



# Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate Care Units (IMCUs)

Die vorliegenden Richtlinien wurden von der Interessengemeinschaft für die Anerkennung von Intermediate Care Units (IG-IMC) am 21.11.2024 verabschiedet und ersetzen diejenigen vom 01.01.2020.

Sie treten in Kraft am 01.05.2025

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 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.

Interessengemeinschaft Anerkennung von IMCUs (IG-IMC)  
SGI, Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin, IG-IMC 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](mailto:info@swiss-imc.ch), [www.swiss-imc.ch](http://www.swiss-imc.ch)

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Präambel</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Grundlagen</b>	<b>4</b>
2.1	Definitionen	4
2.1.1	Definition Intermediate Care Unit	5
2.1.2	Definition Intensivstation	5
2.1.3	Definition Normalstation	5
2.1.4	Abgrenzung zwischen Intensivstation, IMC 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	Anwendungsgebiet	7
2.5	Interessengemeinschaft IG-IMC (IG-IMC)	8
<b>3</b>	<b>Anerkennungsverfahren</b>	<b>8</b>
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	9
3.2	Unterlagen zur Erst-Anerkennung/ordentlichen Wiederanerkennung	9
3.3	Visitation der IMC	9
3.4	Beschluss zur Anerkennung	9
3.5	Provisorische Anerkennung	10
3.6	Folgen der Anerkennung	10
3.7	Aberkennung	10
3.8	Wiedererwägungsgesuch und Rekurs	10
3.9	Sistierung eines Wiedererwägungs- oder Anerkennungsverfahrens	11
3.10	Neonatologische IMCU Level II	11
3.11	Pädiatrische IMCU	11
3.12	Gebührenordnung	12
<b>4</b>	<b>Merkmale einer IMCU und Kennzahlen</b>	<b>12</b>
4.1	Allgemeine Organisation	12
4.2	Datenerfassung	13
4.3	Bettenzahl	13
4.4	Patient:innen und Pflegetage	13
4.4.1	Einteilung der Patient:innen nach Kategorien	13
4.4.2	Zu leistende Pflegetage	13
4.4.3	Aufnahme in der IMCU nach IMC Betreuungskategorien	13
<b>5</b>	<b>Räumliche/architektonische Anforderungen</b>	<b>14</b>
5.1	Generelle Anforderungen	14
5.1.1	Lokalisation im Spital	14
5.1.2	Besuchswesen und Zutritt	14
5.2	Flächen und Distanzen	15
5.2.1	Fläche pro Bett	15
5.2.2	Bruttofläche und Gesamtfläche der IMCU	15
5.2.3	Einzelzimmer und Isolation	15
5.3	Räumlichkeiten und Einrichtungen	15
5.3.1	Patientenzimmer	15
5.3.2	Zentrale Überwachung	15
5.3.3	Einrichtungen an zentraler Stelle	15
5.3.4	Weitere Räumlichkeiten und Einrichtungen	15

<b>6</b>	<b>Einrichtung des Patientenplatzes .....</b>	<b>16</b>
6.1	Anordnung des Bettes im Raum und Abtrennung.....	16
6.2	Minimalinstallationen am Bettplatz .....	16
<b>7</b>	<b>Personal .....</b>	<b>16</b>
7.1	Ärztlicher Dienst.....	16
7.1.1	Ärztliche Leitung – Verantwortung, Voraussetzungen, Tätigkeit in der IMCU.....	16
7.1.1.1	Verantwortung.....	16
7.1.1.2	Voraussetzungen.....	17
7.1.1.3	Tätigkeit der ärztlichen Leitung in der IMCU.....	17
7.1.2	Dienstorganisation und Organisationsreglement.....	17
7.1.3	IMCU Ärzteschaft in Weiterbildung .....	18
7.1.4	Hintergrunddienst .....	18
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.....	19
7.2.3	Qualifikation.....	19
7.3	Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.....	20
7.4	Hilfspersonal.....	20
7.5	Technisches Personal.....	20
7.6	Sekretariat .....	20
<b>8</b>	<b>Diagnostik und Monitoring .....</b>	<b>20</b>
8.1	Laboruntersuchungen .....	20
8.2	Radiologie.....	20
8.3	Weitere diagnostische Untersuchungen .....	21
8.4	Notwendige Überwachungsgeräte (Monitoring).....	21
<b>9</b>	<b>Notwendiges Material .....</b>	<b>21</b>
<b>10</b>	<b>Transporte.....</b>	<b>21</b>
10.1	Verlegung .....	21
10.2	Transportbegleitung .....	21
<b>11</b>	<b>Lehre .....</b>	<b>21</b>
11.1	Ärztliche Fortbildung .....	21
11.2	Fortbildung Pflege.....	21
<b>12</b>	<b>Mitglieder der multidisziplinären IG-IMC Kerngruppe.....</b>	<b>22</b>
<b>13</b>	<b>Checkliste Anerkennungsbedingungen .....</b>	<b>23</b>
<b>14</b>	<b>Glossar .....</b>	<b>24</b>

# 1 Präambel

Die Schweizer Spitäler behandeln Patientinnen und Patienten mit zunehmend komplexen Krankheitsbildern deren Behandlungsansprüche die Kapazitäten der Normalstationen manchmal überschreiten. 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 Patient:innen 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 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 Richtlinienentwicklung 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 Spitälern 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.

Die im Jahre 2012 gegründete Kommission für die Anerkennung von IMCUs (KAIMC) wurde 2023 aus statuarischen Gründen in Rücksprache mit der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin in die Interessengemeinschaft für die Anerkennung von Intermediate Care Units (IG-IMC) umgewandelt. Die Rechte und Pflichten sind im IG-IMC Reglement festgehalten. ([Reglement IG-IMC V6 221103 Final DE.pdf \(swiss-imc.ch\)](#))

## 2 Grundlagen

### 2.1 Definitionen

Eine allgemein oder international verbindliche Definition für IMCUs gibt es bisher nicht. Gemeint ist eine Station, auf der Patient:innen 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 Patient:innen 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 Risikopatient:innen, die an einem potenziell reversiblen lebensbedrohlichen Zustand leiden. Frühzeitiges Erkennen und Behandeln (bezüglich Personal, Kompetenzen, Ausstattung und Räumlichkeiten) von potenziell 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 IMCUs haben die Aufgabe, Patient:innen zu versorgen, deren Behandlung so schwerwiegend und/oder aufwändig ist, dass sie eine ständige oder engmaschige Überwachung erfordert. Dabei handelt es sich um Patient:innen, 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**

Intensivstationen sind personell speziell besetzte und ausgestattete Stationen, in denen die medizinische Versorgung kritisch kranker Patient:innen gewährleistet wird. Dieses Patientengut 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 Patientinnen und 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 Intensivstation, IMC und Normalstation**

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

So haben die personelle Besetzung der Normalstation und die Qualifikation des eingesetzten Personals, ihre apparative Ausstattung (Basis-Monitoring mit EKG, nicht-invasiver Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie mit zentralem Monitoring und Alarmfunktion), die räumlichen Gegebenheiten (Laufwege, Hörbarkeit von Alarntönen, Erreichbarkeit eines Arztes) 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 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 jede Patientin und jeden Patienten individuell, im Bestreben, die bestmögliche Behandlung angedeihen zu lassen, getroffen werden. Der Entscheidungsprozess muss dabei den vorhandenen Strukturen und Kapazitäten zur Aufnahme 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 interpretiert 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 einer Patientin oder 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 IMCUs unterscheiden. Zum einen gibt es unabhängige IMCUs ohne hierarchische, administrative oder medizinische Verbindung zu den IS. Diese Stationen finden sich in der Regel in Universitätsspitalern mit IS und in kleineren Spitalern ohne IS. Ein anderes Modell sind die an die Intensivstationen gekoppelten IMCUs. Hierbei werden Intermediate-Care-Patient:innen 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-Patient:innen 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 IS unabhängigen IMCU müssen im Falle eines Versagens der Vitalfunktionen mit akuter Lebensgefahr für die ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten eine angemessene Reaktion garantieren können. Dazu müssen sie eine enge Zusammenarbeit mit der IS 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 IS 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 Patient:innen 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 Patient:innen gewährleisten zu können. Diese Vereinbarung muss mindestens folgende Punkte regeln:

- a) Verlegungsmodalitäten von Patient:innen von einer Station in die andere, um das Verfahren zu beschleunigen und sicherzustellen, dass Patient:innen mit Bedarf einer Intensivbehandlung diese auch erhalten.  
Ein regionales Netzwerk muss bestimmt werden, welches die Aufnahme und Verlegung bei Bedarf nach intensiverer 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 Spezialistinnen (Kardiologie, Chirurgie, Neurologie, Pneumologie etc.) um IMCU-Patient:innen im Bedarfsfall 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 Interessengemeinschaft IMC (IG-IMC)**

Die durch die unterzeichnenden Gesellschaften beauftragte Interessengemeinschaft für die Anerkennung von Intermediate Care Units (IG-IMC) prüft alle IMCU-Anfragen auf Anerkennung auf der Basis der vorliegenden Richtlinien. Die IG-IMC ist berechtigt, die Einhaltung der Richtlinien durch die anerkannten IMCUs zu prüfen. Sie unterzieht die Richtlinien selbst einer Überprüfung alle 5 Jahre und unterbreitet allfällige Änderungsvorschläge den unterzeichnenden Gesellschaften. Die Rechte und Pflichten der IG-IMC sind im IG-IMC Reglement festgehalten. ([Reglement IG-IMC V6 221103 Final DE.pdf \(swiss-imc.ch\)](#)). Die Mitglieder der IG-IMC werden durch die jeweiligen Fachgesellschaften delegiert und vertreten die Interessen der jeweiligen Fachgesellschaften in der IG-IMC.

## **3 Anerkennungsverfahren**

### **3.1 Antrag zur Anerkennung**

#### **3.1.1 Erstanerkennung einer IMCU**

Die ärztliche Leitung der IMCU ist zuständig für das schriftliche Gesuch um Anerkennung an das Sekretariat der IG-IMC. Eine Erstanerkennung ist frühestens 6 Monate nach Inbetriebnahme der IMCU möglich. Für eine erfolgreiche Erstanerkennung müssen 100% der S1 und 60% der S2 IMC-Zertifizierungskriterien erfüllt werden. Werden bei den geforderten IMC Zertifizierungskriterien Mängel festgestellt, müssen diese vollständig behoben werden und die entsprechenden Unterlagen/Nachweise dem Sekretariat der IG-IMC erneut eingereicht werden. Das Visitationsteam überprüft die nachgereichten Dokumente. Bei Erfüllen aller geforderten Kriterien wird die definitive Anerkennung ausgesprochen, andernfalls erfolgt keine Anerkennung.

Der Antrag auf Anerkennung ist zusammen mit allen notwendigen Unterlagen via E-Mail an das Sekretariat der IG-IMC zu senden. Das Formular ist online auf der IMC-Homepage ([Antrag - IMC Intermediate Care \(swiss-imc.ch\)](#)) zu finden. Das Sekretariat der IG-IMC bestätigt den Eingang nach Prüfung der Vollständigkeit der Unterlagen (gemäss Punkt 3.2) innerhalb der folgenden zwanzig Arbeitstage per Mail.

#### **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 und Stellvertretung, Bettenanzahl, Struktur oder Architektur einer anerkannten IMCU hat ein Wiederanerkennungsverfahren durch die IG-IMC zur Folge.

Die ärztliche Leitung ist bis spätestens 3 Monate nach Eintreten einer der oben beschriebenen Änderungen ohne Aufforderung durch die IG-IMC zu einer schriftlichen Mitteilung an das Sekretariat der IG-IMC verpflichtet. Es müssen ein Begleitbrief, in welchem die Änderungen spezifiziert sind, sowie das angepasste Anerkennungsformular mit allen erforderlichen Unterlagen gemäss Anhang II dem Sekretariat der IG-IMC per Mail eingereicht werden. Das Sekretariat der IG-IMC bestätigt den Eingang nach Prüfung der Vollständigkeit der Unterlagen (gemäss Punkt 3.2) innerhalb der folgenden zwanzig Arbeitstage per Mail.

Es erfolgt eine Visitation vor Ort bei Umzug der IMCU in neue Räumlichkeiten oder bei einer Erhöhung der Bettenzahl von mehr als 3 Betten. In den übrigen Fällen entscheidet die IG-IMC über die Notwendigkeit einer erneuten Visitation.

### **3.1.2.2 Ordentliche Wiederanerkennung zur Aufrechterhaltung der IMCU-Anerkennung**

IMCUs, welche bereits eine definitive Anerkennung haben, müssen alle 5 Jahre wiederanerkannt werden. Die ärztliche Leitung der IMCU wird 6 Monate vor Ablauf der IMCU-Anerkennung einen Brief von der IG-IMC 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 IG-IMC befugt, die Anerkennung zurückzuziehen. Die Wiederanerkennung bedingt eine erneute Visitation.

## **3.2 Unterlagen zur Erstanerkennung/ordentlichen 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<sub>IMC</sub> Datensatz der letzten 12 Monate (bzw. 6 Monate bei Erstanerkennung)
- Dokument 5: Grundriss der IMCU
- Dokument 7: Facharztzeugnisse (oder entsprechende Äquivalenzbescheinigungen) sowie Nachweise der erforderlichen Weiterbildung (siehe unter 7.1.1) der ärztlichen Leitung und Stellvertretung
- Dokument 7.1: Personalbestand des Ärzteteams gemäss MDS<sub>IMC</sub> (VZÄ)
- Dokument 7.1.1: ärztlicher Dienstplan der letzten 2 Monate mit Legende zu den verwendeten Symbolen\*
- Dokument 7.1.2: Organisationsreglement
- Dokument 7.2: Nachweis der Weiterbildung/Diplome Stationsleitung und Stellvertretung Pflege
- Dokument 7.2.1: Personalbestand des Pflegeteams (VZÄ) und Weiterbildungsdiplome
- Dokument 7.2.2: Pflegedienstplan der letzten 2 Monate mit Legende zu den verwendeten Symbolen\*
- Dokument 8: Spitaldokument zur Bestätigung des Einhaltens der Installations- und Baunormen
- Dokument 11: Weiterbildungsprogramm für Ärzteschaft und Pflegefachpersonen

\*Sichtbar muss sein: Tag/Spät-/Nachtdienst und Qualifikation des Personals

## **3.3 Visitation der IMC**

Die IMCU wird durch eine durch das Präsidium der IG-IMC bestimmte Delegation besucht. Diese Delegation umfasst drei Mitglieder der IG-IMC, darunter eine diplomierte Pflegefachperson mit entsprechender Ausbildung in Führungsfunktion. Ein Mitglied 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 IG-IMC über die Notwendigkeit einer Visitation.

## **3.4 Beschluss zur Anerkennung**

Die IG-IMC 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 IG-IMC.

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 IG-IMC vorlegt.

### **3.6 Folgen der Anerkennung**

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

Die Anerkennung einer IMCU durch die IG-IMC verpflichtet deren ärztliche Leitung, der IG-IMC Änderungen in der Leitung oder Struktur der IMCU innert drei Monaten nach Eintreten (gemäss Punkt 3.1.2.1) mitzuteilen. Bei Versäumnis setzt die IG-IMC 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 IG-IMC 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 IG-IMC 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 (vgl. Punkt 3.5).

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**

Die ärztliche Leitung kann gegen den Entscheid der IG-IMC innerhalb von 28 Tagen in Form eines Wiedererwägungsgesuchs mit schriftlicher Begründung Einspruch einlegen.

Die Wiedererwägungsinstanz besteht aus der Präsidentin oder dem Präsidenten und einem Mitglied des Vorstands der betreffenden Fachgesellschaft, welcher die IMCU angehört, der Präsidentin oder dem Präsidenten der IG-IMC (oder einem delegierten IG-IMC Mitglied), sowie einem weiteren vom Präsidium der IG-IMC bezeichneten Mitglied der IG-IMC. Die Wiedererwägungsinstanz hat das Recht ein zusätzliches unabhängiges Gutachten einzufordern.

Das Wiedererwägungsverfahren muss eine mündliche Anhörung der ärztlichen Leitung 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 eines Stationsdossiers, kann die IG-IMC 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 Ärzteschaft 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 IG-IMC 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 IMCUs gelten die Richtlinien für die Anerkennung von IMCUs mit Ausnahmen der Anpassungen in folgenden Punkten:

#### Kapitel 4.1 Allgemeine Organisation

Der IMC Entlassungsbericht ist in der Krankengeschichte 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 IMCUs/Intensivstationen angewendet wird.

#### Kapitel 4.4.3 Aufnahme in der IMCU nach Betreuungskategorie

Die Patientenkategorisierung ist aktuell noch Gegenstand einer spezifischen Anpassung für die besonderen Bedingungen der pädiatrischen und neonatologischen Patient:innen.

#### 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 Ärztliche Leitung

Voraussetzungen für die ärztliche Leitung und deren Stellvertretung einer pädiatrischen IMCU:

Der ärztlichen Leitung der IMCU unterliegt die medizinische Verantwortung für die IMCU. Die ärztliche Leitung muss im Besitz des entsprechenden Facharztstitels sein oder in der zugehörigen Klinik angestellt sein.

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

Alternativ muss die ärztliche Leitung eine klinische Tätigkeit von mind. 18 Monate an einer anerkannten pädiatrischen IMCU oder eine klinische Tätigkeit von kumulativ mindestens 18 Monaten an mindestens zwei der folgenden Institutionen nachweisen können: Arbeit in einer von der SGI zertifizierten/anerkannten schweizerischen pädiatrische Intensivstation, in einer anerkannten pädiatrische Notfallstation, in einer von der SSAPM anerkannten pädiatrischen anästhesiologischen Abteilung (diese Tätigkeit muss jeweils mindestens 3 Monate sein).

Die ärztliche Stellvertretung muss die gleichen Voraussetzungen wie die ärztliche Leitung erfüllen.

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.

#### Kapitel 7.2 Leitung Pflege

Pflegepersonal: Voraussetzungen für die Leitung Pflege: mindestens 2 Jahre Erfahrung in Pädiatrie.

#### Kapitel 7.2.3 Qualifikation

Die IG IMC anerkennt die Ausbildung ÜW-Neonatologie. Alternativ benötigen Pflegende einer pädiatrischen IMCU mindestens 2 Jahre nachgewiesene Erfahrung in Pädiatriepflege, bis eine entsprechende IMC-Weiterbildung für Pflegende verfügbar ist.

#### 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 Echokardiographie 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.

### **3.12 Gebührenordnung**

Die Gebührenordnung findet sich unter: <https://www.swiss-imc.ch/de/richtlinien>

## **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 jeder Patientin und jedem Patienten ein Übergaberapport auf ärztlicher und pflegerischer Ebene durchgeführt. Bei Eintritt auf die IMCU muss eine ärztliche Eintrittsdokumentation resp. bei Austritt eine Verlegungsnotiz oder ein Austrittsbericht erstellt werden. Diese beinhalten eine Aktualisierung der Diagnoseliste, eine Verlaufszusammenfassung, ein Procederevorschlag und eine Medikationsliste. Diese Dokumentation kann auch im Klinikinformationssystem erfolgen. Das ärztliche Personal der IMCU führt für alle Patient:innen eine Krankengeschichte.

## 4.2 Datenerfassung

Die Verantwortlichen der IMCU erfassen Daten gemäss den Vorgaben des MDS<sub>IMC</sub>. Diese Erhebung und Kommunikation der Daten an die zentrale Datensammlung gemäss MDS<sub>IMC</sub> ist für anerkannte IMCU obligatorisch. Die IG-IMC kann in die Kennzahlen des MDS<sub>IMC</sub> der einzelnen IMCU-Einsicht nehmen.

Die Übermittlung von Daten im MDS<sub>IMC</sub>-Prozess entbindet die ärztliche Leitung der IMCU nicht von den Änderungsmitteilungen gemäss Punkt 3.1.2.1

## 4.3 Bettenzahl

Für die Anerkennung ist prinzipiell 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 IMCUs 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 Pfl egetage

### 4.4.1 Einteilung der Patient:innen nach Kategorien

Die Patientenkategorisierung geschieht gemäss den Vorgaben des MDS<sub>IMC</sub> (<https://www.swiss-imc.ch/de/mdsimc>, vgl. auch Tabelle Punkt 4.1.3).

### 4.4.2 Zu leistende Pfl egetage

Die IMCU mit 6 Betten muss mindestens 1'300 Pfl egetage pro Jahr leisten (Definition des Pfl egetages gemäss MDS<sub>IMC</sub>: Anzahl Pflegeschichten/Anzahl Schichten pro 24 Stunden), die IMCU mit 4 Betten 860 Pfl egetage pro Jahr.

Bettenzahl	Pfl egetage
4	860
6	1'300
8	1'730
12	2'595
16	3'460
20	4'325
24	5'190

Im Fall von Wochenend-Schliessungen wird die geforderte Anzahl Pfl egetag anteilmässig reduziert, vgl. Anhang III zu den Richtlinien – Berechnung der Pfl egetage

### 4.4.3 Aufnahme in der IMCU nach IMC-Betreuungskategorien

Die IMC-Betreuungskategorien ermöglichen eine Einteilung der Patient:innen 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 unten). Der NEMS und die IMC-Patientenkategorien spiegeln indirekt den Schweregrad der Erkrankung der Patient:innen 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 Patient:innen der Kategorie 2 und 3 auf die IMCU aufgenommen werden. Gewisse Patient:innen der Kategorie 1 können ebenfalls auf der IMCU aufgenommen werden, sofern die Pfl egetellendotation und die medizinischen Kriterien wie unter 2.2 beschrieben, erfüllt sind. Generell haben die vorliegenden Kriterien Vorrang vor allen anderen Überlegungen bei der Entscheidung Patient:innen in die IMCU aufzunehmen.

Ein mögliches Beispiel für eine IMCU-Patientin oder einen IMCU-Patienten der Kategorie 1 kann sein:

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

- Diese Betreuungskategorisierung ist Gegenstand einer spezifischen Anpassung für die besonderen Bedingungen der pädiatrischen und neonatologischen Patienten (vgl. oben).

Tabelle 1

Kategorien IMCU	1A	1B	2	3
	NEMS > 30 Pkt.	NEMS 21 – 30 Pkt. <b>und</b> SAS ≤ 5 oder RASS ≤ 2	NEMS 13 – 20 Pkt. <b>und</b> SAS ≤ 5 oder RASS ≤ 2	NEMS < 13 Pkt. <b>und</b> SAS ≤ 5 oder RASS ≤ 2
	<i>NEMS &gt; 21 Pkt.</i> <b>und</b> SAS > 5 oder RASS > 2	<i>NEMS 13--20 Pkt.</i> <b>und</b> SAS > 5 oder RASS > 2	<i>NEMS &lt; 13 Pkt.</i> <b>und</b> SAS > 5 oder RASS > 2	
<b>Pflegeaufwand</b>	+++++	++++	+++	++

## 5 Räumliche/architektonische Anforderungen

Die IG-IMC 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 Patient:innen, 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-Patient:innen notwendige Abklärungen bzw. Behandlungen durchgeführt werden.

#### 5.1.2 Besuchswesen und Zutritt

Der Empfangsbereich für Besucher:innen muss über eine Glocke, ein Telefon oder ein ähnliches Kommunikationsmittel verfügen, damit Besucher:innen sich entsprechend anmelden können, bevor sie die Zutrittsurteilung 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 dafür vorgesehene Gesprächsraum muss so gelegen sein, dass er von den Angehörigen anderer Patient:innen 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 Nettfläche pro Bett beträgt mindestens 12 m<sup>2</sup>, idealerweise 16 m<sup>2</sup>. 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<sup>2</sup>. Die Gesamtfläche der IMCU ist definiert als die Bruttofläche von 30 m<sup>2</sup> multipliziert mit der Anzahl betriebener Betten (inklusive Gänge und Nebenräume).

### **5.2.3 Einzelzimmer und Isolation**

Für ein IMCU-Einzelzimmer beträgt die Minimalfläche 20 m<sup>2</sup>, eine eventuelle Schleuse nicht mitgerechnet.

## **5.3 Räumlichkeiten und Einrichtungen**

### **5.3.1 Patientenzimmer**

Die Patientenzimmer sind in Raumklasse 2 gemäss der NIN- Normen eingeteilt. In Abhängigkeit der Organisation der IMCU, der Häufigkeit von bestimmten Krankheitsbildern, der Pflegebedürfnisse und der besonderen Anforderungen bei der Aufnahme von Patient:innen mit hochgradig ansteckenden infektiösen Krankheiten kann ein Patientenzimmer über 1 - 4 Betten verfügen.

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

Für mobile Patient:innen, 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 Patient:innen 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 Patient:innen. 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
- Büro der Ärzteschaft
- Pflegebüro
- Aufenthaltsraum für Personal
- Besprechungsraum
- Ausguss/Ausgüsse: Der Ausguss muss ein abgetrennter Raum sein und darf nicht als Durchgangsweg dienen
- Abschliessbare Behältnisse für alle im Einsatz stehenden Mitarbeiter:innen
- EDV-Einrichtung mit ausreichender Anzahl Computer mit Internetverbindung
- 2 Absaugegeräte (Vakuum)
- Patientenbettbeleuchtung mit Dimmfunktion

## **6 Einrichtung des Patientenplatzes**

### **6.1 Anordnung des Bettes im Raum und Abtrennung**

Die Platzierung und die Orientierung des Bettes soll den Patienten:innen 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:innen zu Patient:innen 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\*

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 IMCUs

## **7 Personal**

### **7.1 Ärztlicher Dienst**

#### **7.1.1 Ärztliche Leitung – Verantwortung, Voraussetzungen, Tätigkeit in der IMCU**

##### **7.1.1.1 Verantwortung**

Der ärztlichen Leitung der IMCU unterliegt die medizinische Verantwortung für die IMCU. Die ärztliche Leitung einer spezialisierten IMCU (z.B. Neuro-IMC, Kardio-IMC) muss im Besitz des entsprechenden Facharzttitels sein oder in der zugehörigen Klinik angestellt sein.

Ihre Verantwortung umfasst die allgemeine Organisation der IMCU und die angemessene Behandlung aller Patient:innen (durch Pflege und Ärzteschaft). Sie kann ärztliche Aufgaben an ärztliche Mitarbeiter:innen delegieren (IMCU Ärzteteam) oder auch an Dienst-Ärzt:innen, soweit diese Aufgaben in die spezifische Fachkompetenz der Letztgenannten fallen. Dies wird in einem IMCU-spezifischen Organisationsreglement festgehalten. Die ärztliche Leitung muss eine dedizierte Stellvertretung haben.

Die ärztliche Leitung ist für die Organisation und Durchführung der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft der IMCU verantwortlich und daran mitbeteiligt. Gemeinsam mit der Pflegeleitung

ist sie für die Organisation und Durchführung der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Pflegepersonals der IMCU mitverantwortlich und beteiligt sich daran.

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

#### **7.1.1.2 Voraussetzungen**

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

Die ärztliche Leitung (falls diese Leitung aus mehreren Personen besteht, müssen alle diese Kriterien erfüllen) muss eine klinische Tätigkeit von mindestens 12 Monaten in einer von der SGI zertifizierten/anerkannten Intensivstation nachweisen können.

Alternativ muss die ärztliche Leitung eine klinische Tätigkeit von mind. 18 Monaten an einer anerkannten IMCU oder eine klinische Tätigkeit von kumulativ mindestens 18 Monaten an mindestens zwei der folgenden Institutionen nachweisen können: Arbeit in einer von der SGI zertifizierten/anerkannten schweizerischen Intensivstation, in einer anerkannten Notfallstation, in einer von der SSAPM anerkannten anästhesiologischen Abteilung, in einem SFCNS anerkannten Stroke Center oder einer anerkannten Stroke Unit oder in einer durch die IG-IMC anerkannten IMCU (diese Tätigkeit muss jeweils mindestens 3 Monate dauern).

Die ärztliche Stellvertretung muss die gleichen Voraussetzungen wie die ärztliche Leitung erfüllen.

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

#### **7.1.1.3 Tätigkeit der ärztlichen Leitung in der IMCU**

Folgende Stellenprozente sollen für die ärztliche Leitung 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 die ärztliche Leitung diese Aufgaben nicht allein bewältigen. Sie benötigt zusätzliche, qualifizierte Ärzt:innen. 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**

Die ärztliche Leitung der IMCU ist dafür verantwortlich, dass dauernd ein Arzt/eine Ärztin im Spital anwesend ist. Diese ist für die Patienten der IMCU verantwortlich und muss jederzeit verfügbar sein (Organisationsreglement).

Die ärztliche Leitung 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 der ärztlichen Leitung der IMCU und den

Verantwortlichen der Abteilung, die ihr Personal zur Verfügung stellt, geregelt werden. (Abwesenheiten, Dienstärzte).

### **7.1.3 IMCU Ärzteschaft in Weiterbildung**

Kaderärztinnen und Kaderärzte in der IMCU sind der ärztlichen Leitung der IMCU unterstellt und rechenschaftspflichtig. Sie haben Anspruch auf eine medizinische Weiter- bzw. Fortbildung im Bereich IMC (4 Stunden pro Monat).

Die Rotationsdauer für ärztliches Personal in Weiterbildung auf einer IMCU dauert kumulativ mindestens 3 Monate. Es besteht Anspruch auf eine medizinische Aus- und Weiterbildung im Bereich IMC (4 Stunden pro Monat). Sämtliche benötigte Zeugnisformulare werden durch die in Weiterbildung befindlichen vorbereitet. Die ärztliche Leitung der IMCU stellt das zutreffende Zeugnisformulare gemäss Weiterbildungsordnung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF und entsprechende Weiterbildungsprogramm der Fachgesellschaften aus. Durch die ärztliche Leitung der IMCU erfolgt am Ende der Weiterbildungsperiode eine formelle Evaluation.

Alle Ärzte/Ärztinnen 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**

Die ärztliche Leitung oder Stellvertretung 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 eine Vertretung jeder Grunddisziplin, welche Patientinnen und 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-Ärzteteams sind befugt, Verordnungen für die IMCU-Patient:innen zu machen. Im Sinne einer offenen Zusammenarbeit werden die Vorschläge der Konsiliarii sowie der verantwortlichen Ärzt:innen der Kliniken, von denen die IMCU-Patient:innen 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 der ärztlichen Leitung 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 IMC-Weiterbildung. Ausländische Mitarbeiter, welche nicht Träger dieses Pflegediploms sind, müssen eine entsprechende Äquivalenz vorweisen. Die Pflegeleitung muss eine Stellvertretung haben. Die Anforderungen an die Qualifikation der Stellvertretung entsprechen den oben formulierten für die Pflegeleitung.

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%-Vollzeitäquivalente für 9 Betten plus 10% pro zwei zusätzliche Betten. 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 Patient:innen in IMC-Kategorien ergibt.

Die Berechnung der Stellen ( $VZ\ddot{A} = \text{Vollzeit\ddot{a}quivalente} / FTE = \text{Full time equivalent}$ ) erfolgt anhand der vorliegenden Richtlinien und bezieht dazu das Arbeitsrecht, die Anzahl Betten, den Prozentsatz der Bettenauslastung und das Verhältnis von Patient:innen: Pflegenden (=Pflegeschlüssel) mit ein. Zum Beispiel sollte eine Station mit 6 Betten mit einer durchschnittlichen Auslastung von 60%, und 50% Patient:innen der Kategorie 2 und 3 über 10,4 VZÄ-Stellen (in jeder Schicht mind. 2 Pflegefachpersonen).

Die gleiche Station müsste bei derselben Auslastung (60%) aber 100% Patient:innen der Kategorie 2 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 IG-IMC empfiehlt als Faustregel einen Pflegeschlüssel von mind. 1:3.

Die nicht patientengebundene Arbeit, die durch die Pflegekader z.B. Pflegeexpert:innen oder Berufsbildner 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 Aufwachpatient:innen oder von Telemetrie patient:innen), müssen separat ausgewiesen werden. Die Stellenprozente in VZÄ müssen berechnet und vom Personalbestand der IMCU abgezogen werden.

### **7.2.3 Qualifikation**

Für IMCUs mit weniger als 6 Betten, müssen mindestens ein Drittel der Vollzeitstellen ein NDS in IPS-ANÄ-NF, 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 IMCUs 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.

### **7.3 Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie**

Jede IMCU muss entsprechend ihrer Grösse und des Patientenkollektivs über eine genügende Anzahl Physiotherapeut:innen 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 Patient:innen 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 Grunddotierung von Hilfspersonal voraus. Die besetzten Stellenprozente von Hilfspersonal müssen ausgewiesen werden.

Falls alle Hilfsarbeiten durch diplomiertes 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, Laboranten, 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 Blut-Transfusionen
- Blutgasanalyse inkl. CO-Hämoglobin und Sauerstoffsättigung/paO<sub>2</sub>
- 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 Patient:innen 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 keine 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 Pflegeleitung 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 IG-IMC Kerngruppe**

Präsidium:

Prof. Dr. med. Werner Z'Graggen	SFCNS / Präsident IG-IMC
Dr. med. Susanne Vuilleumier	SSAPM / Vize-Präsidentin IG-IMC
Dr. med. Jolanda Contartese	SGI / Past-Präsidentin IG-IMC
Brigitte Hämmerli	SGI / Präsidiumsmitglied Fachpflege

Prof. Dr. med. Emmanuel Carrera	SFCNS
Dr. med. Daniel Ribeiro	SGAIM
PD Dr. med. Tobias Zingg	SGC
Prof. Dr. med. Yvan Gasche	SGI
Dr. med. Bernhard Haubner	SGK
Dr. med. Juan Llor	SGP
Prof. Dr. med. Christoph Hofer	SSAPM
Sabrina Figuera	Fachpflege
Karsten Richter	Fachpflege
Catherine Sermet	Fachpflege

## 13 Checkliste Anerkennungsbedingungen

<b>3</b>	<b>Anerkennungsverfahren</b>	<input type="checkbox"/>
3.1	Antrag zur Anerkennung	<input type="checkbox"/>
3.2	Unterlagen zur Anerkennung/Wiederanerkennung	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	<b>Merkmale einer IMCU und Kennzahlen</b>	<input type="checkbox"/>
4.1	Allgemeine Organisation	<input type="checkbox"/>
4.2	Datenerfassung	<input type="checkbox"/>
4.3	Bettzahl	<input type="checkbox"/>
4.4	Patienten und Pflgetage	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	<b>Räumliche/architektonische Anforderungen</b>	<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"/>
<b>6</b>	<b>Einrichtung des Patientenplatzes</b>	<input type="checkbox"/>
6.1	Anordnung des Bettes im Raum und Abtrennung	<input type="checkbox"/>
6.2	Minimalinstallationen am Bettplatz	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	<b>Personal</b>	<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"/>
<b>8</b>	<b>Diagnostik und Monitoring</b>	<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"/>
<b>9</b>	<b>Notwendige Ausrüstung für Therapien</b>	<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 <sub>IMC</sub>	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