

Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate Care Units (IMCU's)

**Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Kommission für
die Anerkennung von IMCU's (KAIMC) am 21.02.2019
verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 01.01.2014.**

Sie treten in Kraft am 01.01.2020

Die vorliegenden Richtlinien sind anerkannt durch:

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM
The Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine SSAPM
Die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie SGC
Die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI
Die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie SGK
Die Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie SGKC
Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie SGP
The Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies SFCNS
The Swiss Society of Neonatology SSN

**Die Richtlinien existieren in einer deutschen und in einer französischen Version. Im Zweifelsfall gilt die
deutsche Version.**

SGI, Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin, KAIMC Office
c/o **IMK** Institut für Medizin und Kommunikation AG, Münsterberg 1, 4001 Basel
Tel. +41 61 561 53 51, E-Mail: info@swiss-imc.ch, www.swiss-imc.ch

Inhalt

1 Präambel*	4
2 Grundlagen	4
2.1 Definitionen	4
2.1.1 Definition Intermediate Care Unit	4
2.1.2 Definition Intensivstation	5
2.1.3 Definition Normalstation	5
2.1.4 Abgrenzung zwischen IS, IMCU und Normalstation	5
2.2 Definition und Charakterisierung der Patienten in der IMCU	6
2.3 Modelle der IMCU	7
2.3.1 Definition der Struktur	7
2.3.2 Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen der IMCU und den angrenzenden Abteilungen	7
2.4 Anwendungsbereich	7
2.5 Kommission für die Anerkennung von IMCU's (KAIMC)	8
3 Anerkennungsverfahren	8
3.1 Antrag zur Anerkennung	8
3.1.1 Erstanerkennung einer IMCU	8
3.1.2 Wiederanerkennung	8
3.1.2.1 Wiederanerkennung bei organisatorischen oder strukturellen Änderungen einer IMCU	8
3.1.2.2 Ordentliche Wiederanerkennung zur Aufrechterhaltung der IMCU-Anerkennung	8
3.2 Unterlagen zur Anerkennung/Wiederanerkennung	9
3.3 Visitation der IMCU	9
3.4 Beschluss zur Anerkennung	9
3.5 Provisorische Anerkennung	9
3.6 Folgen der Anerkennung	10
3.7 Aberkennung	10
3.8 Wiedererwägungsgesuch und Rekurs	10
3.9 Sistierung eines Wiedererwägungs- oder Anerkennungsverfahrens	10
3.10 Neonatologische IMCU Level II	11
3.11 Pädiatrische IMCU	11
4 Merkmale einer IMCU und Kennzahlen	12
4.1 Allgemeine Organisation	12
4.2 Datenerfassung	12
4.3 Bettenzahl	12
4.4 Patienten und Pflegetage	12
4.4.1 Einteilung der Patienten nach Kategorien	12
4.4.2 Zu leistende Pflegetage	12
4.4.3 Aufnahme in der IMCU nach IMC Patientenkategorien	13
5 Räumliche/architektonische Anforderungen	13
5.1 Generelle Anforderungen	13
5.1.1 Lokalisation im Spital	14
5.1.2 Besucher und Zutritt	14
5.2 Flächen und Distanzen	14
5.2.1 Fläche pro Bett	14
5.2.2 Bruttfläche und Gesamtfläche der IMCU	14
5.2.3 Einzelzimmer und Isolation	14
5.3 Räumlichkeiten und Einrichtungen	14
5.3.1 Patientenzimmer	14
5.3.2 Zentrale Überwachung	15
5.3.3 Einrichtungen an zentraler Stelle	15

5.3.4 Weitere Räumlichkeiten und Einrichtungen	15
6 Einrichtung des Patientenplatzes	15
6.1 Anordnung des Bettes im Raum und Abtrennung.....	15
6.2 Minimalinstallationen am Bettplatz	15
7 Personal.....	16
7.1 Ärztlicher Dienst.....	16
7.1.1 Ärztlicher Leiter – Verantwortung, Voraussetzungen, Tätigkeit in der IMCU	16
7.1.1.1 Verantwortung.....	16
7.1.1.2 Voraussetzungen	16
7.1.1.3 Tätigkeit der ärztlichen Leitung in der IMCU	17
7.1.2 Dienstorganisation und Organisationsreglement	17
7.1.3 Kaderarzt und Arzt in Weiterbildung in der IMCU	17
7.1.4 Hintergrunddienst	17
7.1.5 Konsiliardienst.....	18
7.1.6 Ärztliche Verordnungen.....	18
7.2 Pflegepersonal	18
7.2.1 Pflegeleitung	18
7.2.2 Minimale Pflegedotation.....	18
7.2.3 Qualifikation.....	19
7.3 Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie	19
7.4 Hilfspersonal	19
7.5 Technisches Personal	20
7.6 Sekretariat.....	20
8 Diagnostik und Monitoring	20
8.1 Laboruntersuchungen	20
8.2 Radiologie	20
8.3 Weitere diagnostische Untersuchungen	20
8.4 Notwendige Überwachungsgeräte (Monitoring).....	20
9 Notwendiges Material.....	21
10 Transporte	21
10.1 Verlegung.....	21
10.2 Transportbegleitung	21
11 Lehre	21
11.1 Ärztliche Fortbildung	21
11.2 Fortbildung Pflege	21
12 Mitglieder der multidisziplinären Kommission	22
13 Checkliste Anerkennungsbedingungen	23
14 Glossar	25

* Im Text wird zwecks besserer Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Es sind aber immer beide Geschlechter gleichermassen gemeint.

1 Präambel*

Die Schweizer Spitäler behandeln Patienten mit zunehmend komplexen Krankheitsbildern. Die Behandlungsansprüche einiger dieser Patienten überschreiten die Kapazitäten der Normalstationen. Der Schweregrad dieser Erkrankungen rechtfertigt jedoch nicht immer die Aufnahme auf eine Intensivstation (IS). Aus diesem Grund haben zahlreiche Spitäler IMC-Stationen (intermediate care unit: nachfolgend IMCU) aufgebaut, deren Aufgabe es ist, eine hochspezialisierte Therapie und enge Überwachung anbieten zu können, die den Bedürfnissen dieser Patienten gerecht werden.

Innerhalb der schnellen und heterogenen Entwicklung der IMCU quer durch die Schweiz haben die verschiedenen, in die Führung dieser Stationen involvierten Disziplinen die Notwendigkeit festgestellt, gemeinsame nationale Richtlinien zu erarbeiten, welche den Rahmen für den Betrieb dieser Stationen definieren sollen.

Im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin, der Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine, der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie, der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie, der Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies, der Schweizerischen Gesellschaft für allgemeine innere Medizin, der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie wurde eine multidisziplinäre Kommission (siehe Kapitel 12) mandatiert, Richtlinien zu erarbeiten. Zieht sich eine der genannten Gesellschaften aus dem Prozess der Richtlinienerarbeitung zurück, hat dies keinen Einfluss auf die Anwendung der Richtlinien durch die anderen unterzeichnenden Gesellschaften. Die hiermit vorliegenden Richtlinien regeln insbesondere den Anerkennungsprozess der IMCU durch die unterzeichnenden Gesellschaften, sowie die minimalen Anforderungen an die IMCU. Dadurch soll den Spitätern ermöglicht werden, die Ressourcen, Strukturen und die Organisation Ihrer Stationen zu definieren und die Qualitätskontrolle innerhalb ihrer IMCU-Strukturen zu gewährleisten.

Die erste Version der Richtlinien wurde im Mai 2013 durch die Vorstände aller unterzeichnenden Gesellschaften angenommen und trat am 01.01.2014 in Kraft. Die Richtlinien werden alle 5 Jahre geprüft und überarbeitet und jeweils wieder von allen involvierten Fachgesellschaften genehmigt.

2 Grundlagen

2.1 Definitionen

Eine allgemein oder international verbindliche Definition für IMCU's gibt es bisher nicht. Gemeint ist eine Station, auf der Patienten behandelt werden, die einerseits nicht einer IS bedürfen und die andererseits für eine Behandlung auf einer Normalstation zu krank oder zu pflegeaufwändig sind. Explizit wird unter IMCU in diesem Zusammenhang nicht die angelsächsische Definition verstanden, die auf pflegeaufwändige, meist ältere Patienten im Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich abzielt.

Somit muss die IMCU sowohl gegenüber der IS als auch gegenüber der Normalstation abgegrenzt werden.

2.1.1 Definition Intermediate Care Unit

Überwachung und Behandlung von Risikopatienten, die an einem potentiell reversiblen lebensbedrohlichen Zustand leiden. Frühzeitiges Erkennen und Behandeln (bezüglich Personal, Kompetenzen, Ausstattung und Räumlichkeiten) von potentiell reversiblen lebensbedrohlichen Zuständen.

Die Aktivität der IMCU umfasst die Prävention, Diagnostik und Behandlung von allen medizinischen und chirurgischen Krankheiten, welche zum Versagen von Vitalfunktionen führen können. Die IMCU kann auch hoch spezialisierte, beispielsweise neurologische oder kardiologische Behandlungen anbieten, um den bestmöglichen Behandlungsstandard zu garantieren. Die Behandlung wird von einem bezeichneten Team, welches sich aus ärztlichem, pflegerischem und paramedizinischem Personal zusammensetzt, geleistet. Die Behandlung findet an einem klar abgegrenzten und dafür geeigneten Ort statt.

Die Intermediate-Care-Stationen haben die Aufgabe, Patienten zu versorgen, deren Behandlung so schwerwiegend und/oder aufwändig ist, dass sie eine ständige oder engmaschige Überwachung erfordert. Dabei handelt es sich um Patienten, deren Zustand einen oder mehrere Organausfälle befürchten lassen, oder deren Zustand nach einem oder mehreren Organausfällen zu ernst oder instabil für eine Rückverlegung in eine Normalstation ist und die deshalb ein konstantes Monitoring benötigen. Diese IMCU sind zwischen den Intensivstationen und den Normalstationen angesiedelt und sollen nicht die Intensivstationen ersetzen. Die IMCU pflegen eine enge Zusammenarbeit mit der Referenz-IS. Gehört letztere nicht zur selben Einrichtung, muss eine Zusammenarbeitsvereinbarung erstellt werden (Netzwerke).

2.1.2 Definition Intensivstation

IS sind personell speziell besetzte und ausgestattete Stationen, in denen die medizinische Versorgung kritisch kranker Patienten gewährleistet wird. Der kritisch kranke Patient ist charakterisiert durch die lebensbedrohlichen Störungen eines oder mehrerer Organsysteme infolge von Erkrankungen oder Verletzungen.

2.1.3 Definition Normalstation

Eine Normalstation ist ein Bereich, in dem Patienten versorgt werden, die im Zusammenhang mit einem Eingriff oder wegen der Schwere einer Erkrankung der besonderen Mittel eines Krankenhauses bedürfen, und bei denen keine ständige Überwachung (oder gar eine Unterstützung) von Vitalfunktionen oder sehr aufwändige Pflege erforderlich und kein konkretes Risiko für eine lebens- oder organbedrohliche Störung absehbar ist.

2.1.4 Abgrenzung zwischen IS, IMC und Normalstation

Aus den genannten Definitionen ist ersichtlich, dass es im Übergang zwischen den 3 Stationsbereichen ein kontinuierliches Spektrum an Krankheitsschwere und Behandlungsbedarf und -aufwand gibt und eine scharfe Grenzziehung nicht generell möglich ist. Neben anderen Faktoren hängt die Zuordnung von Patienten darüber hinaus von den jeweiligen Strukturen und Ausstattungen und den damit zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Krankenhäuser bzw. Stationen ab.

So hat die personelle Ausstattung der Normalstation und die Qualifikation des eingesetzten Personals (einschließlich der nächtlichen Besetzung), ihre apparative Ausstattung (Basis-Monitoring mit EKG, nicht-invasiver Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie mit zentralem Monitoring und Alarmfunktion), die räumlichen Gegebenheiten (Laufwege, Hörbarkeit von Alarmtönen, Erreichbarkeit eines Arztes) und Erfahrung des Personals (z.B. im Umgang mit speziellen intravenös zu applizierenden Medikamenten, Erkennung sich entwickelnder Problem) erheblichen Einfluss auf die Behandlungsmöglichkeit.

Nicht weniger fliessend können die Übergänge zwischen IMCU und IS sein: Wo ist eine nicht-invasive Beatmung einzuordnen? Ist eine invasive Blutdruckmessung oder die Gabe von Katecholaminen auf einer IMCU möglich? Deshalb ist es erforderlich spezifische Aufnahme- bzw. Entlassungskriterien zu definieren (siehe Kapitel 2.2).

Die im Weiteren ausgesprochenen Empfehlungen beziehen sich auf eine allgemeine IMCU entsprechend den angegebenen Einschluss- und Ausschlusskriterien für eine Behandlung auf der IMCU. Diese sind auf die lokalen Anforderungen und Gegebenheiten und der Ausrichtung der jeweiligen Einheit anzupassen. Werden auf der IMCU darüberhinausgehende Leistungen angeboten, so ist die personelle und strukturelle Ausstattung entsprechend den Erfordernissen zu erhöhen.

2.2 Definition und Charakterisierung der Patienten in der IMCU

Die Entscheidung über Aufnahme, Ablehnung oder Entlassung in die IMCU, muss für jeden Patienten individuell, im Bestreben, ihm die bestmögliche Behandlung angedeihen zu lassen, getroffen werden. Der Entscheidungsprozess muss dabei den vorhandenen Strukturen und Kapazitäten zur Aufnahme von Patienten eines bestimmten Schweregrades Rechnung tragen.

Allgemeine Aufnahme- und Entlassungskriterien sollen helfen, die optimale Funktionalität der IMCU zu gewährleisten. Ebenso sollte der Patiententyp definiert werden, der in einer solchen Station nicht aufgenommen wird. Diese Kriterien, die in der Literatur bereits definiert wurden (*Crit Care Med 1998 Mar; 26(3):607-610*) müssen natürlich im Kontext der jeweiligen Einrichtung betrachtet werden.

Unter den Kriterien für die Aufnahme in einer IMCU müssen auf jeden Fall folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Notwendigkeit einer Überwachung häufiger als 6x/Tag oder alle 4 Stunden
- Notwendigkeit eines engmaschigen Kreislaufmonitorings und Behandlung
- Notwendigkeit der Atemunterstützung häufiger als 3x/Tag (z.B. CPAP nicht-invasive Beatmung oder Trachealabsaugung)
- Akute Notwendigkeit von nicht-invasiver Beatmung

Unter den Kriterien für die Ablehnung der Aufnahme in eine IMCU müssen folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Vorliegen eines Kriteriums für die Aufnahme auf eine IS
- Infauste Prognose. Die Entscheidung, ob eine Aufnahme auf der IMCU sinnvoll ist, liegt beim verantwortlichen medizinischen und pflegerischen Personal*
- Entscheidung zum Therapieabbruch oder Verzicht der Therapie*

Unter den Kriterien für die Entlassung aus der IMCU müssen auf jeden Fall folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Auftreten eines Kriteriums für die Aufnahme in einer IS
- Stabilisierung der physiologischen Parameter, welche eine Lockerung der engmaschigen Überwachung möglich machen (weniger als 6x/Tag oder alle 4 Stunden)

Auch wenn der Personalbedarf und die Arbeitsbelastung an sich keine Indikation für eine Aufnahme sind, so können in gewissen Fällen diese Kriterien Teil der Begründung für die Aufnahme eines Patienten in die IMCU sein.

2.3 Modelle der IMCU

2.3.1 Definition der Struktur

Je nach Aufbau des Spitals lassen sich unterschiedliche Modelle von IMCU unterscheiden. Zum einen gibt es unabhängige IMCU ohne hierarchische, administrative oder medizinische Verbindung zu den IS. Diese Stationen finden sich in der Regel in Universitätsspitälern mit IS und in kleineren Spitäler ohne IS. Ein anderes Modell sind die an die Intensivstationen gekoppelten IMCU's. Hierbei werden Intermediate-Care-Patienten in einem definierten IMCU-Bereich behandelt, der an eine Intensivstation gekoppelt ist. Dieses Modell ermöglicht die Zusammenlegung verschiedener IMCU-Einheiten innerhalb einer Einrichtung und kann medizinische und wirtschaftliche Vorteile bieten; jedoch können die lokalen Gegebenheiten eine solche Zusammenlegung unrealistisch oder unmöglich machen. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Typologien von IMCU Patienten und deren variablen Bedürfnissen muss die Möglichkeit einer Zusammenlegung durch die involvierten Akteure geprüft werden.

Die IMC-Anerkennung schliesst eine weitere zusätzliche fachspezifische Zertifizierung der Einheit nicht aus und erfolgt unabhängig von einer solchen, resp. hat keinen Einfluss auf diese.

Zweck der vorliegenden Richtlinien ist es nicht, ein bestimmtes IMCU-Modell zu empfehlen, sondern allgemeine Empfehlungen zur Funktionalität, unter Berücksichtigung der jeweiligen Umgebung der Stationen und ihrer Integration in das Behandlungssystem des entsprechenden Spitals, oder auch der Region, zu geben. Die von Intensivstationen unabhängigen IMCU müssen im Falle eines Versagens der Vitalfunktionen mit akuter Lebensgefahr für die ihnen anvertrauten Patienten eine angemessene Reaktion garantieren können. Dazu müssen sie eine enge Zusammenarbeit mit der Intensivstation desselben Spitals oder des Partnerspitals garantieren, falls das Spital, in dem sich die IMCU befindet, keine eigene IS besitzt. Die Zusammenarbeit mit einem Partnerspital stellt eine besondere Herausforderung dar, da die Intensivstation nicht im gleichen Spital ist.

2.3.2 Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen der IMCU und den angrenzenden Abteilungen

Die Sicherheit und der Zugang zu jeglichen spezialisierten Therapien müssen unabhängig von der Ausrichtung der IMCU, für deren Patienten garantiert sein. Dies impliziert, dass jede IMCU, unabhängig von der jeweiligen Ausrichtung, Zusammenarbeitsvereinbarungen mit spitalinternen und externen Stellen treffen muss, um eine adäquate Versorgung ihrer Patienten gewährleisten zu können. Diese Vereinbarung muss mindestens folgende Punkte regeln:

- a) Verlegungsmodalitäten von Patienten von einer Station in die andere, um das Verfahren zu beschleunigen und sicherzustellen, dass Patienten mit Bedarf einer Intensivbehandlung diese auch erhalten.
Ein regionales Netzwerk muss bestimmt werden, welches die Aufnahme und Verlegung bei Bedarf nach intensiver Überwachung garantiert und zudem spezielle Eingriffe, die in anderen Abteilungen durchgeführt werden (z.B. der neurochirurgischen, neurovaskulären, kardiologischen, pädiatrischen Abteilung etc.), regelt.
- b) Zugriffsmodus auf diverse Spezialisten (Kardiologen, Chirurgen, Neurologen, Pneumologen etc.) um IMCU Patienten im Bedarfswall verlegen zu können, damit spezielle Eingriffe, die nicht in den Kompetenzbereich des IMCU-Personals fallen, ohne Verzögerungen durchgeführt werden können.

2.4 Anwendungsgebiet

Die Richtlinien bilden einen verpflichtenden Standard für die Anerkennung der IMCU durch die unterzeichnenden Gesellschaften ab. Sie definieren die minimalen Anforderungen in Bezug auf die Personal, Organisation, Räumlichkeiten und andere Gebiete.

2.5 Kommission für die Anerkennung von IMCU's (KAIMC)

Eine durch die unterzeichnenden Gesellschaften beauftragte Kommission zur Anerkennung von IMCU's prüft alle Anfragen auf Anerkennung auf der Basis der vorliegenden Richtlinien. Die Kommission ist berechtigt, die Einhaltung der Richtlinien durch die anerkannten IMCU's zu prüfen. Sie unterzieht die Richtlinien selbst einer Überprüfung alle 5 Jahre und unterbreitet allfällige Änderungsvorschläge den unterzeichnenden Gesellschaften. Die Kommission arbeitet nach einem durch die Vorstände der involvierten Gesellschaften anerkannten Reglement. Die Mitglieder der KAIMC werden durch die jeweiligen Fachgesellschaften delegiert.

3 Anerkennungsverfahren

3.1 Antrag zur Anerkennung

3.1.1 Erstanerkennung einer IMCU

Der ärztliche Leiter der IMCU ist zuständig für das schriftliche Gesuch um Anerkennung an das Sekretariat der KAIMC. Der Antrag auf Anerkennung ist zusammen mit allen notwendigen Unterlagen via E-Mail an das Sekretariat der KAIMC zu senden. (Das Formular ist online auf der IMC-Homepage <https://www.swiss-imc.ch/de/anerkennung.html> zu finden). Das Sekretariat der KAIMC bestätigt dem Gesuchsteller den Eingang nach Prüfung der Vollständigkeit der Unterlagen (gemäß Punkt 3.2) innerhalb der folgenden zwanzig Arbeitstage per Mail an den Gesuchsteller.

3.1.2 Wiederanerkennung

3.1.2.1 Wiederanerkennung bei organisatorischen oder strukturellen Änderungen einer IMCU

Jede wesentliche Änderung in Organisation, Leistungsauftrag, Stellenbesetzung der medizinischen oder pflegerischen Leitung, Bettenanzahl, Struktur oder Architektur einer anerkannten IMCU hat ein Wiederanerkennungsverfahren durch die KAIMC zur Folge.

Der ärztliche Stationsleiter ist bis spätestens 3 Monate nach Eintreten einer der oben beschriebenen Änderungen ohne Aufforderung durch die KAIMC zu einer schriftlichen Mitteilung an das Sekretariat der KAIMC verpflichtet. Es müssen ein Begleitbrief, in welchem die Änderungen spezifiziert sind, sowie das angepasste Anerkennungsformular mit allen erforderlichen Unterlagen gemäß Punkt 3.2 dem Sekretariat der KAIMC per Mail eingereicht werden. Dokumente, welche sich seit der letzten Anerkennung nicht geändert haben, müssen nicht nochmals beigelegt werden. Das Sekretariat der KAIMC bestätigt dem Gesuchsteller den Eingang nach Prüfung der Vollständigkeit der Unterlagen (gemäß Punkt 3.2) innerhalb der folgenden zwanzig Arbeitstage per Mail an den Gesuchsteller.

Die KAIMC entscheidet über die Notwendigkeit einer erneuten Visitation.

3.1.2.2 Ordentliche Wiederanerkennung zur Aufrechterhaltung der IMCU-Anerkennung

IMCU's, die bereits eine definitive Anerkennung haben, müssen alle 5 Jahre reevaluiert werden. Der ärztliche Leiter der IMCU wird 6 Monate vor Ablauf der IMCU-Anerkennung einen Brief von der KAIMC erhalten, mit der Auflage, die unter Kapitel 3.2 geforderten Unterlagen per Mail neu einzureichen. In den folgenden 6 Monaten müssen die Unterlagen eingereicht werden. Im Falle einer Unterlassung ist die KAIMC befugt, die Anerkennung zurückzuziehen. Die Wiederanerkennung bedingt eine erneute Visitation.

3.2 Unterlagen zur Anerkennung/Wiederanerkennung

Die Unterlagen zur Anerkennung/Wiederanerkennung umfassen untenstehende Dokumente, welche wie folgt nummeriert und benannt werden müssen:

- Dokument 1: vollständig ausgefülltes Anerkennungsformular mit genauer Bezeichnung der IMCU
- Dokument 2: Begleitschreiben
- Dokument 4.1: Betriebskonzept
- Dokument 4.3: MDS_{IMC} bzw. MDSi Datensatz der letzten 12 Monate
- Dokument 5: Grundriss der IMCU (gilt nur für neue IMCU's oder bei Änderung der Architektur/Struktur)
- Dokument 7: Facharztzeugnisse (oder entsprechende Äquivalenzbescheinigungen) sowie Nachweise der erforderlichen Weiterbildung (siehe unter 7.1.1) des ärztlichen Leiters und dessen Stellvertreter
- Dokument 7.1: Personalbestand des Ärztteteams gemäss MDS_{IMC}
- Dokument 7.1.1: ärztlicher Dienstplan der letzten 2 Monate
- Dokument 7.1.2: Organisationsreglement
- Dokument 7.2: Nachweis der Weiterbildung/Diplome Stationsleitung Pflege und dessen Stellvertreter
- Dokument 7.2.1: Personalbestand des Pflegeteams
- Dokument 7.2.2: Pflegedienstplan der letzten 2 Monate
- Dokument 8: Spitaldokument zur Bestätigung des Einhaltens der Installations- und Baunormen

3.3 Visitation der IMCU

Die IMCU wird durch eine durch das Präsidium der KAIMC bestimmte Delegation besucht. Diese Delegation umfasst drei Mitglieder der KAIMC, darunter eine diplomierte Pflegefachperson mit entsprechender Ausbildung in Führungsfunktion. Ein Vertreter der Delegation vertritt die für die gesuchstellende Station zuständige Fachgesellschaft (wobei für chirurgische IMCU auch eine Vertretung durch die Anästhesie oder Intensivmedizin erlaubt ist). Bei Wiederanerkennung bei organisatorischen oder strukturellen Änderungen entscheidet die KAIMC über die Notwendigkeit einer Visitation.

3.4 Beschluss zur Anerkennung

Die KAIMC hat die Kompetenz, über die Anerkennung einer IMCU zu entscheiden. Sie teilt diesen Entscheid dem Vorstand derjenigen Gesellschaft, der die antragstellende IMCU angegliedert ist mit. Im Falle einer Erstanerkennung oder Wiederanerkennung bei organisatorischen oder strukturellen Änderungen erfolgt bei positivem Entscheid die Anerkennung der IMCU rückwirkend auf das Datum des Bestätigungsmails auf Vollständigkeit des Antrags durch das Sekretariat der KAIMC. Bei ordentlicher Wiederanerkennung erfolgt die Anerkennung auf das Datum des Ablaufs der vorangehenden Anerkennung.

3.5 Provisorische Anerkennung

Eine provisorische Anerkennung im Rahmen einer Erstanerkennung ist nicht möglich. Eine anerkannte IMCU kann, während eines Wiederanerkennungsverfahrens aufgrund organisatorischer oder struktureller Änderungen bei noch nicht erfüllten Richtlinienkriterien, ausnahmsweise für eine Dauer von max. 2 Jahren provisorisch anerkannt werden.

Diese provisorische Anerkennung ist nicht verlängerbar und wird automatisch in eine Aberkennung umgewandelt, wenn die Station nicht vor Ablauf des Provisoriums eine Stellungnahme / Nachweis mit den getroffenen Massnahmen zur Behebung der Mängel elektronisch per Mail an das Sekretariat der KAIMC vorlegt.

3.6 Folgen der Anerkennung

Jede durch die KAIMC anerkannte IMCU hat das Recht, sich gegen aussen auf diese Anerkennung zu berufen.

Die Anerkennung einer IMCU durch die KAIMC verpflichtet deren ärztlichen Leiter, der KAIMC Änderungen in der Leitung oder Struktur seiner IMCU innert drei Monaten nach Eintreten (gemäss Punkt 3.1.2.1) mitzuteilen. Bei Versäumnis setzt die KAIMC eine Frist im Sinne einer Verwarnung gemäss Punkt 3.7 zur Eingabe eines Dossiers, nach deren Ablauf die Anerkennung entzogen werden kann.

Eine anerkannte IMCU ist verpflichtet, einen Minimalen Datensatz (MDS_{IMC}) zu erheben und dessen Kriterien zu erfüllen. Die KAIMC kann die Eingabe eines Dossiers (gemäss Punkt 3.2) verlangen und eventuell einen Besuch zur Wiederanerkennung durchführen. Sollte die IMCU ihren Auftrag nicht entsprechend den Richtlinien erfüllen, kann die Anerkennung annulliert werden.

3.7 Aberkennung

Erfüllt eine anerkannte IMCU trotz vorgängiger Verwarnung innerhalb der ihr gesetzten Frist die Verpflichtungen, Auflagen oder Richtlinien nicht, entzieht die KAIMC die Anerkennung. Diese Entscheidung wird dem Vorstand der entsprechenden Gesellschaft, der die IMCU angehört, vorgängig zur Konsultation mitgeteilt.

Wird eine ordentliche Anerkennung in eine provisorische umgewandelt, so entspricht diese Umwandlung einer Verwarnung. Die maximale Dauer des Provisoriums beträgt 2 Jahre. Falls die Vorgaben nicht erfüllt werden, erlischt die provisorische Anerkennung mit dem Ablauf der Frist.

Entzieht der Kanton, der Stiftungs- oder Verwaltungsrat einer IMCU den Betriebsauftrag, gilt die Anerkennung mit Ablauf des Betriebsauftrags automatisch als erloschen.

3.8 Wiedererwägungsgesuch und Rekurs

Der Gesuchsteller kann gegen den Entscheid der KAIMC innerhalb von 28 Tagen in Form eines Wiedererwägungsgesuchs mit schriftlicher Begründung Einspruch einlegen.

Die Wiedererwägungsinstanz besteht aus dem Präsidenten und einem Mitglied des Vorstands der betreffenden Fachgesellschaft, welcher die IMCU angehört, dem Präsidenten der KAIMC (oder einem von ihm bezeichneten Vertreter), sowie einem weiteren vom Präsidenten der KAIMC bezeichneten Mitglied der KAIMC. Die Wiedererwägungsinstanz hat das Recht ein zusätzliches unabhängiges Gutachten einzufordern.

Das Wiedererwägungsverfahren muss eine mündliche Anhörung des ärztlichen Leiters der betroffenen IMCU beinhalten. Die Wiedererwägungsinstanz entscheidet abschliessend und verfasst einen schriftlichen Bericht, welcher die Entscheidung darlegt.

3.9 Sistierung eines Wiedererwägungs- oder Anerkennungsverfahrens

Ändern sich während des Anerkennungsverfahrens wesentliche Elemente innerhalb eines Stationsdossiers, kann die KAIMC eine Neueingabe des Dossiers verlangen.

Ändern sich während eines Wiedererwägungsverfahrens wesentliche Elemente eines eingereichten Stationsdossiers, wird das Wiedererwägungsverfahren unmittelbar sistiert und der Entscheid des Vorstands tritt sofort in Kraft.

Wesentliche Elemente können sein (nicht abschliessend): Wechsel der ärztlichen Leitung, Personalmangel Ärzte oder Pflege, Änderung der Anzahl betriebener Betten.

3.10 Neonatologische IMCU Level II

Analog der Anerkennung der Level III--Neonatologie--Kliniken als Intensivstationen durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin, werden all jene rein neonatologischen Level II IMC--Stationen anerkannt, die zuvor vom Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie als solche akzeptiert worden sind (basierend auf der Einteilung der (Commission for Accreditation of Neonatal Units CANU)).

Die KAIMC eröffnet für diese Stationen keinen eigenen Anerkennungsprozess, sondern anerkennt automatisch alle Stationen an, welche auf der Homepage unter folgendem Link aufgeführt sind:

<https://www.neonet.ch/en/education/swiss-neonatal-intensive-care-units-accredited-train-neonatologists/>

3.11 Pädiatrische IMCU

Für pädiatrische IMCU's gelten die obengenannten Richtlinien mit Ausnahmen der Anpassungen in folgenden Punkten:

Kapitel 4.1 Allgemeine Organisation

Der IMC Entlassungsbericht ist in der Krankengeschichte des Patienten integriert. Interventionen und Behandlungen werden für Kodierungs- und Abrechnungszwecke detailliert beschrieben.

Kapitel 4.2 Datenerfassung

Die Datenerfassung erfolgt angeglichen an den MDS, welcher auf pädiatrische Intensivstationen oder Neonatologischen IMCU's/Intensivstationen angewendet wird.

Kapitel 4.4.3 Aufnahme in der IMCU nach Patientenkategorie

Die Patientenkategorisierung ist aktuell noch Gegenstand einer spezifischen Anpassung für die besonderen Bedingungen der pädiatrischen und neonatologischen Patienten. Aktuell soll nach den Kriterien gemäss Anhang Kapitel 15.2 bezüglich Aufnahme, Ablehnung und Entlassung die Kategorisierung erfolgen.

Kapitel 5 Räumliche/architektonische Anforderungen

Für die pädiatrische IMCU gelten die angegebenen Flächen als Richtwerte und sind nicht Voraussetzung.

Kapitel 5.1.2 Besucher und Zutritt

Es muss kein spezieller Empfangsbereich respektive Wartebereich definiert werden. Eine gemeinsame synergistische Nutzung mit benachbarter Station kann sinnvoll sein.

Kapitel 7.1.1 Ärztlicher Leiter

Ärztliches Personal Pädiatrie: Für den ärztlichen Leiter und seinen Stellvertreter

Voraussetzung : 12 Monate pädiatrische IS sowie nach dem Facharzttitel Pädiatrie noch zusätzlich einen Einsatz von 6 Monaten auf einer pädiatrischen IS oder Kinder-Anästhesie oder Kinder-Notfallstation der Kategorie A als Oberarzt. Stellvertretung : 6 Monate IS sowie nach dem Facharzttitel Pädiatrie 6 Monate als Oberarzt auf einer pädiatrischen IS, Kinder-Anästhesie oder Kinder-Notfallstation der Kategorie A.

Kapitel 7.2 Leitung Pflege

Plegepersonal : Für die Leitung Pflege : Voraussetzung : Mindestens 1 Jahr Erfahrung in Pädiatrie.

Kapitel 8 Diagnostik und Monitoring

Die Akutdiagnostik mittels Echokardiographie respektive der externe Herzschrittmacher ist keine zwingende Voraussetzung für die pädiatrische IMCU. Kann eine Diagnostik mittels Echo- resp. Bronchoskopie/Gastroskopie nicht im Haus durchgeführt werden, so muss eine definierte Zusammenarbeitsvereinbarung mit einem externen Spital vorliegen. Ausser dem Vorhandensein von Notfall-Reanimationsmedikamenten muss keine IMCU-interne Apotheke vorhanden sein.

4 Merkmale einer IMCU und Kennzahlen

4.1 Allgemeine Organisation

Ein internes Organisationsreglement regelt den Arbeitsablauf des Ärzte- und Pflegepersonals. Bei Eintritt und Austritt wird bei jedem Patienten ein Übergaberapport auf ärztlicher und pflegerischer Ebene durchgeführt. Bei Eintritt auf die IMCU muss eine ärztliche Eintrittsdokumentation resp. bei Austritt ein Verlegungs- oder Austrittsbericht erstellt werden. Die Ärzte der IMCU führen für jeden Patienten eine Krankengeschichte.

4.2 Datenerfassung

Die Verantwortlichen der IMCU erfassen Daten gemäss den Vorgaben des MDS_{IMC}. Diese Erhebung und Kommunikation der Daten an die zentrale Datensammlung gemäss MDS IMC ist für anerkannte IMCU obligatorisch. Die KAIMC kann in die Kennzahlen des MDS_{IMC} der einzelnen IMCU Einsicht nehmen.

Die Übermittlung von Daten im MDS-IMC-Prozess entbindet den ärztlichen Leiter der IMCU nicht von den Änderungsmeldungen gemäss Punkt 3.1.2.1

4.3 Bettenzahl

Für die Anerkennung ist im Prinzip eine minimale Bettenzahl von 6 Betten erforderlich. Dennoch kann eine IMCU mit 4 Betten gleichfalls anerkannt werden. Diese muss an eine andere Abteilung der Akutmedizin angebunden sein, gemäss dem Modell der „gekoppelten IMCU“. Für die IMCU's in Kliniken ohne IS müssen die unter 2.3.2 beschriebenen Regelungen so ausgearbeitet sein, dass der Betrieb im Rahmen eines regionalen Netzwerkes gewährleistet wird.

4.4 Patienten und Pflegetage

4.4.1 Einteilung der Patienten nach Kategorien

Die Patientenkategorisierung geschieht gemäss den Vorgaben des MDS_{IMC}.

4.4.2 Zu leistende Pflegetage

Die IMCU mit 6 Betten muss mindestens 1'300 Pflegetage pro Jahr leisten (Definition des Pflegetages gemäss MDS_{IMC}: Anzahl Pflegeschichten dividiert durch Schichten/24 Stunden), die IMCU mit 4 Betten 860 Pflegetage pro Jahr. Falls die IMCU an Wochenendtagen geschlossen ist oder eine reduzierte Bettenanzahl aufweist, sollte die Bettenbelegung an Werktagen mindestens 60% betragen.

Bettenzahl	Pflegetage
4	860
6	1'300
8	1'730

4.4.3 Aufnahme in der IMCU nach IMC Patientenkategorien

Die IMC Patientenkategorien ermöglichen eine Einteilung der Patienten nach Betreuungsaufwand*. Die Kategorien verknüpfen den „nine equivalents of nursing manpower use score“ (NEMS) und die Agitationswerte der „Sedation-Agitation Scale“ (SAS) oder der „Richmond Agitation Sedation Scale“ (RASS) (Tabelle 1)*. Der NEMS und die IMC Patientenkategorien spiegeln indirekt den Schweregrad der Erkrankung der Patienten wider. Die Dotation des Pflegepersonals muss in Übereinstimmung mit den quantitativen und qualitativen Anforderungen, wie sie unter Kapitel 7.2 der vorliegenden Richtlinien ausgewiesen sind, gewährleistet sein. Prinzipiell sollten nur Patienten der Kategorie 2 und 3 auf die IMCU aufgenommen werden. Gewisse Patienten der Kategorie 1 können ebenfalls auf der IMCU aufgenommen werden, sofern die Pflegestellendotation und die medizinischen Kriterien zur Aufnahme, Ablehnung und Entlassung wie unter 2.2 beschrieben, klar erfüllt sind. Generell haben die vorliegenden Kriterien Vorrang vor allen anderen Überlegungen bei der Entscheidung, Patienten in die IMCU aufzunehmen.

Ein mögliches Beispiel für einen Kategorie 1-Patienten der auf der IMCU aufgenommen werden kann:

COPD-Patient mit Sauerstofftherapie und nichtinvasiver Beatmung ohne klinische Zeichen, welche eine unmittelbare Intubation verlangen, zusätzlich intravenöse Antibiotikatherapie und stündliche Diurese-Überwachung.

- Diese Patientenkategorisierung ist Gegenstand einer spezifischen Anpassung für die besonderen Bedingungen der pädiatrischen und neonatologischen Patienten.

Tabelle 1

Kategorien IMCU	1A	1B	2	3
	NEMS > 30 Pkt.	NEMS 21 – 30 Pkt. und SAS ≤ 5 oder RASS ≤ 2	NEMS 13 – 20 Pkt. und SAS ≤ 5 oder RASS ≤ 2	NEMS < 13 Pkt und SAS≤ 5 oder RASS ≤ 2
	NEMS>21 Pkt. und SAS> 5 oder RASS > 2	NEMS 13--20 Pkt. und SAS > 5 oder RASS > 2	NEMS < 13 Pkt. und SAS > 5 oder RASS > 2	
Pflege- aufwand	+++++	++++	+++	++

5 Räumliche/architektonische Anforderungen

Die KAIMC hat die Kompetenz, eine IMCU anzuerkennen, auch wenn sie kleinere Mängel im Bereich der räumlichen oder architektonischen Anforderungen aufweist.

5.1 Generelle Anforderungen

Durch die IMCU findet kein Durchgangsverkehr von Patienten, Personal oder Material statt. Es sollen sich in unmittelbarer Umgebung der IMCU keine belastenden Immissionsquellen (Lärm, Licht, etc.) befinden.

5.1.1 Lokalisation im Spital

Wünschenswert ist eine Nachbarschaft zu den Operationssälen, der Notfallstation, einer IS, einem Bettenlift, der Röntgenabteilung oder anderen Abteilungen, in denen für IMCU-Patienten notwendige Abklärungen bzw. Behandlungen durchgeführt werden.

5.1.2 Besucher und Zutritt

Der Empfangsbereich für Besucher muss über eine Glocke, ein Telefon oder ein ähnliches Kommunikationsmittel verfügen, damit Besucher sich entsprechend anmelden können, bevor sie die Zutrittserlaubnis zur IMCU erhalten. Der Wartebereich ist getrennt von der Patientenzone der IMCU.

Die Besuchszeiten werden reglementiert, sind aber liberal zu gestalten. Nach Absprache ist ein Besuch rund um die Uhr möglich. Durch den Besuch dürfen pflegerische oder medizinische Tätigkeiten nicht behindert werden. Die Gespräche mit Angehörigen sollen in einer adäquaten Umgebung stattfinden können. Der für Familien vorgesehene Gesprächsraum muss so gelegen sein, dass er von den Angehörigen anderer Patienten abgegrenzt ist und die Privatsphäre respektiert.

5.2 Flächen und Distanzen

Stationen, die nach Inkrafttreten der vorliegenden Richtlinien umgebaut oder neu in Betrieb genommen wurden, müssen die Vorgaben erfüllen. Bei früher gebauten Stationen können geringfügige Abweichungen toleriert werden.

5.2.1 Fläche pro Bett

Die Nettofläche pro Bett beträgt mindestens 12 m^2 , idealerweise 16 m^2 . Diese Fläche umfasst das Bett und seine unmittelbare Umgebung.

Die Distanz zwischen den Betten beträgt minimal 2 Meter und die Wandlänge bei jedem Bett minimal 3 Meter.

5.2.2 Bruttofläche und Gesamtfläche der IMCU

Die Bruttofläche pro Bett beträgt mindestens 30 m^2 . Die Gesamtfläche der IS ist definiert als die Bruttofläche von 30 m^2 mal die Anzahl betriebener Betten (inklusive Gänge und Nebenräume).

5.2.3 Einzelzimmer und Isolation

Für ein IMCU-Einzelzimmer beträgt die Minimalfläche 20 m^2 , eine eventuelle Schleuse nicht mitgerechnet.

5.3 Räumlichkeiten und Einrichtungen

5.3.1 Patientenzimmer

Die Patientenzimmer sind in Raumklasse 3 gemäss der Norm NIN eingeteilt.

In Abhängigkeit der Organisation der IMCU, der Häufigkeit von bestimmten Krankheitsbildern, der Pflegebedürfnisse und der besonderen Anforderungen bei der Aufnahme von Patienten mit hochgradig ansteckenden infektiösen Krankheiten kann ein Patientenzimmer über 1 - 4 Betten verfügen.

Jedes Zimmer soll ein Aussenfenster besitzen, um die räumliche Orientierung des Patienten zu erleichtern und ihm den Blick auf die Aussenwelt zu erlauben. Ein Sonnenschutz mit Storen, waschbaren Vorhängen oder getönten Scheiben muss vorhanden sein.

Jedes Zimmer hat ein Lavabo. Die Armaturen für Kalt- und Warmwasser verfügen über Ellbogen-, Fusspedal- oder Sensorbedienung. Seifenspender, Desinfektionsspender und Einweg-Papierspender müssen beim Lavabo vorhanden sein. Für mobile Patienten, welche keine kontinuierliche Überwachung benötigen, sollen Toiletten in unmittelbarer Nähe zur Verfügung stehen. Der Betrieb von Warmluft-Händetrocknern ist nicht erlaubt.

5.3.2 Zentrale Überwachung

Eine zentrale Überwachung mit Sichtkontakt zu allen Patienten der IMCU und einem zentralisierten Monitoring muss vorhanden sein, wenn sich nicht dauernd eine Pflegeperson im Patientenzimmer aufhält. Sie ist zentral gelegen und erlaubt einen allgemeinen Überblick über die hospitalisierten Patienten. Die Patientenzimmer sind um die zentrale Überwachung angeordnet und von dorther gut erreichbar. Die Zentrale muss nicht dauernd besetzt sein, solange das Pflegepersonal am Patientenbett beschäftigt ist. Der Sichtkontakt kann auch mit einer technischen Lösung (Videoüberwachung) gewährleistet werden.

5.3.3 Einrichtungen an zentraler Stelle

- Apotheke (Medikamentenschrank)
- Kühlschrank für Medikamente
- Vorrat an Infusionen
- Lavabo
- Einrichtung zur Vorbereitung von Medikamenten, Perfusoren und Infusionen
- Ein fixes oder mobiles Aufbewahrungssystem
- Ein den Bedürfnissen der Station angepasstes EDV-System

5.3.4 Weitere Räumlichkeiten und Einrichtungen

- Material- und Geräteraum/-räume
- Arztbüro
- Pflegebüro
- Aufenthaltsraum für Personal
- Besprechungsraum
- Ausguss/Ausgüsse: Der Ausguss muss ein abgetrennter Raum sein und darf nicht als Durchgangsweg dienen
- Abschliessbare Behältnisse für jeden im Einsatz stehenden Mitarbeiter
- EDV-Einrichtung mit ausreichender Anzahl Computer mit Internetverbindung
- 2 Absaugegeräte (Vakuum)
- Patientenbettbeleuchtung mit Dimmerfunktion

6 Einrichtung des Patientenplatzes

6.1 Anordnung des Bettes im Raum und Abtrennung

Die Platzierung und die Orientierung des Bettes soll dem Patienten erlauben das Pflegepersonal, das Aussenfenster, die Uhr sowie andere räumliche Orientierungspunkte zu sehen. Die Seiten und das Fussende des Bettes sind immer zugänglich. Im Bedarfsfall soll das Bett ohne Mühe verschoben werden können, um den Zugang zum Kopfende zu ermöglichen ohne jedoch dadurch die Bewegungsfreiheit um andere Betten zu beeinträchtigen.

Trennvorhänge, welche die Sicht von Patient zu Patient verhindern, dürfen die Überwachung nicht dauernd behindern.

6.2 Minimalinstallationen am Bettplatz

- 12 Steckdosen*
- 2 Sauerstoffanschlüsse
- 1 Druckluftanschluss
- 2 Vakuumanschlüsse
- Das Patientenbett ist adäquat und dimmbar beleuchtbar
- Klingelknopf mit optischem Signal*
- Telefonanschluss*
- Radio- und Fernsehanschluss mit Kopfhörer*

Generell soll die Anordnung der Einrichtungen mit den vorhandenen Mitteln dergestalt sein, dass sie selbst frei zugänglich bleiben und auch der Zugang zum Patienten nicht behindert wird.

*Gilt nicht für pädiatrische IMCU's

7 Personal

7.1 Ärztlicher Dienst

7.1.1 Ärztlicher Leiter – Verantwortung, Voraussetzungen, Tätigkeit in der IMCU

7.1.1.1 Verantwortung

Der ärztliche Leiter der IMCU ist der medizinisch Verantwortliche für die Intermediate Care Station (IMCU). Der ärztliche Leiter einer spezialisierten IMCU (z.B. Neuro-IMC, „Kardio-IMC) muss im Besitz des entsprechenden Facharzttitels sein oder in der zugehörigen Klinik angestellt sein.

Seine Verantwortung umfasst die allgemeine Organisation der IMCU und die angemessene Behandlung aller Patienten (durch Pflege und Ärzte). Er kann ärztliche Aufgaben an seine ihm zugeteilten ärztlichen Mitarbeiter delegieren (IMCU Ärzteteam). Er kann diese Aufgaben auch an (Dienst-Ärzte delegieren, soweit diese Aufgaben in die spezifische Fachkompetenz der Letztgenannten fallen. Dies wird in einem IMCU-spezifischen Organisationsreglement festgehalten. Der ärztliche Leiter muss einen dedizierten Stellvertreter haben.

Der ärztliche Leiter ist für die Organisation und Durchführung der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft der IMCU verantwortlich und daran mitbeteiligt. Gemeinsam mit der Pflegeleitung ist er für die Organisation und Durchführung der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Pflegepersonals der Intermediate-Care-Station mitverantwortlich und beteiligt sich daran.

Bei Abwesenheit des Leiters ist die Stellvertretung verbindlich organisiert (Abwesenheitsregelung). Die Stellvertretung ist den Mitarbeitenden bekannt.

7.1.1.2 Voraussetzungen

Der ärztliche Leiter muss im Besitz des eidgenössischen Facharzttitels (oder einer Äquivalenzbescheinigung) einer der die vorliegenden Richtlinien anerkennenden Fachrichtungen sein.

Der ärztliche Leiter muss eine klinische Tätigkeit von mindestens 12 Monaten in einer von der SGI zertifizierten/anerkannten Intensivstation nachweisen können.

Alternativ muss der ärztliche Leiter folgende klinische Tätigkeit von zusammen mindestens 18 Monaten nachweisen können: Arbeit in einer von der SGI zertifizierten/anerkannten schweizerischen Intensivstation, in einer anerkannten Notfallstation, in einer von der SSAPM anerkannten anästhesiologischen Abteilung oder in einer durch die KAIMC anerkannten IMCU (wie unter 2.3.1 definiert), diese Tätigkeit muss mindestens 3 Monate sein und muss verschiedene Tätigkeiten umfassen.

Die Tätigkeit kann in einem anderen Land geleistet worden sein, muss aber vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), bzw. der Medizinalberufekommission (MEBEKO) anerkannt worden sein.

Für Leiter eines aktuell bereits bestehenden und zertifizierten Stroke Centers wird die bisherige Tätigkeit als äquivalent für die seitens der IMCU Richtlinien vorgeschriebenen Anforderungen an einen Leiter einer IMCU im Sinne einer Besitzstandswahrung anerkannt. Dies ist als Übergangsregelung für aktuelle Facharztinhaber gedacht.

7.1.1.3 Tätigkeit der ärztlichen Leitung in der IMCU

Folgende Stellenprozente sollen für den ärztlichen Leiter für klinische Tätigkeit inklusive administrative Aufgaben und Weiterbildung für die IMCU zur Verfügung stehen:

- IMCU 4 Betten: 25%
- IMCU 5 - 7 Betten: 50%
- IMCU 8 - 11 Betten: 100%

Falls die Struktur mehr als 11 Betten hat, kann der ärztliche Leiter diese Aufgaben nicht allein bewältigen. Er benötigt zusätzliche, qualifizierte Ärzte. Die kumulativen Stellenprozente sind:

- IMCU 12 – 18 Betten: 150%
- IMCU >18 Betten: 200%

Dieser Stellenprozentsatz bezieht sich ausschliesslich auf die Arbeit für die IMCU.

7.1.2 Dienstorganisation und Organisationsreglement

Der ärztliche Leiter der IMCU ist dafür verantwortlich, dass dauernd ein Arzt im Spital anwesend ist. Dieser Arzt ist für die Patienten der IMCU verantwortlich und muss jederzeit verfügbar sein (Organisationsreglement).

Der ärztliche Leiter muss sicherstellen und im Organisationsreglement festhalten, dass medizinische Notfallmassnahmen jederzeit durchgeführt werden können.

Die Zusammenarbeit mit einer IS muss verbindlich geregelt sein, damit - falls nötig - eine rasche Verlegung möglich ist.

Der Einsatz von externem medizinischem Personal das nicht der IMCU fest zugeteilt ist, muss durch eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem ärztlichen Leiter der IMCU und den Verantwortlichen der Abteilung, die ihr Personal zur Verfügung stellt, geregelt werden. (Abwesenheiten, Dienstärzte).

7.1.3 Kaderarzt und Arzt in Weiterbildung in der IMCU

Der Kaderarzt in der IMCU ist dem ärztlichen Leiter der IMCU unterstellt und rechenschaftspflichtig. Der Kaderarzt der IMCU hat Anspruch auf eine medizinische Fortbildung im Bereich IMC (4 Stunden pro Monat).

Die Rotationsdauer für einen Arzt in Weiterbildung auf einer IMCU dauert kumulativ mindestens 3 Monate. Er hat Anspruch auf eine medizinische Aus- und Weiterbildung im Bereich IMC (4 Stunden pro Monat). Sämtliche benötigte Zeugnisformulare werden durch den Arzt in Weiterbildung vorbereitet. Der medizinische Leiter der IMCU stellt Zeugnisformulare gemäss Weiterbildungsordnung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF und entsprechende Weiterbildungsprogramm der Fachgesellschaften aus. Der Arzt in Weiterbildung hat eine formelle Evaluation am Ende der Weiterbildung in der IMCU durch den ärztlichen Leiter der IMCU.

Alle Ärzte in Weiterbildung müssen angemessen und gemäss ihrem Weiterbildungsstand und ihrem Weiterbildungsziel eingesetzt und überwacht werden. Keinesfalls dürfen Ärzte in Weiterbildung durch mangelnde Organisation oder fehlende Präsenz von Fachärzten zu ärztlichen Handlungen gezwungen werden, für die sie nicht qualifiziert sind.

7.1.4 Hintergrunddienst

Der verantwortliche Arzt der IMCU oder sein Stellvertreter oder ein durch die IMCU ernanntes Kadermitglied soll dauernd erreichbar und im Dienstbetrieb bei Bedarf innert 2 Stunden auf der IMCU anwesend sein können.

7.1.5 Konsiliardienst

Je ein Vertreter jeder Grunddisziplin, welche Patienten auf eine IMCU überweisen kann, (Anästhesie, Kardiologie, Innere Medizin bzw. Pädiatrie, Chirurgie bzw. Kinderchirurgie, Gynäkologie, Radiologie, Neurologie, Neurochirurgie, Intensivmedizin etc.) muss jederzeit für Konsilien erreichbar sein.

7.1.6 Ärztliche Verordnungen

Ärztliche Verordnungen werden schriftlich gegeben. Nur die Mitglieder des IMCU-Ärztteteams sind befugt, Verordnungen für die IMCU Patienten zu machen. Im Sinne einer offenen Zusammenarbeit werden die Vorschläge der Konsiliarii sowie der verantwortlichen Ärzte der Kliniken, von denen die IMCU-Patienten zugewiesen wurden, berücksichtigt.

7.2 Pflegepersonal

7.2.1 Pflegeleitung

Die Pflegeleitung ist verantwortlich für die Pflege und mitverantwortlich für den Betrieb der IMCU. Die Verantwortung für die Pflege umfasst u. a. das Personalmanagement, die Pflegeentwicklung und die Pflegequalität sowie die Einhaltung der hygienischen Vorschriften. Die Pflegeleitung ist zusammen mit dem ärztlichen Leiter der IMCU für die Organisation und Durchführung der Aus-, Weiter-, und Fortbildung des Pflegepersonals verantwortlich und beteiligt sich daran.

Die Pflegeleitung hat ein Diplom in Pflege HF oder FH und/oder ein NDS in IPS-ANÄ-NF oder eine IMCU Weiterbildung. Ausländische Mitarbeiter, welche nicht Träger dieses Pflegediploms sind, müssen eine entsprechende Äquivalenz vorweisen. Die Pflegeleitung muss eine Stellvertretung haben. Weiter ist es wünschenswert, dass die Pflegeleitung eine Ausbildung im Bereich Pflegemanagement vorweisen kann, oder bereit ist, eine solche zu absolvieren.

Anlässlich eines Wechsels in der Leitung oder signifikanter struktureller oder organisatorischer Veränderungen, welche eine Reevaluation der Anerkennung notwendig machen (siehe 3.1.2), treten die Anforderungen wie in den Richtlinien beschrieben, vollumfänglich in Kraft.

Die zur Verfügung stehende Arbeitszeit für administrative und organisatorische Aufgaben richtet sich nach der Grösse einer Station. Die ausgewiesene Minimalzeit für Führungsaufgaben beträgt 80%-Vollzeitäquivalent für 9 Betten plus 10% für jedes zusätzliche Bett. Für die an eine Akutabteilung gekoppelte IMCU muss der Prozentsatz der nicht patientengebundenen Arbeit unabhängig von der Arbeit in der Akutabteilung berechnet werden.

7.2.2 Minimale Pflegedotation

Die Anzahl der Pflegestellen muss mit dem ermittelten Arbeitsaufwand übereinstimmen, der sich aus der Einteilung der Patienten in IMC-Kategorien ergibt.

Die Berechnung der Stellen (VZÄ=Vollzeitäquivalenz/FTE=Full time equivalent) erfolgt anhand der vorliegenden Richtlinien und bezieht dazu das Arbeitsrecht, die Anzahl Betten, den Prozentsatz der Bettenauslastung und das Verhältnis von Patienten: Pflegenden (=Pflegeschlüssel) mit ein. Zum Beispiel sollte eine Station mit 6 Betten mit einer durchschnittlichen Auslastung von 60%, und 50% Patienten der Kategorie II und III über 10,4 VZÄ Stellen (in jeder Schicht mind. 2 Pflegefachpersonen).

Die gleiche Station müsste bei derselben Auslastung (60%) aber 100% Patienten der Kategorie II über 13.1 Vollzeitstellen verfügen. Für eine Auslastung von 80-100% mit 100% Kategorie 2-Patienten müsste die IMCU über 15.6 Vollzeitstellen verfügen. Die KAICM empfiehlt als Faustregel einen Pflegeschlüssel von mind. 1:3.

Die nicht patientengebundene Arbeit, die durch die Pflegekader oder andere Angehörige des Pflegeteams der IMCU erbracht wird, ist in der Berechnung der notwendigen Stellen nicht enthalten. Der Anteil der nicht patientengebundenen Arbeit bei allen Kadern muss ausgewiesen werden. Die "Leitung Pflege" einer IMCU ist definiert als Stelle, die nicht patientengebundene Arbeit erbringt.

Die Berufsgruppe Fachangestellte Gesundheit (FaGe), sofern nicht in der Ausbildung, dürfen den Stellenschlüssel des Pflegeteams von 20% nicht überschreiten. Die Gesamtverantwortung in der Zusammenarbeit mit einer FaGe liegt bei der Pflegefachperson HF/FH.

Alle in der Ausbildung tätigen Pflegepersonen zählen nur für ihre Tätigkeit in der direkten Pflege am Bett zu den oben genannten Zahlen. Die Zeit, die der Bildung (oder dem Unterricht) gewidmet wird, darf nicht in den oben genannten Zahlen mitgerechnet, sondern muss separat dokumentiert werden.

Alle Tätigkeiten und deren Anteile in Prozent, die vom Pflegepersonal der IMCU in anderen Bereichen ausgeführt werden (z.B. in der Notfallstation, in der kardio-pulmonalen

Reanimation, bei der Überwachung von Aufwachpatienten oder von Telemetriepatienten), müssen separat ausgewiesen werden. Die Stellenprozente in VZÄ müssen berechnet und vom Personalbestand der IMCU abgezogen werden.

7.2.3 Qualifikation

Für IMCU mit weniger als 6 Betten, müssen mindestens ein Drittel der Vollzeitstellen ein Diplom in Intensiv-Anästhesie oder Notfallpflege NDS HF, oder eine äquivalente Weiterbildung oder eine spezifische IMC-Pflegeweiterbildung nachweisen können. Die übrigen zwei Drittel verfügen über ein Diplom Pflege HF/FH.

Mindestens eine Pflegeperson pro Pflegeschicht, die in der direkten Pflege arbeitet, muss über eine zusätzliche, obengenannte Qualifikation verfügen.

Auf IMCU's mit 6 und mehr Betten müssen mindestens 40% des Pflegepersonals über eine, wie oben beschriebene, Weiterbildung verfügen, um die Anforderungen erfüllen zu können. Die Anforderungen an eine spezifische IMC-Pflegeweiterbildung werden in einem ersten Schritt durch das SBFI, respektive in dessen Auftrag, durch die Entwicklungskommission RLP AIN (Rahmenlehrplan Anästhesie-, Intensiv-, Notfallpflege) der OdASanté bestimmt.

Für ihre Tätigkeit auf pädiatrischen oder neonatologischen IMCU's benötigen Pflegende mindestens 2 Jahre nachgewiesene Erfahrung in Pädiatriepflege, bis eine entsprechende IMC-Weiterbildung für Pflegende verfügbar ist.

7.3 Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie

Jede IMCU muss entsprechend ihrer Grösse und des Patientenkollektivs über eine genügende Anzahl Physiotherapeuten verfügen, so dass Therapien bei allen Patienten täglich durchgeführt werden können.

Das Physiotherapiepersonal sollte, wenn möglich, in das Team der IMCU integriert sein. Je nach Bedarf der Patienten muss eine IMCU auf ergotherapeutische und logopädische Fachkompetenz zurückgreifen können.

7.4 Hilfspersonal

Eine IMCU muss eine angemessene Anzahl an Hilfspersonal zur Verfügung stellen. Die unter 7.2.2 angegebenen Mindestzahlen für Pflegepersonal setzen eine Grunddotation von Hilfspersonal voraus. Die besetzten Stellenprozente von Hilfspersonal müssen ausgewiesen werden.

Falls alle Hilfsarbeiten durch diplomierte Pflegepersonal verrichtet werden, müssen die Stellenprozente, die für Hilfsarbeiten (nicht patientengebunden) vorgesehen sind, separat ausgewiesen werden und zählen nicht zu den Mindestzahlen gemäss 7.2.2.

7.5 Technisches Personal

Die Notwendigkeit, Techniker, Laborantinnen, Informatiker etc. innerhalb des Personals einer IMCU anzustellen, richtet sich nach der benutzten apparativen Ausrüstung und den spitalinternen Gegebenheiten. Für die Wartung von Überwachungsgeräten, Respiratoren, Laborgeräten und übrigen technischen Einrichtungen sowie der Netzwerke und Computer darf nicht Pflegepersonal aus den Minimalbeständen gemäss Punkt 7.2.2 herangezogen werden. Die Leitung der IMCU ist dafür verantwortlich, dass die Wartung für sämtliche technische Geräte gewährleistet und dokumentiert ist.

7.6 Sekretariat

Die Sekretariatsaufgaben müssen durch qualifiziertes Personal und ausreichende Stellenprozente gewährleistet sein.

8 Diagnostik und Monitoring

8.1 Laboruntersuchungen

Notfallmässige Laboruntersuchungen müssen rund um die Uhr verfügbar sein und folgende Analysen umfassen:

- Alle Routinebestimmungen aus Chemie, Hämatologie, Blutgerinnung sowie Tests für Bluttransfusionen
- Blutgasanalyse inkl. CO-Hämoglobin und Sauerstoffsättigung/paO₂
- Falls die IMCU ein eigenes Laborgerät betreibt, müssen die Vorgaben der Schweizerischen Kommission für Qualitätssicherung für medizinische Labors erfüllt sein, die im Krankenversicherungsgesetz (KVG) Art. 58 und Art. 77 der zugehörigen Verordnung (KVV) geregelt sind.

8.2 Radiologie

Konventionelle Röntgen- und CT-Untersuchungen müssen verfügbar sein. Dafür qualifizierte Personen sind für die Befundung verantwortlich.

8.3 Weitere diagnostische Untersuchungen

Folgende ergänzende Untersuchungen müssen je nach Ausrichtung der IMCU verfügbar sein:

- Ultraschall
- Endoskopien
- EEG

8.4 Notwendige Überwachungsgeräte (Monitoring)

Die IMCU verfügt über eine genügende Anzahl von Monitoren, um die Überwachung aller Patienten gewährleisten zu können.

- Kardiovaskuläre Überwachung: EKG, invasive BD-Messung sowie ZVD (in Pädiatrie od. Neonatologie: keine invasive Blutdruckmessung).
- Respiratorische Überwachung: Pulsoxymetrie, Atemfrequenz

9 Notwendiges Material

Jegliches für die spezifische Patientenbetreuung in der IMCU notwendige Material muss in ausreichender Anzahl vorhanden sein. Die für jede IMCU minimal vorausgesetzte Ausstattung ist:

- Zur respiratorischen Therapie: Atembeutel, Sauerstoffmasken und -katheter, Intubationsbesteck, Respirator, falls nicht invasive Beatmung vorgesehen ist
- Elektrokardiogramm mit 12-Standardableitungen
- 1 Defibrillator/externer Schrittmacher (die genaue Anzahl ist abhängig von den speziellen Bedürfnissen in dieser IMCU)
- Infusomaten und Perfusoren in ausreichender Anzahl

10 Transporte

10.1 Verlegung

Patienten, die auf der IMCU aus personellen, materiellen oder fachlichen Gründen nicht adäquat versorgt werden können, müssen innert nützlicher Frist und in möglichst stabilisiertem Zustand in entsprechend ausgerüstete Zentren verlegt werden.

10.2 Transportbegleitung

Die Transportbegleitung muss durch qualifiziertes Personal mit entsprechender Ausbildung und Ausrüstung erfolgen, sodass jede Störung der Vitalfunktionen rechtzeitig erkannt und behandelt werden kann.

11 Lehre

11.1 Ärztliche Fortbildung

Innerhalb der IMCU soll eine aktive Politik zur Aneignung und Erhaltung von spezialisierten und spezifischen Kompetenzen betrieben werden. Die Zusammenarbeitsvereinbarungen mit der Pflege müssen auch die Bildung beinhalten.

11.2 Fortbildung Pflege

Das Pflegepersonal muss regelmässig in relevanten pflegerischen und technischen Themen fortgebildet werden. Die leitende Intensivpflegefachperson der IMCU führt eine Liste über die durchgeführten internen Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen und dokumentiert die Teilnahme des Pflegepersonals an internen und externen Fortbildungen. Das Fortbildungsprogramm muss Basiselemente der Intensivpflegeausbildung beinhalten. Eine enge Zusammenarbeit zwischen der IMCU und der IS beim Erstellen von Fortbildungsprogrammen ist wünschenswert.

12 Mitglieder der multidisziplinären Kommission

Präsidium:

Dr. med. Jolanda Contartese	SGI / Präsidentin KAIMC
Prof. Dr. med. Werner Z'Graggen	SFCNS / Vize-Präsident KAIMC
Prof. Dr. med. Yvan Gasche	SGI / Past-Präsident KAIMC
Brigitte Häggerli	SGI / Präsidiumsmitglied Fachpflege

Valentin Antonetty	SGI Pflege
PD Dr. med. Mattia Arrigo	SGK
Gabi Brenner	SGI Pflege
PD Dr. med. Emmanuel Carrera	SFCNS
Dr. med. Roland Darms	SSAPM
Dr. med. Adriana Lambert	SGI
Sabrina Figuera	SGI Pflege
Dr. med. Olivier Grosgrain	SGAIM
Dr. med. Jürg Gurzeler	SGC
Dr. med. Patrick Haberstich	SGP
PD Dr. med. Cornelia Hagman	SSN
Thomas Hansen	SGI Pflege
Dr. med. Adriana Lambert	SGI
Prof. Dr. med. Lukas Hunziker	SGK
Murielle Joris-Frasseren	SGI Pflege
Dr. med. Juan Llor	SGP
Dr. med. Christophe Marti	SGAIM
Dr. med. Julia Natterer	SGP
Dr. med. Daniel Ribeiro	SGAIM
Karsten Richter	SGI Pflege
Prof. Dr. med. Stephan Rüegg	SFCNS
Sandra Rupp	SGI Pflege
Dr. med. Sonja Saudan	SSAPM
Catherine Sermet	SGI Pflege
Dr. med. Susanne Vuilleumier	SSAPM
Prof. Dr. med. Bernhard Walder	SSAPM
PD Dr. med. Tobias Zingg	SGC

13 Checkliste Anerkennungsbedingungen

3	Anerkennungsverfahren	<input type="checkbox"/>
3.1	Antrag zur Anerkennung	<input type="checkbox"/>
3.2	Unterlagen zur Anerkennung/Wiederanerkennung	<input type="checkbox"/>
4	Merkmale einer IMCU und Kennzahlen	<input type="checkbox"/>
4.1	Allgemeine Organisation	<input type="checkbox"/>
4.2	Datenerfassung	<input type="checkbox"/>
4.3	Bettenzahl	<input type="checkbox"/>
4.4	Patienten und Pflegetage	<input type="checkbox"/>
5	Räumliche/architektonische Anforderungen	<input type="checkbox"/>
5.1	Generelle Anforderungen	<input type="checkbox"/>
5.2	Flächen und Distanzen	<input type="checkbox"/>
5.3	Räumlichkeiten und Einrichtungen	<input type="checkbox"/>
6	Einrichtung des Patientenplatzes	<input type="checkbox"/>
6.1	Anordnung des Bettes im Raum und Abtrennung	<input type="checkbox"/>
6.2	Minimalinstallationen am Bettplatz	<input type="checkbox"/>
7	Personal	<input type="checkbox"/>
7.1	Ärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>
7.2	Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>
7.3	Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie	<input type="checkbox"/>
7.4	Hilfspersonal	<input type="checkbox"/>
7.5	Technisches Personal	<input type="checkbox"/>
7.6	Sekretariat	<input type="checkbox"/>
8	Diagnostik und Monitoring	<input type="checkbox"/>
8.1	Laboruntersuchungen	<input type="checkbox"/>
8.2	Radiologie	<input type="checkbox"/>
8.3	Weitere diagnostische Untersuchungen	<input type="checkbox"/>

8.4	Notwendige Überwachungsgeräte (Monitoring)	<input type="checkbox"/>
9	Notwendige Ausrüstung für Therapien	<input type="checkbox"/>

14 Glossar

Abkürzungen (in der Reihenfolge des Auftretens im Text):

IMCU	IMC-Station (Intermediate Care Unit)
IS	Intensivstation
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
KAIMC	Kommission für die Anerkennung von IMCU
MDS _{IMC}	Minimal Data Set Intermediate care
CANU	Commission for Accreditation of Neonatal Units
NEMS	Nine Equivalents of nursing Manpower use Score
SAS	Sedation-Agitation Scale
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
NDS HF	Nachdiplomstudium höhere Fachschule
VZÄ	Vollzeitäquivalenz
HF	Höhere Fachschule
FH	Fachhochschule
RLP	Rahmenlehrplan
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation