



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR INTENSIVMEDIZIN

SOCIÉTÉ SUISSE DE MÉDECINE INTENSIVE

SOCIETÀ SVIZZERA DI MEDICINA INTENSIVA

SGI-SSMI-SSMI

Kommission für die Anerkennung der Intensivstationen (KAI)
Commission de reconnaissance des unités de soins intensifs

Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen (IS) durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)

Diese Richtlinien wurden anlässlich der Mitgliederversammlung vom 1. November 2007 von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin angenommen. Sie treten unmittelbar nach Annahme in Kraft.

Sie ersetzen diejenigen vom 18. Juni 1976, 17. Oktober 1991, 1. Oktober 2001, 8. Mai 2003 und 13. Mai 2004.

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

1	Präambel.....	5
2	Grundlagen.....	5
2.1	Definition der Intensivmedizin	5
2.2	Geltungsbereich und Abgrenzungen.....	5
2.3	Kommission für die Anerkennung der IS (KAI).....	5
3	Anerkennungsverfahren.....	6
3.1	Antrag.....	6
3.1.1	Neuanerkennung.....	6
3.1.2	Wiederanerkennung.....	6
3.2	Unterlagen zur Neu-/Wiederanerkennung.....	6
3.3	Stationsbesuch	7
3.4	Beschluss zur Anerkennung	7
3.5	Provisorische Anerkennung	7
3.6	Betriebsbewilligung/Leistungsauftrag.....	7
3.7	Folgen der Anerkennung	7
3.8	Aberkennung	8
3.9	Wiedererwägungsgesuch und Rekurs	8
3.10	Sistierung eines Wiedererwägungs- oder Anerkennungsverfahrens	8
3.11	Die ausserordentliche Intensivstation (ao IS).....	8
4	Merkmale einer IS und Kennzahlen.....	10
4.1	Allgemeine Organisation.....	10
4.2	Datenerfassung	10
4.3	Bettenzahl.....	10
4.4	Patienten und Pfl egetage.....	11
4.4.1	Einteilung der Patienten nach Kategorien	11
4.4.2	Zu leistende Pfl egetage	11
4.4.3	Relativer Anteil der Patientenkategorien	11
5	Räumliche/architektonische Anforderungen	12
5.1	Lokalisation.....	12
5.1.1	Lokalisation im Spital	12
5.1.2	Abgrenzung zu Aufwachraum und Notfallstation.....	12
5.1.3	Allgemeine Anforderungen	12
5.2	Zugang und Zutritt	12
5.3	Flächen und Distanzen	12
5.3.1	Fläche pro Bett	12
5.3.2	Bruttofläche und Gesamtfläche der IS.....	12
5.3.3	Einzelzimmer	13
5.4	Gebäudedev installations und Brandschutz	13
5.5	Räumlichkeiten und Einrichtungen.....	13
5.5.1	Patientenzimmer	13

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

5.5.2	Zentrale Überwachung.....	13
5.5.3	Einrichtungen an zentraler Stelle.....	14
5.5.4	Weitere Räumlichkeiten und Einrichtungen	14
6	Einrichtung des Patientenplatzes.....	14
6.1	Patientenbett	14
6.2	Anordnung des Bettes im Raum und Abtrennung	14
6.3	Minimalinstallationen am Bettplatz.....	15
6.4	Einrichtungen am Bettplatz	15
7	Personal.....	15
7.1	Ärztlicher Dienst.....	15
7.1.1	Ärztlicher Leiter/Stellvertretung	15
7.1.2	Dienstorganisation	16
7.1.3	Assistenz-, Ober- und Kaderärzte.....	16
7.1.4	Hintergrunddienst.....	17
7.1.5	Konsiliardienste	17
7.1.6	Ärztliche Verordnungen	17
7.2	Pflegepersonal.....	17
7.2.1	Minimaler Bestand an besetzten 100%-Pflegestellen	17
7.2.2	Qualifikation	17
7.2.3	Leitung	18
7.3	Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie	18
7.4	Hilfspersonal.....	18
7.5	Technisches Personal.....	18
7.6	Sekretariat	18
8	Diagnostik und Monitoring.....	18
8.1	Laboruntersuchungen.....	18
8.2	Radiologie.....	19
8.2.1	Weitere diagnostische Untersuchungen.....	19
8.3	Notwendige Überwachungsgeräte (Monitoring)	19
9	Notwendige Einrichtungen für Therapien.....	20
10	Transporte.....	20
10.1	Verlegung	20
10.2	Transportbegleitung.....	20
11	Lehre und Forschung.....	20
11.1	Fortbildung Pflege.....	20
11.2	Fortbildung Ärzte	21
11.3	Weiterbildungen Intensivmedizin und Intensivpflege	21
11.4	Andere ärztliche Weiterbildungsprogramme	21
11.5	Forschung.....	21
12	Weitere Vorgaben	21

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

12.1 Gesetzliche Grundlagen21

12.2 Richtlinien und Evidence based medicine21

13 Übergangsbestimmungen21

14 Checkliste Anerkennungsbedingungen22

1 Präambel*

Die Intensivmedizin stützt sich auf leistungsfähige und zuverlässige personelle und technische Grundlagen. Die vorliegenden Richtlinien sind die Grundlage für die Planung, Renovation oder Umstrukturierung neuer oder bestehender Intensivstationen (IS), die durch die SGI anerkannt sind. Bei den jeweiligen Beschreibungen handelt es sich um Minimalforderungen. Die Richtlinien sollen auch den schon SGI-erkannten IS erlauben, ihre Ressourcen, Strukturen und ihre Organisation modernen Bedürfnissen anzupassen. Die vorliegenden Richtlinien gründen auf dem derzeitigen Stand des Wissens. Auch in Zukunft werden neue Erkenntnisse in Form von Revisionen in diese Richtlinien einfließen.

2 Grundlagen

2.1 Definition der Intensivmedizin

Die Intensivmedizin umfasst die Diagnose, die Prävention, Pflege und Behandlung aller Formen des Versagens von vitalen Funktionen bei lebensbedrohlich gefährdeten Patienten mit potentiell guter Prognose. Sie wird durch ein Team betrieben, welches aus entsprechend geschulten ärztlichen, pflegerischen und technischen Mitarbeitern zusammengesetzt ist. Sie wird in umschriebenen, dafür geeigneten Räumlichkeiten praktiziert.

2.2 Geltungsbereich und Abgrenzungen

Die Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen sind ein verbindlicher Standard für die Anerkennung von IS durch die SGI. Es werden die minimalen Voraussetzungen für eine Anerkennung in Bezug auf Räumlichkeiten, personelle Dotation, Organisation und weitere Vorgaben definiert.

Die Anerkennung einer IS als Weiterbildungsstätte für Pflegepersonal in Intensivpflege und/oder als Weiterbildungsstätte für Ärzte in Intensivmedizin ist Gegenstand anderer Richtlinien.

2.3 Kommission für die Anerkennung der IS (KAI)

Die SGI setzt eine Kommission ein, welche alle Gesuche zur Neuankennung oder Wiederankennung einer IS gemäss der vorliegenden Richtlinien bearbeitet und an den Vorstand der SGI zum Entscheid weiterleitet. Die KAI ist befugt, alle anerkannten IS auf das Einhalten der Richtlinien zu überprüfen.

Die KAI überprüft auch die Richtlinien periodisch und unterbreitet dem Vorstand der SGI allfällige Änderungsvorschläge.

Die KAI arbeitet nach einem Reglement, das vom Vorstand genehmigt wird.

* In diesem Text wird wegen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Es sind aber immer beide Geschlechter gleichermassen gemeint.

3 Anerkennungsverfahren

3.1 Antrag

3.1.1 Neuankennung

Der ärztliche Leiter der betreffenden IS (nachfolgend „Gesuchsteller“ genannt) ist für das schriftliche Gesuch um Anerkennung an den Präsidenten der KAI zuständig. Der Antrag auf Anerkennung ist zusammen mit allen notwendigen Unterlagen mit eingeschriebener Post oder via E-Mail (der Fragebogen ist online auf der Homepage der SGI zu finden) an den Präsidenten der KAI zu senden. Dieser bestätigt den Eingang und die Vollständigkeit der Dokumente (gemäss Punkt 3.2) innerhalb der nächsten zwanzig Arbeitstage per eingeschriebenem Brief an den Gesuchsteller.

3.1.2 Wiederankennung

Jede wesentliche Änderung in Organisation, Stellenbesetzung der Leitung, Grösse, Struktur, Bausubstanz oder im Leistungsauftrag einer anerkannten IS hat ein Wiederankennungsverfahren durch die KAI zur Folge.

Der ärztliche Stationsleiter ist spätestens nach Eintreten einer der oben beschriebenen Änderungen ohne Aufforderung durch die KAI zu einer Eingabe der vollständigen Unterlagen gemäss Punkt 3.2 an den Präsidenten der KAI verpflichtet. Eine schriftliche Mitteilung an den Präsidenten der KAI hat innerhalb von drei Monaten nach Inkraftsetzung der Änderung zu erfolgen. Der Gesuchsteller ist befugt, auf bereits früher eingereichte Unterlagen zu verweisen. In jedem Fall muss der Fragebogen Intensivstation (erhältlich auf der Website der SGI) ausgefüllt und unterschrieben eingereicht werden.

Die KAI ist befugt, den ärztlichen Leiter einer anerkannten IS zur Eingabe eines Wiederankennungs dossiers aufzufordern.

3.2 Unterlagen zur Neu-/Wiederankennung

Die Unterlagen zur Neu-/Wiederankennung umfassen:

- a) Die genaue Bezeichnung der IS
- b) Den Namen des ärztlichen Leiters (identisch mit dem Gesuchsteller) und dessen eidgenössischen Facharztstitel
- c) Den Namen des stellvertretenden ärztlichen Leiters und dessen eidgenössischen Facharztstitel
- d) Den Namen der leitenden Intensivpflegefachperson
- e) Die durchschnittlich pro Jahr betriebenen Betten der IS gemäss minimalem Datensatz der SGI (MDSi)
- f) Die Bettenzahl des betreffenden Spitals bzw. der betreffenden Klinik
- g) Die Patientenstatistik des vergangenen Jahres gemäss MDSi
- h) Personalbestand des Ärzteteams gemäss MDSi
- i) Ärztliche Dienstorganisation
- j) Personalbestand des Pflorgeteams gemäss MDSi
- k) Grundriss der IS
- l) Beschreibung der technischen Ausstattung

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

m) Bestätigung des Einhaltens von Normen gemäss Punkt 5.4.

n) Nur für die Neuankennung:

- Öffentliche Spitäler: Schriftliche Stellungnahme der Gesundheitsbehore
- Privatspitäler: Schriftliche Stellungnahme des Verwaltungs- oder Stiftungsrats

Die KAI kann beim Gesuchsteller zusätzliche Unterlagen einfordern. Der ausgefüllte und unterschriebene Fragebogen Intensivstation muss in jedem Falle eingereicht werden.

3.3 Stationsbesuch

Die IS wird durch eine vom Präsidenten der KAI bestimmte Delegation besucht. Sie umfasst zwei Mitglieder der KAI und eine diplomierte Pflegefachperson Intensivpflege in Führungsfunktion. Bei Wiederankennungen entscheidet die KAI über die Notwendigkeit eines Besuchs.

3.4 Beschluss zur Anerkennung

Der Vorstand der SGI entscheidet, unter Berücksichtigung des Antrags der KAI, über die Anerkennung der IS. Bei positiver Entscheidung erfolgt die Anerkennung einer IS rückwirkend auf das Datum des Poststempels der Bestätigung des KAI-Präsidenten auf Vollständigkeit des Antrags.

3.5 Provisorische Anerkennung

Eine anerkannte IS kann im Prozess einer Wiederankennung ausnahmsweise (bei Nichterfüllen einzelner Reglementpunkte) für eine Dauer von zwei Jahren provisorisch anerkannt werden. Diese provisorische Anerkennung ist dann nicht verlängerbar und wird automatisch in eine Aberkennung umgewandelt, wenn die Station nicht vor Ablauf des Provisoriums einen Bericht über die Behebung der Mängel mit eingeschriebener Post an den Präsidenten der KAI vorlegt.

Eine provisorische Anerkennung ist im Rahmen einer Neuankennung nicht möglich.

3.6 Betriebsbewilligung/Leistungsauftrag

Die IS öffentlicher Spitäler können durch die SGI nur anerkannt werden, wenn die Gesundheitsdirektion des betreffenden Kantons dem Betrieb dieser IS im Rahmen des Leistungsauftrags des Spitals zustimmt.

Bei Privatspitalern muss der Verwaltungs- oder Stiftungsrat dem Betrieb einer Intensivstation zustimmen.

3.7 Folgen der Anerkennung

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

Eine durch die SGI anerkannte IS hat das Recht, den zuständigen Instanzen ein Gesuch zur Anerkennung als Weiterbildungsstätte für diplomiertes Pflegepersonal Intensivpflege oder für Fachärzte FMH Intensivmedizin zu stellen.

Die Anerkennung einer IS durch die SGI verpflichtet deren ärztlichen Leiter, der KAI Änderungen in der Leitung oder Struktur seiner IS innert drei Monaten nach Eintreten (gemäss Punkt 3.1.2) mitzuteilen. Bei Versäumnis setzt die KAI im Auftrag des Vorstands

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

der SGI eine Frist im Sinne einer Verwarnung gemäss Punkt 3.8 zur Eingabe eines Dossiers, nach deren Ablauf der Vorstand die Anerkennung entziehen kann.

Eine durch die SGI anerkannte IS ist verpflichtet, die Anforderungen des Minimalen Datensatzes der SGI (MDSi) zu erfüllen.

Die KAI kann die Eingabe eines Dossiers (gemäss Punkt 3.2) verlangen und eventuell einen Besuch zur Wiederanerkennung durchführen. Sollte die IS ungenügend sein, kann die Anerkennung annulliert werden.

Im Rahmen eines Wiederanerkennungsverfahrens hat eine IS das Recht, nach Eingabe eines Dossiers einen Besuch durch eine KAI-Delegation zu verlangen.

3.8 Aberkennung

Erfüllt eine anerkannte IS trotz vorgängiger Verwarnung innerhalb der ihr gesetzten Frist die Verpflichtungen, Auflagen oder Richtlinien nicht, entzieht der Vorstand der SGI die Anerkennung.

Wird eine ordentliche Anerkennung in eine provisorische umgewandelt, so entspricht diese Umwandlung einer Verwarnung und die Dauer des Provisoriums der Frist. Nach Ablauf dieser Frist ist die provisorische Anerkennung unmittelbar erloschen.

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

3.9 Wiedererwägungsgesuch und Rekurs

Der Gesuchsteller kann gegen den Entscheid des Vorstands innerhalb von 28 Tagen schriftlich und begründet Einspruch einlegen.

Die Wiedererwägungsinstanz besteht aus dem Vorstand, erweitert durch den Präsidenten der KAI (oder einem von ihm bezeichneten Vertreter), sowie einem weiteren von ihm bezeichneten Mitglied der KAI. Das Wiedererwägungsverfahren besteht in einer mündlichen Anhörung des ärztlichen Leiters der betroffenen IS. Die Wiedererwägungsinstanz entscheidet abschliessend.

Gegen den Entscheid der Wiedererwägungsinstanz kann rekuriert werden. Die Rekursinstanz ist das Zivilgericht. Gerichtsstand ist der Sitz der SGI.

3.10 Sistierung eines Wiedererwägungs- oder Anerkennungsverfahrens

Ändern sich während des Anerkennungsverfahrens wesentliche Elemente innerhalb eines Stationsdossiers, kann der Vorstand oder die KAI 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 betriebenen Betten.

3.11 Die ausserordentliche Intensivstation (ao IS)

Gewisse IS mit reduzierter Aktivität (d.h. tiefer als die in den Richtlinien angegebenen Minimalzahlen) können ausnahmsweise, d.h. unter ganz bestimmten Umständen, eine Anerkennung erhalten.

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

Die Umstände sind abschliessend definiert als eine geografische Lage, die zu einem regelmässigen, wiederkehrenden und längerdauernden (über 12 Stunden) Transportstopp in ein grosses Behandlungszentrum führt.

Prinzipiell gelten alle Punkte der vorliegenden Richtlinien mit folgenden Ausnahmen und Ergänzungen:

- a) Die ao IS müssen folgende Kriterien erfüllen (alle Definitionen gemäss MDSi):

Minimale Anzahl Pflgetage pro Jahr:	800 mit entsprechend notwendiger Bettenzahl
Kategorisierung und Schweregrad der IS-Patienten:	<ul style="list-style-type: none">• SGI Kategorie I: maximal 5% aller Patientenschichten• SGI Kategorie III: maximal 60% aller Patientenschichten und: <ul style="list-style-type: none">• SAPS II > 40: zwischen 5% und 15% aller Patienten• SAPS II < 20: maximal 60% aller Patienten
Beatmungstage:	mehr als 100 pro Jahr
Vertretung folgender Disziplinen im Spital:	<ul style="list-style-type: none">• Anästhesie• Chirurgie• Innere Medizin• Radiologie
Präsenz des Stationsleiters in der IS:	Regelmässige Präsenz von mindestens 25% eines 100%-Pensums

Der Mindestbestand an Pflegepersonal muss dem Pflegeaufwand mit im Verhältnis zu den betriebenen Betten proportionaler Reduktion des Pflegepersonals angepasst sein. Aus Gründen der Patientensicherheit, der Pflegequalität und der Effizienz darf eine Gesamtzahl von 1'200 Stellenprozenten (1/3 diplomiert; Stationsleitung nicht eingerechnet) nicht unterschritten werden.

- b) Eine regelmässige Zusammenarbeit mit einer oder mehreren anerkannten Intensivstation(en) ist notwendig und Gegenstand einer schriftlichen, von beiden Parteien unterschriebenen Vereinbarung. Diese Vereinbarung muss ausserdem von den zuständigen Behörden des(r) betreffenden Kantons(e) gebilligt worden sein. Sie beinhaltet Abmachungen bezüglich Verlegungspolitik von Patienten in Situationen, in denen die ao IS nicht über die notwendigen personellen, technischen oder fachlichen Ressourcen und Kenntnisse verfügt, um eine Behandlung im Rahmen anerkannter Standards zu erlauben. In der Regel soll sich die Zusammenarbeit auf eine Partnerstation konzentrieren. Wegen der föderalistischen Strukturen des Schweizer Gesundheitswesens akzeptiert die KAI nach Überprüfung jedoch auch andere Modelle.
- c) Der Anerkennungsakt der Gesellschaft erwähnt den Ausnahmecharakter dieser Anerkennung und eine Begründung dafür. Jede Änderung der Verhältnisse muss der KAI durch den Stationsleiter innert 3 Monaten schriftlich mitgeteilt werden.

4 Merkmale einer IS und Kennzahlen

4.1 Allgemeine Organisation

Ein internes Organisationsreglement regelt den Arbeitsablauf des ärztlichen Personals und des Pflegepersonals.

Bei Eintritt und bei Austritt wird bei jedem Patienten ein Übergaberapport auf ärztlicher und auf pflegerischer Ebene durchgeführt. Alle Unterlagen (Krankengeschichte, Röntgenbilder, etc.) gehen bei internen Verlegungen vollständig mit dem Patienten mit. Die Angehörigen des Patienten werden ohne Verzug über einen ungeplanten Eintritt des Patienten informiert.

Die Ärzte der IS führen für jeden Patienten eine Krankengeschichte. Bei Verlegungen von Patienten der IS in ein anderes Spital werden ein aktueller Bericht sowie Kopien aller relevanten Befunde und Dokumente mitgegeben. Dienstpläne und Personalliste erlauben eine prompte Alarmierung aller notwendigen Personen.

Eine Kartei hält Reparaturdaten und technische Kontrollen aller Geräte fest.

4.2 Datenerfassung

Die Verantwortlichen der IS erfassen Daten gemäss den Vorgaben des MDSi der SGI. Diese Erhebung und Kommunikation der Daten an die zentrale Datensammlung gemäss MDSi ist für anerkannte ordentliche und ao IS obligatorisch (vgl. Punkt 3.7). Die KAI kann gemäss Vorgaben im MDSi in die Kennzahlen der einzelnen IS Einsicht nehmen.

Die Übermittlung von Daten im MDSi-Prozess entbindet den ärztlichen Leiter der IS nicht von den Änderungsmitteilungen gemäss Punkt 3.7.

4.3 Bettenzahl

Zur Anerkennung ist eine Mindestzahl von 6 Betten notwendig.

Bei einer Bettenzahl über 12 wird die Unterteilung der IS in funktionelle Untereinheiten empfohlen.

4.4 Patienten und Pfl egetage

4.4.1 Einteilung der Patienten nach Kategorien

Die Patientenkategorisierung geschieht gemäss den Vorgaben des MDSi.

Werden während gewisser Randzeiten (z.B. nachts und an den Wochenenden) Aufwachpatienten auf einer IS überwacht, müssen diese Patienten separat ausgewiesen werden und dürfen nicht in den statistischen Daten des MDSi mitgerechnet werden. Eine Kategorisierung dieser Patienten ist deshalb unnötig.

SGL-Kategorie	1 A	1 B	2	3
	NEMS > 30 Pt.	NEMS 21 - 30 Pt. und SAS ≤ 5 oder RASS ≤ 2	NEMS 13 - 20 Pt. und SAS ≤ 5 oder RASS ≤ 2	NEMS < 13 Pt. und SAS ≤ 5 oder RASS ≤ 2
	NEMS ≥ 21 Pt. und SAS > 5 oder RASS > 2	NEMS 13-20 Pt. und SAS > 5 oder RASS > 2	NEMS < 13 Pt. und SAS > 5 oder RASS > 2	---
Pflegerischer Aufwand	Sehr gross	Gross	Mittel	Mässig
Vollzeitstellen pro Patient pro Schicht (%)	133%	100%	67%	33%

4.4.2 Zu leistende Pfl egetage

Die IS muss mindestens 1'300 (6 Betten, 60% Belegung) Pfl egetage pro Jahr leisten (Definition des Pfl egetages gemäss MDSi: Anzahl Pflegeschichten dividiert durch Schichten/24 Stunden). Für Stationen, die als Weiterbildungsstätte für Pflegepersonal oder für Ärzte anerkannt sein wollen, gelten die Anforderungen der entsprechenden Reglemente.

4.4.3 Relativer Anteil der Patientenkategorien

Der relative Anteil der Pflegeschichten mit Kategorie 1 (A und B) muss mehr als 15% und diejenige der Kategorie 3 weniger als 40% betragen (gemäss MDSi).

5 Räumliche/architektonische Anforderungen

5.1 Lokalisation

5.1.1 Lokalisation im Spital

Die IS umfasst ein genau definiertes und von anderen Stationen getrenntes Areal. Wünschenswert ist eine Nachbarschaft zu den Operationssälen, der Notfallstation, den anderen IS, einem Bettenlift, der Röntgenabteilung oder anderen Abteilungen, in denen für IS-Patienten notwendige Abklärungen bzw. Behandlungen durchgeführt werden (z.B. Koronarographie, Endoskopie).

5.1.2 Abgrenzung zu Aufwachraum und Notfallstation

Der Aufwachraum und die Notfallstation verfügen über von der IS unabhängige Räumlichkeiten.

5.1.3 Allgemeine Anforderungen

Durch die IS findet kein Durchgangsverkehr von Patienten, Personal oder Material statt.

Es sollen sich in unmittelbarer Umgebung der IS keine belastenden Immissionsquellen (Lärm, etc.) befinden.

Besondere Beachtung soll der möglichen Störung der Patienten durch optische und akustische Alarme der verschiedenen Apparate, besonders des Telefons, geschenkt werden.

5.2 Zugang und Zutritt

Wünschenswert sind getrennte Zugänge für Betten und Stationspersonal einerseits und Besucher andererseits.

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. Vor Betreten der IS sollen sich die Besucher mit einer Klingel, Telefon oder ähnlichem Verbindungsmittel anmelden können.

5.3 Flächen und Distanzen

Stationen, die ab 1.1.1996 umgebaut oder neu in Betrieb genommen wurden, müssen die Vorgaben erfüllen. Bei schon anerkannten, früher gebauten Stationen können geringfügige Abweichungen toleriert werden. Die KAI gibt Empfehlungen an den Vorstand der SGI ab.

5.3.1 Fläche pro Bett

Die Nettofläche pro Bett beträgt mindestens 16 m². 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.

5.3.2 Bruttofläche und Gesamtfläche der IS

Die Bruttofläche pro Bett beträgt mindestens 40 m². Die Gesamtfläche der IS ist definiert als die Bruttofläche von 40 m² mal die Anzahl betriebener Betten (inklusive Gänge und Nebenräume). Diese Vorgabe muss von allen Stationen erfüllt werden.

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

5.3.3 Einzelzimmer

Für ein IS-Einzelzimmer beträgt die Minimalfläche 20 m², eine eventuelle Schleuse nicht mitgerechnet.

5.4 Gebäudedesigns und Brandschutz

Folgende Normen und Vorschriften sind einzuhalten:

- Niederspannungs-Installations-Normen (NIN) der Organisation Electrosuisse
- Leitsätze der Schweizerischen Lichttechnischen Gesellschaft
- Richtlinie 99-3 des Schweizerischen Vereins von Wärme- und Klima-Ingenieuren (SWKI)
- Kantonale Bauvorschriften
- Brandschutzvorschriften der Vereinigung kantonaler Feuerversicherungen (VKF)

Der Leiter der IS legt ein unterzeichnetes Dokument der zuständigen Spitalstellen vor, worin das Einhalten der obigen Normen und Richtlinien in der Version zum Zeitpunkt des Baus bzw. des Umbaus bestätigt wird.

5.5 Räumlichkeiten und Einrichtungen

5.5.1 Patientenzimmer

Die Patientenzimmer sind in Raumklasse 4 gemäss der Norm NIN eingeteilt.

In Abhängigkeit der Organisation der IS, der Häufigkeit von bestimmten Krankheitsbildern, der Pflegebedürfnisse und der hygienischen Gesichtspunkte kann ein Patientenzimmer über 1 - 4 Betten verfügen.

Der Bodenbelag soll leicht zu desinfizieren, schalldämmend, durch Rollmaterial leicht befahrbar sowie rutschfest sein.

Die Böden, Decken, Mauern und Türen sollen schalldämmend und abwaschbar sein.

Zur Verbesserung der Überwachung muss der obere Teil der Türen und der Trennwände verglast sein. Eine integrierte Store verhindert unerwünschte optische Störungen.

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.

In jedem Zimmer ist eine Wanduhr installiert.

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. Der Betrieb von Warmluft-Händetrocknern ist nicht erlaubt.

5.5.2 Zentrale Überwachung

Eine zentrale Überwachung mit Sichtkontakt zu allen Patienten der IS 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 dorthin 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.

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

5.5.3 Einrichtungen an zentraler Stelle

- Apotheke (Medikamentenschrank)
- Kühlschrank für Medikamente
- Vorrat an Infusionen
- Lavabo gemäss Ziffer 5.5.1
- Einrichtung zur Vorbereitung von Medikamenten, Perfusoren und Infusionen
- Eine Betrachtungsmöglichkeit von radiologischen Untersuchungen
- Ein fixes oder mobiles Aufbewahrungssystem für Dokumente von bildgebenden Untersuchungsverfahren der aktuell hospitalisierten Patienten oder eine computergestützte Archivierung

5.5.4 Weitere Räumlichkeiten und Einrichtungen

- Material- und Geräteraum/räume
- Arztbüro
- Pflegebüro
- Toilette
- Aufenthaltsraum für Personal: Er soll Platz für etwa zehn Personen bieten
- Besprechungsraum
- Ausguss/Ausgüsse: Der Ausguss muss ein abgetrennter Raum sein und darf nicht als Durchgangsweg dienen
- Wartezimmer oder Wartezone: Das Wartezimmer sollte so bemessen sein, dass es eine gleiche Anzahl Besucher aufnehmen kann, wie die Bettenzahl der IS beträgt. Es ist freundlich und zweckmässig eingerichtet und befindet sich in der Nähe eines WCs. Das Wartezimmer befindet sich ausserhalb der Patientenzone der IS.
- Abschliessbare Behältnisse für jeden im Einsatz stehenden Mitarbeiter
- Computerzone mit Internetverbindung

6 Einrichtung des Patientenplatzes

6.1 Patientenbett

Das Patientenbett besitzt Räder, eine Bremse sowie einen Hebe-, Senk- und Kippmechanismus. Das Kopfende soll separat gesteuert werden können. Das Bett soll eine externe Herzmassage erlauben.

Die Ausrüstung der Betten ist so veränderbar, dass alle Lagerungen (Rücken-, Seiten- und Bauchlagerung) durchgeführt werden können.

Die Unterlagen und Matratzen müssen so gewählt werden können, dass eine Dekubitusprophylaxe möglich ist.

6.2 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 und dekorative Elemente zu sehen. Die Seiten und das Fussende des Bettes sind immer

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

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.

6.3 Minimalinstallationen am Bettplatz

- 12 Steckdosen*
- 2 Sauerstoffanschlüsse*
- 1 Druckluftanschluss*
- 2 Vakuumananschlüsse*
- Das Patientenbett ist adäquat und dimmbar beleuchtbar
- Lichtruf mit Alarm
- Telefonanschluss
- Radio- und Fernsehanschluss mit Kopfhörer
- Monitoring: siehe Ziffer 8.3

6.4 Einrichtungen am Bettplatz

Eine Ablagefläche und Schreibfläche für die Verordnungs- und Überwachungsblätter des Patienten sowie Befundblätter, EKG und Laborresultate. Diese Einrichtung kann auch durch ein Datenverarbeitungssystem ersetzt werden, unter der Bedingung, dass letzteres vom Patientenzimmer aus bedient werden kann.

Ein Nachttischchen für die persönlichen Gegenstände des Patienten.

Zwei Wandschienen oder Äquivalente auf einer Höhe von zirka 40 und 120 cm zur Fixierung von Pflegeutensilien, Therapie- und Überwachungsgeräten.

Deckenschienen und/oder Konsolen zur Aufhängung von Infusionen, Perfusoren, Infusomaten und anderen Apparaturen.

Die Anordnung der Einrichtungen muss mit den vorhandenen Mitteln so möglich sein, dass sie selbst frei zugänglich bleiben und auch der Zugang zum Patienten nicht behindert wird.

7 Personal

7.1 Ärztlicher Dienst

7.1.1 Ärztlicher Leiter/Stellvertretung

Der ärztliche Leiter ist der medizinisch und administrativ Verantwortliche für die IS.

Die administrative Verantwortung umfasst die allgemeine Organisation der IS sowie die Verbindungen mit den medizinischen und administrativen Gremien des Spitals, der SGI, der FMH und weiteren Gremien.

Die intensivmedizinische Behandlung aller Patienten der IS erfolgt unter der Leitung und Verantwortung des ärztlichen Stationsleiters. Er kann gewisse ärztliche Aufgaben sowohl an

* Verteilt auf beide Seiten des Bettes auf mindestens 120 cm Höhe, leicht zugänglich

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

seine ärztlichen Mitarbeiter wie auch an Ärzte anderer Disziplinen delegieren, soweit diese Aufgaben in die spezifische Fachkompetenz der Letztgenannten fallen.

Der ärztliche Leiter ist für die Organisation und Durchführung der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzteschaft und Pflegepersonal Intensivmedizin mitverantwortlich und daran mitbeteiligt.

Er ist Träger des eidgenössischen Facharzttitels Intensivmedizin und Mitglied der SGI. Ausnahmsweise kann der Vorstand der SGI eine IS anerkennen, deren Leiter nicht Träger des eidgenössischen Facharzttitels Intensivmedizin ist, der jedoch über ein Äquivalent der eidgenössischen Facharztweiterbildung Intensivmedizin verfügt. Die entsprechende Bestätigung der Gleichwertigkeit der Weiterbildung in Intensivmedizin kann nur vom Vorstand der SGI erteilt werden.

Die Leitung der IS muss für längere Perioden, mindestens drei Jahre, in gleichen Händen bleiben.

Der ärztliche Leiter muss einen Stellvertreter mit einem eidgenössischen Facharzttitel (oder einer Äquivalenzbescheinigung) haben. Er muss mindestens die Qualifikation in Intensivmedizin gemäss 7.1.2 erfüllen.

Die Mindestarbeitszeit, während welcher der ärztliche Leiter und sein Stellvertreter der IS zur Verfügung stehen (administrative Aufgaben und Weiterbildung inbegriffen) beträgt für Stationen von 12 Betten oder mehr 160%, für Stationen von 8-11 Betten 120% und für kleinere Stationen 80%.

7.1.2 Dienstorganisation

Der ärztliche Leiter der IS ist dafür verantwortlich, dass dauernd ein Arzt im Spital anwesend ist, der jederzeit für die Patienten der IS zuständig und verfügbar ist. Es muss sichergestellt sein, dass medizinische Notfallmassnahmen (wie Reanimation, Intubation, Einlage arterieller und zentralvenöser Katheter, Thoraxdrainage [nicht abschliessende Aufzählung]) jederzeit sofort durchgeführt werden können. Ein für die IS zuständiger Kaderarzt mit einem eidgenössischen Facharzt Intensivmedizin oder Anästhesiologie/Innere Medizin/Chirurgie/Pädiatrie mit mindestens sechsmonatiger Weiterbildung in Intensivmedizin muss im Spital anwesend oder im Dienstbetrieb bei Bedarf innert 30 Minuten auf der IS zugegen sein, falls der Stationsarzt der IS diese Qualifikation nicht erfüllt.

7.1.3 Assistenz-, Ober- und Kaderärzte

Alle Ärzte der IS sind dem ärztlichen Leiter der IS und den zuständigen Kaderärzten der IS in jedem Fall fachlich und führungsmässig direkt unterstellt.

Ärzte in Weiterbildung haben Anrecht auf das Ausstellen der zutreffenden Zeugnisformulare gemäss Weiterbildungsordnung der FMH und entsprechender Weiterbildungsprogramme der Fachgesellschaften.

Alle Ärzte in Weiterbildung, insbesondere Assistenzärzte, 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.

Assistenzärzte sind der IS für eine Zeitdauer von mindestens 3 Monaten zugeteilt.

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

7.1.4 Hintergrunddienst

Ein für die IS zuständiger Arzt mit einem eidgenössischen Facharzttitel Intensivmedizin oder einer entsprechenden Äquivalenzbestätigung durch den Vorstand der SGI muss dauernd erreichbar und im Dienstbetrieb bei Bedarf innert 2 Stunden auf der IS anwesend sein.

7.1.5 Konsiliardienste

Je ein Vertreter jeder Grunddisziplin (Anästhesie, Innere Medizin bzw. Pädiatrie, Chirurgie bzw. Kinderchirurgie, Gynäkologie, Radiologie) muss jederzeit für Konsilien verfügbar sein.

7.1.6 Ärztliche Verordnungen

Ärztliche Verordnungen werden schriftlich gegeben. Nur die Mitglieder der ärztlichen Equipe der IS sind für die ärztlichen Verordnungen zuständig. Im Sinne einer offenen Zusammenarbeit können die Vorschläge der Konsiliarii sowie der verantwortlichen Ärzte der Kliniken, von denen die IS-Patienten zugewiesen wurden, berücksichtigt werden.

7.2 Pflegepersonal

7.2.1 Minimaler Bestand an besetzten 100%-Pflegestellen

Anzahl IS-Betten	Anzahl Vollzeitstellen Pflegepersonal
6	15
8	20
12	30
16	40

Die Anzahl der besetzten Pflegestellen muss dem ausgewiesenen Bedarf entsprechen, der sich durch die Einteilung in Kategorien gemäss MDSi ergibt.

Die nicht patientengebundene Arbeit, die durch die Pflegekader oder andere Angehörige des Pflgeteams der IS erbracht wird, ist in den obigen Zahlen nicht enthalten. Der Anteil der nicht patientengebundenen Arbeit bei allen Kadern muss ausgewiesen werden. Die "Leitung Pflege" einer IS ist definiert als Stelle, die nicht patientengebundene Arbeit erbringt.

Alle im Instruktiondienst tätigen Pflegepersonen zählen nur für ihre Tätigkeit in der direkten Pflege am Bett zu den oben genannten Zahlen. Das geplante Verhältnis muss ausgewiesen werden.

Alle Tätigkeiten und deren Anteile in Prozent, die vom Pflegepersonal der IS in anderen Bereichen (z.B. Arbeiten auf der Notfallstation, in der Reanimationsorganisation, Überwachung von Aufwachpatienten und Telemetriepatienten) müssen separat ausgewiesen und von den Vollzeitstellen abgezählt werden.

7.2.2 Qualifikation

Mindestens ein Drittel der verlangten, minimalen Vollzeitstellenprozente des Pflegepersonals muss über den Fähigkeitsausweis Intensivpflege SBK oder eine gleichwertige Ausbildung verfügen. Die paritätische Kommission für die Weiterbildung zur diplomierten Pflegefachfrau/mann Intensivpflege SBK/SGI entscheidet über die Gleichwertigkeit.

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

Mindestens eine am Bett tätige Pflegeperson pro Schicht besitzt den Fähigkeitsausweis Intensivpflege SBK oder eine gleichwertige Ausbildung gemäss Definition im vorangehenden Abschnitt. Bei Stationen mit 6 Betten und 15 Vollzeitstellen sind mindestens 40% (= 6 Vollzeitstellen) mit Fähigkeitsausweis Intensivpflege SBK nötig, um diese Vorgabe erfüllen zu können.

7.2.3 Leitung

Die Pflegeleitung der IS ist im Besitz des Fähigkeitsausweises Intensivpflege SBK.

7.3 Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie

Jede IS muss entsprechend ihrer Grösse und des Patientengutes über genügend Physiotherapeuten verfügen können, so dass Therapien bei allen Patienten täglich durchgeführt werden können.

Das Physiotherapiepersonal sollte, wenn möglich, in das Team der IS integriert sein. Mit zehn Patienten ist ein/e Physiotherapeut/in voll ausgelastet.

Je nach Patientengut muss eine IS Zugriff auf ergotherapeutische und logopädische Fachkompetenz nachweisen können.

7.4 Hilfspersonal

Es muss eine angemessene Anzahl an Hilfspersonal zur Verfügung stehen. Die unter 7.2.1 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) geplant sind, separat ausgewiesen werden und zählen nicht zu den Mindestzahlen gemäss 7.2.1.

7.5 Technisches Personal

Die Notwendigkeit, Techniker, Laborantinnen, Informatiker etc. innerhalb des Personals einer IS 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 7.2.1 herangezogen werden. Die Leitung der IS ist dafür verantwortlich, dass die Wartung für sämtliche technische Geräte gewährleistet und dokumentiert ist.

7.6 Sekretariat

Für Stationen von 6 bis 8 Betten ist die Anstellung einer Sekretärin 50% nötig. IS mit mehr Betten benötigen eine Sekretärin 100% und mehr.

Falls Pflegepersonal Sekretariatsaufgaben übernimmt, müssen diese Stellenprozente zusätzlich zu den Minimalpflegedotationen gemäss Punkt 7.2.1 vorhanden sein.

8 Diagnostik und Monitoring

8.1 Laboruntersuchungen

Ein Notfalllabor muss rund um die Uhr verfügbar sein.

Folgende Leistungen müssen erbracht werden:

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

- Alle Routinebestimmungen aus Chemie, Hämatologie, Blutgerinnung und Transfusionsmedizin
- Blutgasanalysen, Hämoglobindifferenzierung wie Carboxyhämoglobin und Hämoglobin-Sauerstoffsättigung
- Mikrobiologische Untersuchungen inklusive Antibiotikaresistenz-Prüfungen

Falls die IS ein eigenes Laborgerät betreibt, müssen die Vorgaben der Schweizerischen Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor eingehalten werden, die auf dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) Artikel 58 und Artikel 77 der zugehörigen Verordnungen (KVV) basieren.

8.2 Radiologie

Konventionelle Röntgenaufnahmen von Thorax und Abdomen müssen auf der IS durchgeführt werden können.

Ein Computertomograph muss innerhalb des Spitals kontinuierlich zur Verfügung stehen. Die Befundung der Computertomogramme muss sichergestellt sein.

Der Betrieb aller radiologischen Installationen muss gemäss den eidgenössischen Richtlinien für Strahlenschutz erfolgen.

8.2.1 Weitere diagnostische Untersuchungen

Folgende Untersuchungen und Messungen müssen jederzeit auf der IS durchgeführt werden können:

- Ultraschalluntersuchungen
- Echokardiografie
- Flexible Bronchoskopie
- Endoskopie des oberen und unteren Intestinaltraktes
- Elektrokardiogramm mit 12-Standardableitungen
- Körpergewicht

8.3 Notwendige Überwachungsgeräte (Monitoring)

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

- Kardiovaskuläre Überwachung: Dauerüberwachung von EKG und invasiven arteriellen und venösen Drucken, sowie intermittierende oder kontinuierliche Messung des Herzminutenvolumens.
- Respiratorische Überwachung: Pulsoxymetrie, endtidales CO₂, Atemfrequenz
- Körpertemperatur inkl. hypothermer Bereiche
- Intrakranieller Druck und EEG (für neurologische und neurochirurgische IS)

9 Notwendige Einrichtungen für Therapien

- Stationsapotheke
- Thoraxdrainage
- Beatmungsgeräte: Atembeutel, Sauerstoffmasken und -katheter, Intubationsbesteck, Respiratoren, Transportrespirator, Material für schwierige Intubationen
- Provisorische, transvenöse Schrittmacher
- Defibrillator, externer Schrittmacher
- Infusionspumpen, Perfusoren
- Kühlmöglichkeiten
- Dialyse oder Hämofiltration
- Bronchoskopie
- Blutbank
- Intraaortale Ballonpumpe und/oder andere Methoden der mechanischen Herzunterstützung (kardiologische und kardiochirurgische IS)
- Pädiatrische IS mit Kardiochirurgie müssen über ein Verfahren der extrakorporellen Membranoxygenation verfügen
- Die Behandlung von Organversagen muss jederzeit durch eine genügende Anzahl von Apparaten und Behandlungsutensilien sichergestellt sein.

10 Transporte

10.1 Verlegung

Patienten, die auf der IS 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 und Forschung

11.1 Fortbildung Pflege

Das Pflegepersonal muss regelmässig in relevanten pflegerischen, intensivmedizinischen und technischen Themen aus- und fortgebildet werden. Die leitende Intensivpflegefachperson der IS führt eine Liste über die durchgeführten internen Aus- und Fortbildungsveranstaltungen und dokumentiert die Teilnahme des Pflegepersonals an internen und externen Fortbildungen.

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

11.2 Fortbildung Ärzte

Die Fortbildung der Ärzte mit FMH Intensivmedizin ist im Fortbildungsprogramm der SGI geregelt. Anerkannte Intensivstationen müssen ihrer Ärzteschaft diese Fortbildungsaktivitäten ermöglichen.

11.3 Weiterbildungen Intensivmedizin und Intensivpflege

Die Anforderungen an die IS als Weiterbildungsstätten Intensivmedizin und Intensivpflege sind in den entsprechenden Reglementen geregelt.

11.4 Andere ärztliche Weiterbildungsprogramme

Assistenzärzte/innen, die nicht in der Weiterbildung zum Facharzt Intensivmedizin stehen (Rotationsassistenten), oder Assistenten/innen, die auf der IS arbeiten, die nicht für die Weiterbildung zum Facharzt Intensivmedizin anerkannt sind, benötigen zusätzlich zum für sie gültigen Weiterbildungsprogramm eine adäquate Einführung und ein angemessene Weiterbildung in Intensivmedizin.

11.5 Forschung

IS beteiligen sich angemessen an Forschungsvorhaben. Insbesondere nehmen sie auch im Rahmen ihrer Möglichkeiten an Forschungsprojekten teil, die durch die SGI unterstützt werden.

12 Weitere Vorgaben

12.1 Gesetzliche Grundlagen

Die IS befolgt die kantonalen und eidgenössischen Gesetze und Verordnungen, insbesondere das Krankenversicherungsgesetz (KVG), das Transplantationsgesetz und das Heilmittelgesetz. Konkret sollen die IS auf spezielles Verlangen darüber Auskunft geben können, wie den gesetzlichen Anforderungen Rechnung getragen wird. Beispiele sind Qualitätsicherung (Art. 58 KVG) oder Umsetzung des Transplantationsgesetzes (Art. 45 bis 47) auf der IS.

12.2 Richtlinien und Evidence based medicine

Die IS integriert die Prinzipien einer evidenzbasierten Medizin in ihre Behandlungskonzepte und beachtet anerkannte Richtlinien (z.B. der SGI oder SAMW).

13 Übergangsbestimmungen

IS im Neuanerkennungsverfahren bei Inkrafttreten dieser Richtlinien werden nach dem KAI-Reglement vom 13. Mai 2004 evaluiert. Die vorliegenden Richtlinien vom 1. November 2007 müssen von diesen Stationen spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten erfüllt werden. Die KAI regelt das Verfahren und die Kontrolle im Einzelfall.

Anerkannte IS müssen der KAI innerhalb von längstens sechs Monaten nach Inkrafttreten der neuen Richtlinien mitteilen, welche Richtlinienpunkte sie nicht erfüllen. In diesem Fall gilt zur Erfüllung der Richtlinien eine Übergangsfrist von zwei Jahren. Die KAI regelt das Verfahren am Ende der Übergangsfrist. Wenn innerhalb der erwähnten sechs Monate keine Meldung an die KAI erfolgte, muss die IS die neuen Richtlinien nach Ablauf dieser sechs Monate vollständig erfüllen.

14 Checkliste Anerkennungsbedingungen

3	Anerkennungsverfahren	
3.1	Schriftlicher Antrag	<input type="checkbox"/>
3.1	Fragebogen	<input type="checkbox"/>
3.2	Unterlagen zur Neu-/Wiederanerkennung	<input type="checkbox"/>

4.1	Allgemeine Organisation	
4.1	Organisationsreglement	<input type="checkbox"/>
4.1	Übergaberapport bei Ein- und Austritt	<input type="checkbox"/>
4.1	Krankengeschichte	<input type="checkbox"/>
4.1	Dokumentenübergabe bei Verlegung	<input type="checkbox"/>
4.1	Dienst- und Abteilungspläne	<input type="checkbox"/>
4.1	Technische Kontrollen der Geräte	<input type="checkbox"/>

4.2	Datenerfassung	
4.2	Datenerfassung gemäss MDSi der SGI	<input type="checkbox"/>

4.3	Bettenzahl	
4.3	Bettenzahl \geq 6 Betten	<input type="checkbox"/>

4.4	Patienten	
4.4.1	Klassifikation gemäss Kategorien 1A, 1B, 2, 3	<input type="checkbox"/>
4.4.1 - 4.4.2	Pflegetage gemäss Ziffer 4.4.1 und 4.4.2	<input type="checkbox"/>
4.4.3	Relativer Anteil an Pflegeschichten gemäss Ziffer 4.4.3	<input type="checkbox"/>

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

5.1	Lokalisation	
5.1.1	Umschriebenes Areal	<input type="checkbox"/>
5.1.1	Nähe des Liftes	<input type="checkbox"/>
5.1.2	Unabhängiger Aufwachraum	<input type="checkbox"/>
5.1.3	Kein Durchgangsverkehr auf der IS	<input type="checkbox"/>
5.1.3	Keine Störungen von aussen	<input type="checkbox"/>

5.2	Zugang	
5.2	Getrennte Zugänge für Betten und Personen	<input type="checkbox"/>
5.2	Besuchsordnung	<input type="checkbox"/>

5.3	Flächen	
5.3.1	Nettofläche pro Bett $\geq 16 \text{ m}^2$	<input type="checkbox"/>
5.3.1	Distanz zwischen den Betten $\geq 2 \text{ m}$	<input type="checkbox"/>
5.3.1	Wandlänge pro Bett $\geq 3 \text{ m}$	<input type="checkbox"/>
5.3.2	Bruttooberfläche pro Bett $\geq 40 \text{ m}^2$	<input type="checkbox"/>
5.3.3	Fläche für 1-Bett-Zimmer $\geq 20 \text{ m}^2$	<input type="checkbox"/>

5.4	Gebäudeinstallationen und Brandschutz	
5.4	Reglements-konforme elektrische Installationen	<input type="checkbox"/>
5.4	Kantonale Bauvorschriften	<input type="checkbox"/>
5.4	Brandschutzvorschriften	<input type="checkbox"/>

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

5.5	Räumlichkeiten und Einrichtungen	
5.5.1	Einteilung Patientenzimmer in Raumklasse 4	<input type="checkbox"/>
5.5.1	1 - 4 Betten pro Patientenzimmer	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Boden gemäss Ziffer 5.5.1	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Akustische Isolation	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Leicht zu reinigende Räume	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Fenster, Storen, Vorhänge	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Uhren	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Lavabo gemäss Ziffer 5.5.1	<input type="checkbox"/>
5.5.2	Zentrale Überwachung, Übersicht über alle Patienten	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Apotheke (Medikamentenschrank)	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Kühlschrank für Medikamente	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Vorrat an Infusionen	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Einrichtung zur Vorbereitung von Infusionen	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Betrachtungsmöglichkeit von radiologischen Untersuchungen	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Aufbewahrungssystem von Dokumenten gemäss Ziffer 5.5.3	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Materialraum	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Arztbüro	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Pflegebüro	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Toilette	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Aufenthaltsraum	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Besprechungsraum	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Ausguss	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Wartezimmer	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Behältnisse für im Einsatz stehende Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

6	Einrichtung des Patientenplatzes	
6.1	Patientenbett gemäss Ziffer 6.1	<input type="checkbox"/>
6.2	Anordnung des Bettes im Raum gemäss Ziffer 5.3.1 und 6.2	<input type="checkbox"/>
6.3	Steckdosen am Bettplatz gemäss Ziffer 6.3	<input type="checkbox"/>
6.3	Sauerstoffanschlüsse am Bettplatz gemäss Ziffer 6.3	<input type="checkbox"/>
6.3	Druckluftanschluss am Bettplatz gemäss Ziffer 6.3	<input type="checkbox"/>
6.3	Vakuumananschlüsse am Bettplatz gemäss Ziffer 6.3	<input type="checkbox"/>
6.3	Beleuchtung am Bettplatz gemäss Ziffer 6.3	<input type="checkbox"/>
6.3	Lichtruf mit Alarm am Bettplatz	<input type="checkbox"/>
6.3	Telefonanschluss am Bettplatz	<input type="checkbox"/>
6.3	Radio- und TV-Anschluss am Bettplatz	<input type="checkbox"/>
6.4	Ablagefläche und Schreibfläche gemäss Ziffer 6.4	<input type="checkbox"/>
6.4	Nachttischchen	<input type="checkbox"/>
6.4	Wand- und Deckenschiene gemäss Ziffer 6.4	<input type="checkbox"/>
6.4	Anordnung der Einrichtungen gemäss Ziffer 6.4	<input type="checkbox"/>

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

7.1	Ärztliches Personal	
7.1.1	Leiter ist ärztlicher und administrativer Verantwortlicher der IS	<input type="checkbox"/>
7.1.1	Leiter ist Mitglied der SGI	<input type="checkbox"/>
7.1.1	Leiter ist Träger des eidgenössischen Facharzttitels Intensivmedizin	<input type="checkbox"/>
7.1.1	Leitung IS muss mind. 3 Jahre unter dem gleichen Leiter geführt werden	<input type="checkbox"/>
7.1.1	Stellvertreter hat einen eidgenössischen Facharzttitel, ausländischen Facharzttitel oder Äquivalenz	<input type="checkbox"/>
7.1.1	Arbeitszeit gemäss Ziffer 7.1.1	<input type="checkbox"/>
7.1.2	Dienstorganisation gemäss Ziffer 7.1.2	<input type="checkbox"/>
7.1.3	Assistenz-Ärzte sind dem Leiter der IS unterstellt	<input type="checkbox"/>
7.1.3	Rotationsdauer der Assistenz-Ärzte ≥ 3 Monate	<input type="checkbox"/>
7.1.4	Facharzt Intensivmedizin bei Bedarf innert 2 Stunden anwesend	<input type="checkbox"/>
7.1.5	Konsiliarärzte	<input type="checkbox"/>
7.1.6	Ärztliche Verordnungen	<input type="checkbox"/>

7.2	Pflegepersonal	
7.2.1	Bestand an Pflegepersonal gemäss Ziffer 7.2.1	<input type="checkbox"/>
7.2.2	Mindestens ein Drittel des Pflegepersonal mit Fähigkeitsausweis Intensivpflege SBK oder gleichwertiger Ausbildung	<input type="checkbox"/>
7.2.3	Leitender Pflegefachmann mit schweizerischem Fähigkeitsausweis Intensivpflege SBK	<input type="checkbox"/>
7.3	Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie	<input type="checkbox"/>
7.4	Hilfspersonal	<input type="checkbox"/>
7.5	Technisches Personal	<input type="checkbox"/>
7.6	Sekretariat	<input type="checkbox"/>

Richtlinie für die Anerkennung von Intensivstationen

8	Diagnostische und Überwachungsmethoden	
8.1	Laboruntersuchungen gemäss Ziffer 8.1	<input type="checkbox"/>
8.2	Radiologie und andere Diagnostik	<input type="checkbox"/>
8.3	Monitoring	<input type="checkbox"/>

9	Notwendige Einrichtungen für Therapien	
9	Einrichtungen für Therapien gemäss Ziffer 9	<input type="checkbox"/>

10	Transporte	
10.1	Verlegung	<input type="checkbox"/>
10.2	Transportbegleitung	<input type="checkbox"/>

11	Lehre und Forschung	
11.1	Fortbildung des Pflegepersonals	<input type="checkbox"/>
11.2	Fortbildung Ärzte	<input type="checkbox"/>
11.3	Weiterbildungen Intensivmedizin und -pflege	<input type="checkbox"/>
11.4	Andere ärztliche Weiterbildungsprogramme	<input type="checkbox"/>
11.5	Forschung	<input type="checkbox"/>