiert werden, um mit dem Einbettzimmer als Komfortelement Zusatz Erlöse zu erzielen. Hierbei handelt es sich mithin um ein kontextfremdes, primär vergütungssystemisches Problem, das im Kern mit dem Versorgungs- und Organisationskonzept „Einbettzimmerstandard“ gar nichts zu tun hat – das es allerdings zu lösen gilt, um den Einbettzimmerstandard nachhaltig wirksam werden zu lassen.

10. Hürden und Hemmnisse

Lässt sich vor dem Hintergrund der vorstehenden Diskussion unterstellen, dass ein Einbettzimmerstandard nennenswerte Vorzüge aufweist und in vielfacher Hinsicht von Vorteil sein kann, ändert dies doch nichts daran, dass das Einbettzimmer in deutschen Krankenhäusern weiterhin der Ausnahmefall ist. Die zentrale Anschlussfrage ist deshalb, welche Hürden und Hemmnisse der stärkeren Um- und Durchsetzung des Einbettzimmerstandards eigentlich im Wege stehen.

Politische und regulative Aspekte

In Schleswig-Holstein gibt es keine gesetzlichen oder anderweitigen rechtlichen Regelungen, die einen Einbettzimmerstandard untersagen. Auch das Standardprogramm als Verwaltungsvorschrift enthält keine Regelungen, die einem Einbettzimmerstandard im Wege stehen. Die Hemmnisse, die als Grund für den geringen Einbettzimmeranteil gelten können, sind daher andernorts zu suchen.

Gleichzeitig gibt es auch keine gesetzliche Pflicht, Einbettzimmer in bestimmtem Umfang einzurichten und vorzuhalten. Allerdings hat sich in Schleswig-Holstein die Gesundheitspolitik ihrerseits mit dem „Zukunftsorientierten Krankenhausbau in Schleswig-Holstein“ auseinandergesetzt und der Schleswig-Holsteinische Landtag hat beschlossen: „Wir streben an, Einbettzimmer zum Standardzimmer in der Versorgung zu machen“ [10, S. 2]. Diese Regelung stellt sich als Auftrag dar, dass mit den verfügbaren regulativen und finanziellen Mitteln dafür Sorge zu tragen ist, den Einbettzimmerstandard zu konkretisieren sowie – sachlich – bestmöglich und – zeitlich – nächstmöglich zu etablieren. Auf regulativer Ebene wird dem durch die Weiterentwicklung des Standardprogramms zu einem Planungs- und Quali-

tätskompass bis Ende des Jahres 2027 im Rahmen des Projektes *Beyond Expediency* Rechnung getragen, der den Einbettzimmerstandard dann als qualitative Erwartungshaltung der Krankenhausfinanzierungsbehörde aufnehmen wird. Insofern bestehen in Schleswig-Holstein in dieser Hinsicht derzeit beste, gesundheitspolitisch deutlich getragene und forcierte Voraussetzungen, die Weiterentwicklung des Einbettzimmerstandards voranzubringen.

Investitionsfinanzierung und Förderung

Die Errichtungskosten für Krankenhausinfrastrukturen tragen im System der dualen Krankenhausfinanzierung die Länder. Die Umsetzung eines Einbettzimmerstandards erfordert, wie dargestellt, höhere Initialinvestitionen. Diese fallen zwar nur in begrenztem Umfang an, liegen aber doch höher als im Falle eines Mehrbettzimmerstandards. Dieses „Mehr“ ist in der Investitionsfinanzierung bislang nicht abgebildet. Nach § 9 Abs. 5 KHG sind die Fördermittel so zu bemessen, dass sie die förderfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze und Nachhaltigkeit notwendigen Investitionskosten decken. Insoweit sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auch für die Zumessung der Fördermittel maßgeblich. Was im Detail als notwendig gilt, unterliegt der Auslegung [56].

In Schleswig-Holstein trägt das Standardprogramm als einschlägige Verwaltungsvorschrift bislang keine Argumentation, die einen Einbettzimmerstandard als notwendig ansieht. Insoweit sich ein erhöhter Einbettzimmeranteil respektive ein Einbettzimmerstandard allerdings als wirksames, zweckmäßiges und nachhaltiges Leitprinzip erweist, kann dies in den Förderrichtlinien abgebildet und für die initialen investiven Mehrkosten dann, etwa im Rahmen der laufenden Prüfung und Überarbeitung des Standardprogramms, in der Förderung berücksichtigt werden.

Erlössituation und Anreizstrukturen

Die maßgeblichen Hemmnisse des Ausbaus von Einbettzimmern ergeben sich aus der Ökonomie. Denn das in Deutschland bestehende Anreizsystem benachteiligt das Einbettzimmer in der stationären Versorgung nachhaltig. Im System der DRG-Vergütung kann ein Krankenhaus keinerlei Abrechnungsvorteile daraus ziehen, dass ein:e Patient:in (standardmäßig) einbettig untergebracht wird. Bei Einlieferung gesetzlich Krankenversicherter werden diese gemäß den medizinischen Erfordernissen behandelt und untergebracht. Ohne zwingende Gründe (bspw. ansteckende Infektionen) oder Zusatzversicherungen erfolgt dies nach der Standardversorgung des entsprechenden Krankenhauses – und dieser Standard ist in aller Regel die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Einen ökonomischen Vorteil kann ein Krankenhaus unter den aktuellen Bedingungen deshalb tatsächlich nur dann realisieren, wenn das Einbettzimmer als knappes Gut und als besonderer Komfort persistiert, denn nur dann anerkennt die Private Krankenversicherung, dass hierfür Wahlleistungszuschläge erhoben werden dürfen, durch welche das Krankenhaus dann zusätzliche Einnahmen generiert. Sobald das Einbettzimmer zur Standardleistung des Krankenhauses wird, entfällt der Status als Wahlleistung und damit als entgelterhöhendes Element für die Einnahmeseite des Trägers. Spezielle Komfortelemente als ergänzendes Unterscheidungsmerkmal im Bereich der Einbettzimmer können dies nur teilweise kompensieren. Das heißt umgekehrt: Soll das Einbettzimmer als Standard in der Versorgung etabliert werden, muss an dieser systemischen Problematik angesetzt werden.

Akzeptanz und neue Pflegeorganisation

Führt man sich vor Augen, dass ein Einbettzimmerstandard auch eine Veränderung des Konzepts der Patientenunterbringung, eine Veränderung von Abläufen und letztlich von vertrauten Strukturen im Krankenhaus ist, steht er vor den gleichen Herausforderungen wie jede beliebige andere Veränderung: Es gibt Vorbehalte, Veränderungsaversionen und eine generelle Zurückhaltung bezüglich der neuen Struktur. So bestehen seitens des Personals, insbesondere des Pflegepersonals, gegenüber Einbettzimmerstrukturen häufig Vorbehalte, die sich vor allem auf potenziell längere Laufwege, eingeschränkte Sichtbeziehungen zu den Pflegezimmern sowie den Wegfall informeller Beobachtungsmöglichkeiten durch Mitpatient:innen beziehen [33].

Ein Großteil dieser Bedenken lässt sich jedoch auf Grundlage der vorliegenden Studienlage sowie der analysierten Beispiele aus Praxis und Theorie relativieren. Insbesondere zeigen die empirischen Untersuchungen, dass organisatorische und räumliche Strategien – etwa die Ausbildung von Pflege-Units, die Positionierung von Stützpunkten oder der Einsatz technischer Unterstützungssysteme – geeignet sind, die genannten Herausforderungen zu kompensieren.

Gleichwohl stellt die Einführung von Einbettzimmerstrukturen einen Paradigmenwechsel in der Organisation von Pflege und Stationsbetrieb dar. Die Akzeptanz dieses Modells ist daher nicht allein eine Frage der räumlichen Konzeption, sondern wesentlich auch ein prozessuales und kommunikatives Thema. Es erfordert eine frühzeitige und kontinuierliche Einbindung der Mitarbeitenden in Planungs- und Entscheidungsprozesse sowie eine transparente Vermittlung der zugrunde liegenden Ziele und Evidenzen. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass das Konzept später auch von allen Beteiligten akzeptiert wird und zur Zufriedenheit der Arbeitsqualität beiträgt.

Infrastrukturkonzepte und Gebäude

Bei Neubauten müssen die Pflegeorganisation, Flächenmehrbedarfe sowie die Mehrkosten berücksichtigt und finanziell geklärt werden. Hieraus ergibt sich als Aufgabenstellung, den Flächenmehrbedarf genauer zu fassen, gegenläufige Kompensationsmöglichkeiten zu elaborieren und im Ergebnis zu einem akzeptablen „Mehr“ an Fläche (und damit: an Kosten) zu kommen. Die zweite Aufgabenstellung an die Krankenhausfinanzierungsbehörde ist dann, wie beschrieben, dieses Mehr an Kosten in der Investitionsfinanzierung abzubilden – denn politisch ist in Schleswig-Holstein entschieden, dass der Einbettzimmerstandard realisiert werden soll.

Gegenüber Neubauten sind die Hürden beim Bauen im Bestand ungleich größer: Bauliche und strukturelle Grenzen vorhandener Gebäude sind zu berücksichtigen (siehe Abschnitt 6), die Gebäudetechnik muss entsprechend angepasst werden und die Maßnahmen finden häufig im laufenden Betrieb statt, was sich neben der Lärmbelästigung auch negativ auf die Dauer der Maßnahmen und die Kosten auswirkt. Gerade die baulichen Grenzen (begrenzte Flächenverfügbarkeit, grundrissbedingte Einschränkungen) müssen erfasst werden, um die Umsetzung einer Einbettzimmerstrategie in einem Bestandsgebäude kritisch zu prüfen. Hier ist eine stärker konzeptionelle Arbeit vonnöten, ehe dann – im Hinblick auf die je konkreten Projekte und unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit – Entscheidungen über den Umfang eines erhöhten Einbettzimmer-Anteils und über die Abbildung der Mehrkosten in der Investitionsförderung getroffen werden können.

Im Ergebnis liegen die zentralen Hemmnisse für die Etablierung eines Einbettzimmerstandards mithin weniger in politischem Unwillen oder in regulatorischen Grenzziehungen – im Gegenteil. Infrastrukturelle und prozessuale Faktoren können derzeit verzögernd auf die Umsetzung wirken; diese Schwierigkeiten lassen sich aber durch verschiedene Ansätze und eine beständige Weiterarbeit sehr gut bearbeiten und mindern. Die maßgebliche Hürde liegt dort, wo das bestehende Vergütungssystem in der stationären Versorgung starke Anreize setzt, den Einbettzimmerstandard zu verhindern.

11. Schlussfolgerung und Strategien

Ist der Einbettzimmerstandard in der Allgemeinpflege in der stationären Versorgung ein tragfähiges Zukunftskonzept? Und, falls ja, was muss geschehen, damit aus der Idee und dem Ziel tatsächlich Realität werden kann? Das vorliegende Working Paper hat hierzu drei zentrale Leitfragen formuliert, deren zwei klar beantwortet werden können:

Schlussfolgerungen

Ist ein Einbettzimmerstandard in der Allgemeinpflege evidenzbasiert sinnvoll? Im Ergebnis ist diese Frage zu bejahen. Sowohl die (schwerpunktmäßig internationale) Literatur als auch die betrachteten Praxisbeispiele zeigen in belastbarer Weise, dass Einbettzimmer in mehreren zentralen Bereichen merkbare Vorteile aufweisen. Die konkreten analytischen Arbeiten des Projektes *Beyond Expediency* untermauern dies: Infektionsprävention, eine Steigerung von Wohlergehen, Würde und Privatsphäre der Patient:innen sowie die Reduktion von Stress und weiteren Belastungen sind tragende Indikatoren. Auch in der Betriebsorganisation zeigen sich Vorteile in der Belegungsflexibilität, im Umgang mit Isolationsbedarfen, bei der Reduktion von Transfers samt der Folgeprobleme. Hinzu tritt, wenn man Optionen des Rooming-in und des Kalamitätenbettes einbezieht, die gesteigerte Anpassungsfähigkeit in Krisenlagen. Potenzielle Nachteile – etwa Fragen sozialer Isolation oder organisatorischer Anforderungen im Pflegealltag – sind ernst zu nehmen. Sie erscheinen aber nicht als unüberwindbare Hindernisse, sondern lassen sich durch entsprechende räumliche sowie organisatorische Konzepte mildern oder ganz vermeiden. Auch das Ausmaß an höheren Initialinvestitionen ist sehr begrenzt, zumal die Literatur deutlich macht, dass der Einbettzimmerstandard auf mittlere und langfristige Sicht wirtschaftlich mindestens auf Augenhöhe, vielfach sogar vorteilhafter abschneidet.

Deshalb ist die Auseinandersetzung mit der zweiten Leitfrage so relevant. In Deutschland ist das Einbettzimmer in der Allgemeinpflege weiterhin ein Ausnahme- und Sonderfall. Das Working Paper hat sich nach den Gründen dafür erkundigt und deutlich gemacht, dass weniger medizinische oder planerische Gründe ausschlaggebend sind, sondern vielmehr historisch gewachsene Strukturentscheidungen, investive Restriktionen im Gebäudebestand, organisatorische Beharrungskräfte und – vor allem anderen – systemisch bedingte ökonomische Fehlanreize. Wenn der Sonderstatus des Einbettzimmers als erlössteigernde Komfort- oder Wahlleistung wirtschaftlich nicht nur relevant, sondern entsprechende Erlöse (vermeintlich) unverzichtbar sind, ist dies das entscheidende Hemmnis für die Durchsetzung des Einbettzimmerstandards in der Allgemeinpflege.

Strategien und Handlungsoptionen

Wie aber kann es nun gelingen, das Ziel eines Einbettzimmerstandards in der Allgemeinpflege weiterzuverfolgen? Welche Antworten kann das Working Paper auf diese dritte Leitfrage geben?

Der Einbettzimmerstandard ist nicht im Wege einer unmittelbaren Umgestaltung aller Infrastrukturen zu realisieren. Angezeigt ist ein zwar engagiertes, aber schrittweises Vorgehen, bei dem die Umsetzungspraxis weiterhin eng an Analyse und Reflexion rückgebunden bleibt. In einem ersten Schritt ist wichtig, die in diesem Working Paper destillierten Erkenntnisse fachlich, politisch und praktisch zu diskutieren. Denn wenn sich hieraus Leitprinzipien für die Umsetzungspraxis ergeben sollen, bedarf es einer kritischen Diskussion dieses Working Papers.

Gleichzeitig erscheinen die Argumente für einen erhöhten Einbettzimmeranteil respektive einen Einbettzimmerstandard in der Allgemeinpflege inzwischen so belastbar, dass auf erste Pilotierungen nicht verzichtet werden sollte. Der Schwerpunkt solcher Pilotierungen sollte auf dem Neubau liegen. Wenn heute neu gebaut wird, erscheint es sachgerecht, das Einbettzimmer als planerisches Ziel zugrunde zu legen. Das Beispiel des Eichsfeld-Klinikums in Thüringen belegt, dass aus guten Gründen bereits jetzt Realisierungsentscheidungen getroffen werden können.

Bei Bestandsumbauten ist differenzierter zu prüfen, ob und wie eine Steigerung des Einbettzimmeranteils realisiert werden kann. Hier können bauliche, finanzielle oder organisatorische Argumente auch dagegensprechen. Eine praxisnahe Lösung kann in einer schrittweisen, strategisch priorisierten Umgestaltung bestehen. Dabei werden nicht alle Zweibettzimmer ersetzt, sondern gezielt ein bestimmter Anteil in Einbettzimmer umgewandelt.

Entscheidend ist dabei die Priorisierung geeigneter Bereiche. Insbesondere Stationen mit erhöhten Anforderungen an Medizin, Hygiene, Pflege und Privatsphäre – etwa Onkologie / Hämatologie oder Pädiatrie – profitieren besonders von Einbettzimmern.

Eine wirtschaftlich sinnvolle Strategie besteht zudem darin, Umbaumaßnahmen mit ohnehin notwendigen Sanierungen zu verknüpfen. Viele Krankenhäuser stehen vor Modernisierungen im Bereich Brandschutz, Gebäudetechnik oder Infrastruktur. Werden in diesem Zuge auch Grundrissanpassungen vorgenommen, können Kosten reduziert und Bauprozesse effizient gebündelt werden.

Insgesamt fehlt es bei Bestandsumbauten hin zum Einbettzimmerstandard schlichtweg an Erkenntnissen, an Pilotprojekten, an belastbaren Daten und Analysen. Insofern kann es angezeigt sein, im Rahmen eines Pilot- und Experimentiervorhabens – mit begrenzten und kontrollierten Risiken – neue Lösungswege zu erproben.

Da die Regelförderung die investiven Mehrkosten noch nicht trägt, bedarf es einer anderweitigen Ermöglichung. In Schleswig-Holstein bietet die Landesverordnung zur Erstellung abweichender Regelungen zur Erprobung neuer Modelle der Krankenhausversorgung (GVOBl. SH 2025/96 v. 10.07.2025) eine Grundlage. Die Verordnung erlaubt es, veränderte und damit auch: erhöhte, Kostenkennwerte festzusetzen, um Pilotierungen zukunftsfähiger Konzepte für den Krankenhausbau zu ermöglichen.

Entscheidend ist also, erste Pilotprojekte auf den Weg zu bringen und hieraus vertiefte Erkenntnisse für die Gestaltung der regelhaften Förderrichtlinien abzuleiten. Mit einer stärkeren Orientierung der Förderlogiken an Lebenszykluskosten, Betriebsfolgen und der Versorgungsqualität – und die gegenwärtige Formulierung des § 9 KHG legt nahe, dass dies die maßgebliche Orientierung ist – kann auch dies gelingen.

Inhaltlich ist der Einbettzimmerstandard differenziert auszugestalten. Grundsätzlich wirkt er als Zielvorgabe¹², um die Vorzüge des Einbettzimmers – je nach individueller Konstellation des Krankenhauses – in bestmöglicher Weise zu realisieren. Denn je nach Funktion des Krankenhauses (etwa Grundversorgung in der Peripherie, Schwerpunkteinrichtung im urbanen Raum, Fachklinik mit spezialisiertem Portfolio) kann ein Standard unterschiedlich ausgestaltet sein. Ferner ist zu differenzieren zwischen Neubauvorhaben, bei denen ein Standard wesentlich unkomplizierter bedacht werden kann, und Umbauten in Bestandsstrukturen. Der Einbettzimmerstandard lässt sich gegenwärtig deshalb nicht als starre Zahl oder Quote für alle Krankenhäuser und Versorgungssituationen formulieren. Als Referenz hält dieses Working Paper allerdings fest: Im Falle von Neubauten bedeutet Standard, dass in Allgemeinpflege 100 % der Betten in Einbettzimmern untergebracht werden.

Zu berücksichtigen bleibt dabei, dass auch Mehrbettzimmer in bestimmten Situationen weiterhin funktionale Vorteile aufweisen: Aus Sicht der Patient:innen, aus Sicht der Pflege, aber auch aus betrieblich-organisatorischen Gründen, etwa bei einer zeitlich sehr kurzen Unterbringung im Rahmen der Kurzzeitpflege, kann das Mehrbettzimmer gegenüber dem Einbettzimmer die ratsame Variante sein. Auch kann der Aufenthalt in einem Zweibettzimmer bei längerer Verweildauer, wie man sie etwa in der Geriatrie findet, Vorteile bringen. Da die Studienlage hierzu nicht eindeutig ist, sollte dieser Punkt in der Zukunft weiter wissenschaftlich validiert werden.

Maßgebliche systemische Herausforderung bleibt schließlich die kritische Diskussion der bestehenden Finanzierungssystematik. Denn es spricht zwar vieles dafür, das Einbettzimmer nicht länger primär als Sonder- und damit als Komfortelement zu handhaben, sondern als ernstzunehmende Regeloption moderner stationärer Versorgung. Gerade dies verlangt aber die kritische Auseinandersetzung mit der Finanzierungssystematik der Privaten Krankenversicherung. So bleibt unbenommen, dass in einem öffentlich getragenen Gesundheitssystem mit solidarischer Finanzierung nur die notwendigen, bedarfsgerechten Leistungen finanziert werden – auch auf Seite der Infrastruktur. Dass darüber hinausgehende Mehr- und Komfortelemente gegen Sonderfinanzierung etwa durch die Private Krankenversicherung, individuelle Zusatzversicherungen oder per Selbstzahlung abzugelten sind, steht gar nicht zur Debatte. Wohl aber – und dies zeigt das Working Paper sehr deutlich – steht zur Debatte, ob die Unterbringung von Patient:innen im Einbettzimmer noch als besonderer Komfort gerechtfertigt werden kann. Die eigentliche Zukunftsfrage lautet daher nicht mehr, ob ein Einbettzimmerstandard möglich ist, sondern ob die weitere Behandlung des Einbettzimmers als bloßes Komfortmerkmal noch sachgerecht ist.

Im Ergebnis bleibt es dabei, dass die Bewertung der Zimmerstruktur nicht ausschließlich normativ, sondern im Kontext medizinischer, organisatorischer und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen erfolgen muss. Dieses Working Paper hat dies getan: Insgesamt erscheint das Einbettzimmer als ernstzunehmende, plausible infrastrukturelle Antwort auf die Herausforderungen der modernen stationären Versorgung. Viele der Hürden, auf die das Konzept des Einbettzimmerstandards gegenwärtig noch trifft, lassen sich, auch das zeigt dieses Working Paper, gut bearbeiten, senken oder aus dem Weg räumen. Gleichzeitig sind an maßgeblichen Stellen kritische Diskussions- und Entwicklungsprozesse zu starten, um neue Lösungen zu entwickeln, ohne die sich das Einbettzimmer nicht als effektive Lösung durchsetzen wird. Für all dies bietet dieses Working Paper nunmehr eine elaborierte Diskussionsgrundlage.

Literatur und Links

- [1] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Grunddaten der Krankenhäuser“, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Dez. 2022. Zugegriffen: 14. April 2026. [Online]. Verfügbar unter: <file:///C:/Users/julia.kirch/Downloads/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217004-2.pdf>
- [2] Deutsches Institut für Normung e. V., *Gliederung des Krankenhauses in Funktionsbereiche und Funktionsstellen*, DIN 13080, Juni 2016.
- [3] NÜRNBERGER Versicherung, „Einzelzimmer im Krankenhaus: alles über die Kosten und wer sie übernimmt.“ Zugegriffen: 30. März 2026. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.nuernberger.de/themenwelt/gesundheit-freizeit/einzelzimmer-krankenhaus/>
- [4] M. Vogel, „Back to the Roots: Ein Plädoyer für Einzelzimmer im psychosomatischen Krankenhaus“, in *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie* 1, 3., Unveränd. Auflage., G. Ammon, Hrsg., Heidelberg: Mattes Verlag, 2025, S. 171–184.
- [5] OECD, *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. in *Health at a Glance*. OECD Publishing, 2025. doi: 10.1787/8f9e3f98-en.
- [6] N. Luhmann, *Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat*. in *Analysen und Perspektiven*, no. 8,9. München: Olzog, 1981.

¹² Der Einbettzimmerstandard ist insoweit eine Vorgabe, die organisationssoziologisch verstanden, (noch) nicht per starrer „Wenn/Dann-Logik“ in den Krankenhausbau und die Krankenhausfinanzierung eingebracht werden kann. Vielmehr bedarf es final ausgerichteter Wirkungskonzepte, die das Ziel des erhöhten Einbettzimmeranteils in der Bau- und Förderpraxis verankern [57].

- [7] A. Stiller u. a., „Ausstattung mit Händedesinfektionsmittelspendern und Einbettzimmern in Hinblick auf die Infektionsprävention – eine Bestandsaufnahme in Krankenhäusern in Deutschland“, *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Bd. 59, Nr. 8, S. 986–991, Aug. 2016, doi: 10.1007/s00103-016-2384-x.
- [8] Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, „Standardprogramm für Krankenhäuser in Schleswig-Holstein“. August 2012.
- [9] Eichsfeld Klinikum gGmbH, „Das neue Klinikum: Modernste Gesundheitsversorgung für das Eichsfeld“, Das neue Klinikum: Modernste Gesundheitsversorgung für das Eichsfeld. Zugegriffen: 30. März 2026. [Online]. Verfügbar unter: <https://eichsfeld-klinikum.de/neubau>
- [10] Schleswig-Holsteinischer Landtag, „Drucksache 20/3044: Zukunftsorientierter Krankenhausbau in Schleswig-Holstein“. 13. März 2025. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.landtag.lth.de/infothek/wahl20/drucks/03000/drucksache-20-03044.pdf>
- [11] E. Taylor, A. J. Card, und M. Piatkowski, „Single-Occupancy Patient Rooms: A Systematic Review of the Literature Since 2006“, *HERD Health Environ. Res. Des. J.*, Bd. 11, Nr. 1, S. 85–100, Jan. 2018, doi: 10.1177/1937586718755110.
- [12] A. Bertuzzi u. a., „Clinical, humanistic and economic outcomes, including experiencing of patient safety events, associated with admitting patients to single rooms compared with shared accommodation for acute hospital admissions: a systematic review and narrative synthesis“, *BMJ Open*, Bd. 13, Nr. 5, S. e068932, Mai 2023, doi: 10.1136/bmjopen-2022-068932.
- [13] Central Enhed for Infektionshygiejne, „Nationale Infektionshygienjniske Retningslinjer: Nybygning og renovering i sundheds- og plejesektoren“. Statens Serum Institut, Ausgabe 2024.
- [14] „Nur noch Einzelzimmer in den beiden Unispital-Neubauten“, *Tages-Anzeiger*, Zürich & Region, 28. Oktober 2021. Zugegriffen: 19. April 2026. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.tagesanzeiger.ch/im-geplanten-neubau-gibt-es-nur-noch-einzelzimmer-636368349971>
- [15] „Mehr Komfort auch für Allgemeinversicherte: Schweizer Spitäler setzen auf Einzel- und Zweibettzimmer“, *Tages-Anzeiger*, Zürich & Region, 28. Oktober 2025. Zugegriffen: 19. April 2026. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.tagesanzeiger.ch/schweizer-spitaeler-ein-oder-zweibettzimmer-im-trend-702734709517>
- [16] Danish Ministry of Health, „The Danish Super Hospital Programme: A Transformation of the Danish Health Care Landscape“, 2021. Zugegriffen: 19. April 2026. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.ism.dk/Media/0/2/TheDanishSuperHospitalProgramme2021.pdf>
- [17] R. Pruijsten u. a., „Patients’ Experiences of the Transition to a 100% Single-Occupancy Patient Room Hospital in the Netherlands“, *HERD Health Environ. Res. Des. J.*, Bd. 19, Nr. 1, S. 184–198, Jan. 2026, doi: 10.1177/19375867251381253.
- [18] M. E. Detsky und D. Etchells, „Single-Patient Rooms for Safe Patient-Centered Hospitals“, *JAMA*, Bd. 300, Nr. 8, S. 954–956, Aug. 2008, doi: 10.1001/jama.300.8.954.
- [19] A. E. Boardman und D. Forbes, „A Benefit-Cost Analysis of Private and Semi-Private Hospital Rooms“, *J. Benefit-Cost Anal.*, Bd. 2, Nr. 1, S. 1–27, Jan. 2011, doi: 10.2202/2152-2812.1050.
- [20] Health Finance Directorate, Hrsg., „Provision of Single Room Accommodation and Bed Spacing“. The Scottish Government, 20. Juli 2010. Zugegriffen: 20. April 2026. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.publications.scot.nhs.uk/files/cel2010-27.pdf>
- [21] Public Health Agency of Canada, „Routine Practices and Additional Precautions for Preventing the Transmission of Infection in Healthcare Settings“, Canada, Sep. 2017. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections.html>
- [22] The American Institute for Architects - Academy of Architecture for Health und U.S. Department of Health and Human Services, *Guidelines for Design and Construction of Health Care Facilities*. Facility Guidelines Institute, 2006. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.fgiguilines.org/wp-content/uploads/2016/07/2006guidelines.pdf>
- [23] A. S. Van Der Schoor u. a., „Environmental contamination with highly resistant microorganisms after relocating to a new hospital building with 100% single-occupancy rooms: A prospective observational before-and-after study with a three-year follow-up“, *Int. J. Hyg. Environ. Health*, Bd. 248, S. 114106, März 2023, doi: 10.1016/j.ijheh.2022.114106.
- [24] E. R. Heddema und B. H. B. Van Benthem, „Decline in incidence of Clostridium difficile infection after relocation to a new hospital building with single rooms“, *J. Hosp. Infect.*, Bd. 79, Nr. 1, S. 93–94, Sep. 2011, doi: 10.1016/j.jhin.2011.03.028.
- [25] R. S. Ulrich u. a., „A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design“, *HERD Health Environ. Res. Des. J.*, Bd. 1, Nr. 3, S. 61–125, Apr. 2008, doi: 10.1177/193758670800100306.
- [26] A. S. Van Der Schoor u. a., „The effect of 100% single-occupancy rooms on acquisition of extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriales and intra-hospital patient transfers: a prospective before-and-after study“, *Antimicrob. Resist. Infect. Control*, Bd. 11, Nr. 1, S. 76, Juni 2022, doi: 10.1186/s13756-022-01118-7.
- [27] E. S. R. Darley u. a., „Impact of moving to a new hospital build, with a high proportion of single rooms, on healthcare-associated infections and outbreaks“, *J. Hosp. Infect.*, Bd. 98, Nr. 2, S. 191–193, Feb. 2018, doi: 10.1016/j.jhin.2017.06.027.
- [28] D. Walker, „Challenging the culture of caring of 100 years: the evidence behind single-room provision in hospitals“, *Future Hosp. J.*, Bd. 3, Nr. 1, S. 30–32, Feb. 2016, doi: 10.7861/futurehosp.3-1-30.
- [29] L. Schaffhuizen u. a., „Hospitalized Patients’ Sleep Quality Compared Between Multioccupancy Rooms and Single-Patient Rooms“, *HERD Health Environ. Res. Des. J.*, Bd. 16, Nr. 3, S. 119–133, Juli 2023, doi: 10.1177/19375867231168895.
- [30] P. Caruso, L. Guardian, T. Tiengo, L. S. Dos Santos, und P. M. Junior, „ICU Architectural Design Affects the Delirium Prevalence: A Comparison Between Single-Bed and Multibed Rooms“, *Crit. Care Med.*, Bd. 42, Nr. 10, S. 2204–2210, Okt. 2014, doi: 10.1097/CCM.0000000000000502.
- [31] S. Blandford, M. Gregersen, K. Rahbek, S. Juul, und E. M. Damsgaard, „Single-bed rooms in a geriatric ward prevent delirium in older patients“, *Aging Clin. Exp. Res.*, Bd. 32, Nr. 1, S. 141–147, Jan. 2020, doi: 10.1007/s40520-019-01173-y.
- [32] S. F. Søndergaard, A. B. Andersen, R. Kolbæk, K. Beedholm, und K. Frederiksen, „Influence of single-room accommodation on nursing care: A realistic evaluation“, *Nurs. Inq.*, Bd. 30, Nr. 4, S. e12585, Okt. 2023, doi: 10.1111/nin.12585.
- [33] L. Cusack, R. Munt, N. Verdonk, T. Schultz, und J. Maben, „Comparison of experiences of nursing staff and patients before and after move to 100% single-bed room hospital in Australia: mixed methods“, *BMC Health Serv. Res.*, Bd. 23, Nr. 1, S. 81, Jan. 2023, doi: 10.1186/s12913-023-09073-8.
- [34] E. Persson, P. Anderberg, und A. K. Ekwall, „A room of one’s own-being cared for in a hospital with a single-bed room design“, *Scand. J. Caring Sci.*, Bd. 29, Nr. 2, S. 340–346, Juni 2015, doi: 10.1111/scs.12168.
- [35] F. Hussain, M. Van Dijk, C. Oudshoorn, und E. Ista, „Falls Incidence Compared Between a Multibedded Ward Hospital and a 100% Single-Occupancy Room Hospital: An Uncontrolled Before-After Study“, *HERD Health Environ. Res. Des. J.*, Bd. 16, Nr. 1, S. 131–141, Jan. 2023, doi: 10.1177/19375867221123607.
- [36] Statistisches Bundesamt (DESTATIS), „Eckdaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten“, Statistisches Bundesamt. Zugegriffen: 20. April 2026. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/entlassene-patienten-eckdaten.html>
- [37] P. Storz-Pfennig und F. Krause, „Alte Menschen im Krankenhaus: Empirische Bestandsaufnahme und Vorausberechnung“, in *Krankenhaus-Report 2025*, J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, C. Mostert, und D. Scheller-Kreinsen, Hrsg., Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2025, S. 3–25. doi: 10.1007/978-3-662-70947-4_1.

- [38] J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, C. Mostert, und D. Scheller-Kreinsen, Hrsg., *Krankenhaus-Report 2025: Versorgung Hochbetagter*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2025. doi: 10.1007/978-3-662-70947-4.
- [39] P. Meuser, Hrsg., *Krankenhausbauten/Gesundheitsbauten. Handbuch und Planungshilfe*, Bd. 1: Allgemeinkrankenhäuser und Gesundheitszentren, 2 Bde. Berlin: DOM publishers, 2011.
- [40] C. Wagenaar, *Hospitals: A Design Manual*. Basel/Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH, 2018.
- [41] R. Wischer und H. Rau, *Ein- oder Mehrbettzimmer im Akutkrankenhaus: Analysen ihrer Tauglichkeit*. Stuttgart: Krämer, 1984.
- [42] R. Wischer und H.-U. Riethmüller, Hrsg., *Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine*. Wien: Springer, 2007.
- [43] Statistisches Bundesamt, „Zahl der Krankenhaus-Behandlungen 2023 um 2,4 % gestiegen“, Statistisches Bundesamt. Zugegriffen: 21. April 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24_372_231.html
- [44] Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, „Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein - Teil A: Allgemeiner Teil“, Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein, Kiel, 2017. Zugegriffen: 21. April 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/K/krankenhaeuser/Info_Krankenhausplan
- [45] H. Chaudhury, A. Mahmood, und M. Valente, „The Use of Single Patient Rooms versus Multiple Occupancy Rooms in Acute Care Environments“, Jan. 2005, [Online]. Verfügbar unter: https://www.healthdesign.org/sites/default/files/use_of_single_patient_rooms_v_multiple_occ_rooms-acute_care.pdf
- [46] F. Theis, *Lebenszyklusorientierte Betriebskosten bei gebäudetechnischen Anlagen im deutschen Krankenhaussektor*. Wiesbaden: Gabler, 2011. doi: 10.1007/978-3-8349-6870-8.
- [47] Parliamentary Budget Office, „Hospital Construction Costs“, Houses of the Oireachtas, Dublin, 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/parliamentaryBudgetOffice/2025/2025-01-30_hospital-construction-costs_en.pdf?utm_source=chatgpt.com
- [48] J. Maben u. a., „Evaluating a major innovation in hospital design: workforce implications and impact on patient and staff experiences of all single room hospital accommodation“, *Health Serv. Deliv. Res.*, Bd. 3, Nr. 3, S. 1–304, Feb. 2015, doi: 10.3310/hsdr03030.
- [49] J. Maben u. a., „One size fits all? Mixed methods evaluation of the impact of 100% single-room accommodation on staff and patient experience, safety and costs“, *BMJ Qual. Saf.*, Bd. 25, Nr. 4, S. 241–256, Apr. 2016, doi: 10.1136/bmjqs-2015-004265.
- [50] Land Schleswig-Holstein, *Krankenhausgesetz für das Land Schleswig-Holstein - Landeskrankenhausgesetz- (LKHG)*, Fundstelle: GVOBl. 2020, 1004. 2120–23. 2021.
- [51] Ministerium für Justiz und Gesundheit Schleswig-Holstein, *Landesverordnung zur Erstellung abweichender Regelungen zur Erprobung neuer Modelle der Krankenhausversorgung*, Nummer 2025/96. 2025.
- [52] Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), „Gemeinsame Empfehlung zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft“, Köln/Düsseldorf, 2002. Zugegriffen: 21. April 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/GOAE-GOZ/2002_Gemeinsame_Empfehlung_zur_Bemessung_der_Entgelte_fuer_Wahlleistung_Unterkunft.pdf
- [53] Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), „Berechnung der Wahlleistung Unterkunft“, PKV-Serviceportal. Zugegriffen: 21. April 2026. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.privat-patienten.de/im-krankenhaus/krankenhausrechnung/wahlleistung-unterkunft/>
- [54] Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., „PKV in Zahlen: 2023“, Köln, Dez. 2024. Zugegriffen: 21. April 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/Zahlenbericht_2023.pdf
- [55] W. Wittig, „Überwälzungsprozesse im System der Krankenhausfinanzierung“, *Arb. Sozialpolitik*, Bd. 42, Nr. 9, S. 270–277, 1988.
- [56] Würtenberger, „Rn. 60“, in *BeckOK Krankenhausrecht; § 9 KHG*, 2. Aufl., H. Dettling und A. Gerlach, Hrsg., München: C.H.BECK, 2022.
- [57] N. Luhmann, „Die Programmierung von Entscheidungen und das Problem der Flexibilität“, in *Bürokratische Organisation*, R. Mayntz, Hrsg., Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1968, S. 324–341.

Glossar

BGF	Bruttogrundfläche
ByEx	Beyond Expediency
DRG	Vergütungssystem mit Fallpauschalen
EBZ	Einbettzimmer
KHG	Krankenhausgesetz
MANV	Massenanfall von Verletzten
NUF	Nutzungsfläche
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (orig.: <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)

Zitiervorschlag

BEYOND EXPEDIENCY. (2026). Das Einbettzimmer als Standard in der stationären Versorgung in Schleswig-Holstein. *Working Paper Series*, 1(1), 22.