ASDI MEETING 2012

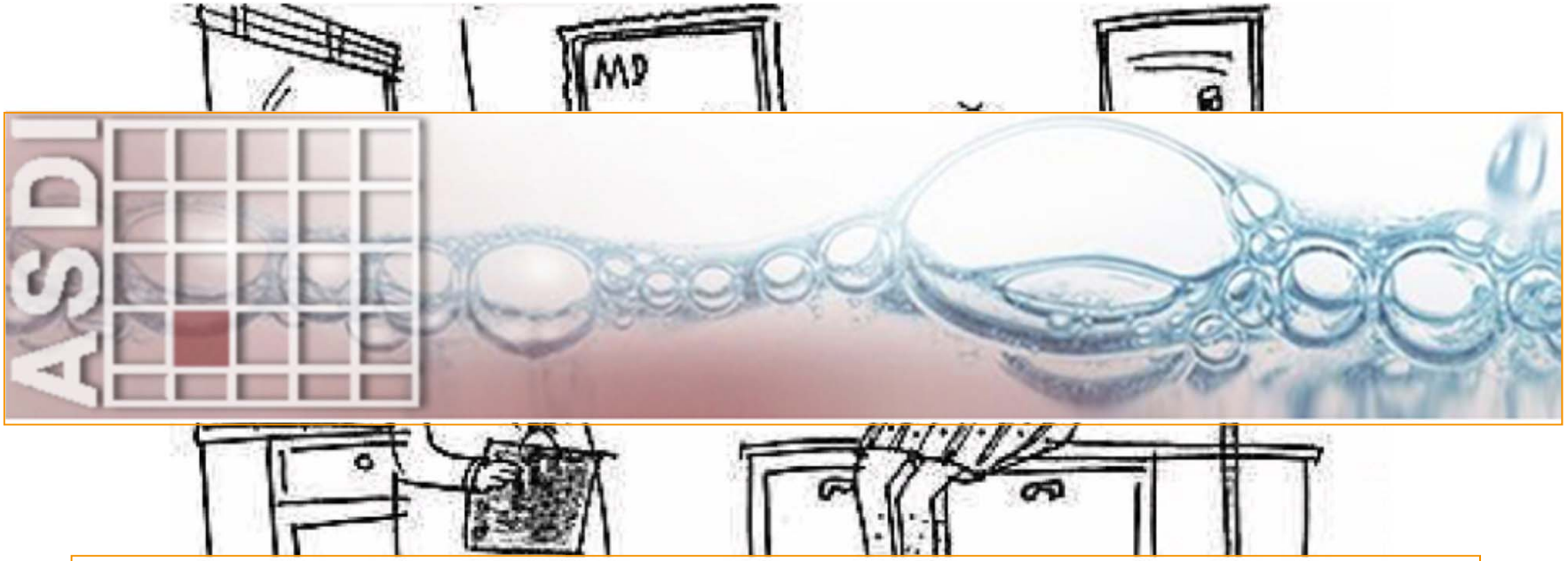
15 Jahre ICdoc

– INTENSIVMEDIZIN IM WANDEL DER ZEIT

WAS BEDEUTED DER NEUE ÖSG FÜR DIE INTENSIVMEDIZIN?

CLAUS-GEORG KRENN

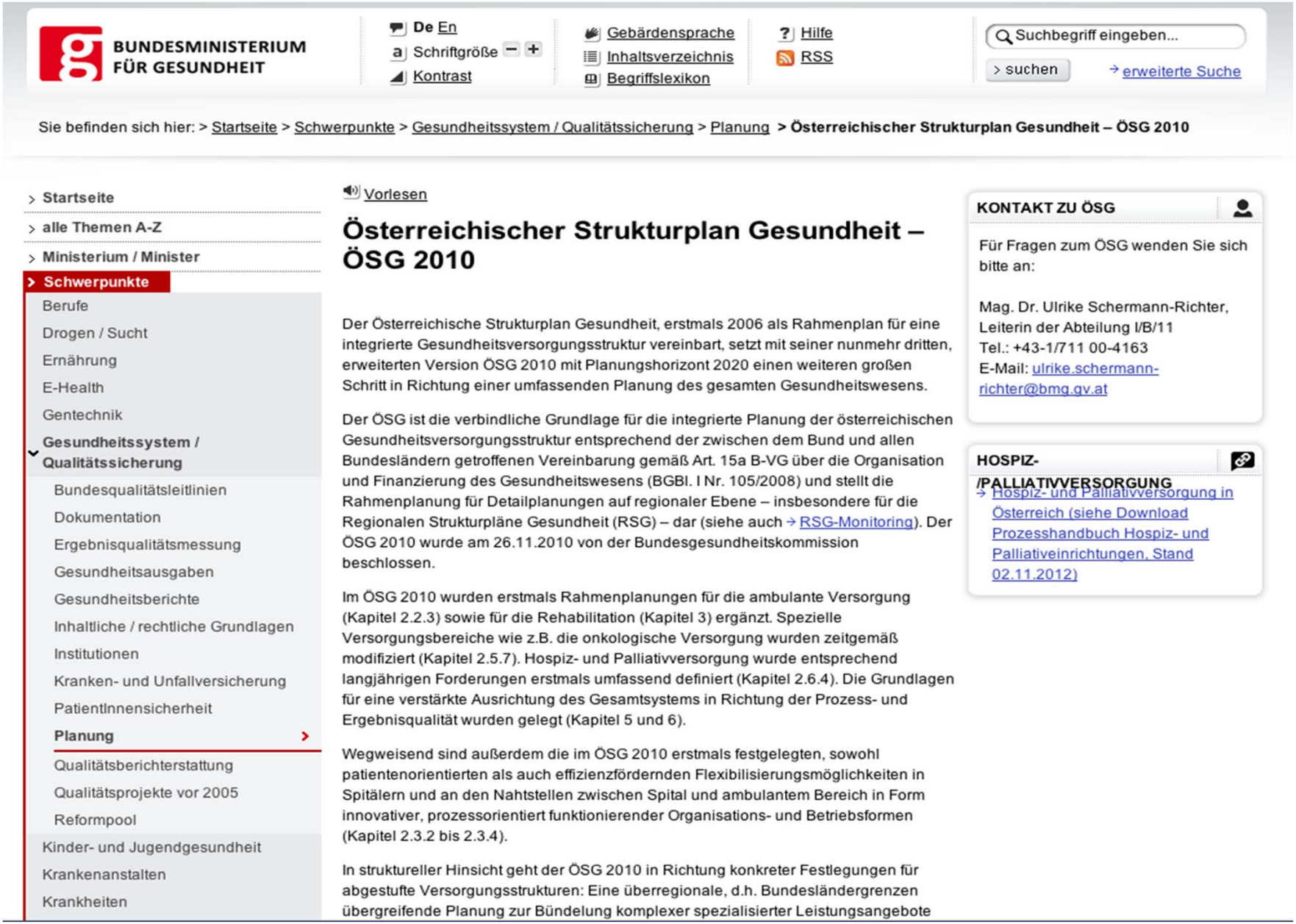
CONFLICT OF INTEREST



Copyright ©

Verein ASDI
Sämtliche Texte, Grafiken und Bilder sind urheberrechtlich geschützt, eine Verwendung ist nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung des Medieninhabers erlaubt!

- **ÖSG – Österreichischer Strukturplan Gesundheit**



BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

De En | Schriftgröße | Kontrast | Gebärdensprache | Inhaltsverzeichnis | Begriffslexikon | Hilfe | RSS | Suchbegriff eingeben... | suchen | erweiterte Suche

Sie befinden sich hier: > Startseite > Schwerpunkte > Gesundheitssystem / Qualitätssicherung > Planung > Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2010

- Startseite
- alle Themen A-Z
- Ministerium / Minister
- Schwerpunkte
  - Berufe
  - Drogen / Sucht
  - Ernährung
  - E-Health
  - Gentechnik
  - Gesundheitssystem / Qualitätssicherung
    - Bundesqualitätsleitlinien
    - Dokumentation
    - Ergebnisqualitätsmessung
    - Gesundheitsausgaben
    - Gesundheitsberichte
    - Inhaltliche / rechtliche Grundlagen
    - Institutionen
    - Kranken- und Unfallversicherung
    - PatientInnensicherheit
    - Planung
    - Qualitätsberichterstattung
    - Qualitätsprojekte vor 2005
    - Reformpool
  - Kinder- und Jugendgesundheit
  - Krankenanstalten
  - Krankheiten

Vorlesen

Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2010

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit, erstmals 2006 als Rahmenplan für eine integrierte Gesundheitsversorgungsstruktur vereinbart, setzt mit seiner nunmehr dritten, erweiterten Version ÖSG 2010 mit Planungshorizont 2020 einen weiteren großen Schritt in Richtung einer umfassenden Planung des gesamten Gesundheitswesens.

Der ÖSG ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur entsprechend der zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 105/2008) und stellt die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene – insbesondere für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) – dar (siehe auch → RSG-Monitoring). Der ÖSG 2010 wurde am 26.11.2010 von der Bundesgesundheitskommission beschlossen.

Im ÖSG 2010 wurden erstmals Rahmenplanungen für die ambulante Versorgung (Kapitel 2.2.3) sowie für die Rehabilitation (Kapitel 3) ergänzt. Spezielle Versorgungsbereiche wie z.B. die onkologische Versorgung wurden zeitgemäß modifiziert (Kapitel 2.5.7). Hospiz- und Palliativversorgung wurde entsprechend langjährigen Forderungen erstmals umfassend definiert (Kapitel 2.6.4). Die Grundlagen für eine verstärkte Ausrichtung des Gesamtsystems in Richtung der Prozess- und Ergebnisqualität wurden gelegt (Kapitel 5 und 6).

Wegweisend sind außerdem die im ÖSG 2010 erstmals festgelegten, sowohl patientenorientierten als auch effizienzfördernden Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern und an den Nahtstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich in Form innovativer, prozessorientiert funktionierender Organisations- und Betriebsformen (Kapitel 2.3.2 bis 2.3.4).

In struktureller Hinsicht geht der ÖSG 2010 in Richtung konkreter Festlegungen für abgestufte Versorgungsstrukturen: Eine überregionale, d.h. Bundesländergrenzen übergreifende Planung zur Bündelung komplexer spezialisierter Leistungsangebote

KONTAKT ZU ÖSG

Für Fragen zum ÖSG wenden Sie sich bitte an:

Mag. Dr. Ulrike Schermann-Richter,
Leiterin der Abteilung I/B/11
Tel.: +43-1/711 00-4163
E-Mail: ulrike.schermann-richter@bmg.gv.at

HOSPIZ-/PALLIATIVVERSORGUNG

→ Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich (siehe Download Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Stand 02.11.2012)

Intensivversorgung

Definitionen, Zielgruppen	• Gewährleistung einer flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung bzw. Überwachung • Transferierung von Patienten in längerfristiger Intensivbehandlung (insbesondere von solchen mit schweren organischen Dysfunktionen) in Krankenanstalten mit entsprechend ausgestatteten Intensivbereichen • Aufgaben der Intensivbereiche: ✓ Intensivtherapie, ✓ Intensivüberwachung, ✓ Intensivpflege (sowohl in der Intensivtherapie als auch in der Intensivüberwachung erforderlich) • Intensivtherapie und Intensivüberwachung können fließend ineinander übergehen (insbesondere in der konservativen, weniger in der operativen Intensivmedizin).
	Qualitätskriterien • Erwachsenen-Intensivbereiche: Differenzierung entsprechend dem dreistufigen Modell für Intensivbehandlungseinheiten im Rahmen des LKF-Modells sowie in Intensiv-Überwachungseinheiten • Pädiatrische/neonatologische Intensivbereiche: Differenzierung nach Überwachungs- bzw. Intensivbehandlungseinheit. Eine gemeinsame Führung von KI- und NEO-Intensivbereichen ist möglich. • Geltend als Grundvoraussetzung für die Anerkennung intensivmedizinischer Strukturen

Leistungsangebote	Intensivbehandlungseinheit (ICU) für Erwachsene • Wiederherstellung der Vitalfunktionen, die in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere intensivtherapeutische Maßnahmen aufrecht erhalten werden müssen Intermediäre Überwachungseinheit (IMCU) für Erwachsene • Überwachung und Behandlung von Frischoperierten sowie für prä- und nichtoperative Schwerkranken, deren Vitalfunktionen gefährdet sind • Keine Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen beispielsweise mittels mechanischer Atemhilfe, Hämofiltration etc. • Sicherstellung der Möglichkeit zur kurzfristigen (auf einige Tage beschränkte) Intensivbehandlung (insbesondere künstliche Beatmung) • Die Einschränkungen bezüglich künstlicher Beatmung gelten nicht für intermediäre Überwachungsstationen (Respiratory Care Unit, RCU) der Fachrichtung Pulmologie, da die mechanische Atemhilfe ein typisches Leistungsmerkmal für pulmologische intermediäre Überwachungsstationen darstellt. Intensivbereiche für Neugeborene (Neonatologie, NEO) • Behandlung von Frühgeborenen (vor der 37. Schwangerschaftswoche, ≤ 2.500 Gramm Geburtsgewicht), in deren Mittelpunkt die Unterstützung von Atmung und Kreislauf, die Abwehr von Infektionen und die Ernährung steht • Betreuung von Neugeborenen (während der ersten 28 Lebenstage), wenn diese in ihren vitalen Funktionen eingeschränkt oder bedroht sind
Sonstiges	• Postoperative Aufwachbereiche nicht dem Intensivbereich zuzurechnen (keine eigenständigen bettenführenden Bereiche) • Bis zur nächsten Revision des ÖSG wird das Kapitel „Intensivversorgung" grundlegend überarbeitet.

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Anästhesiologie (AN)

Komponenten	Art der anästhesiologischen Intensivbehandlungseinheit			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit – Stufe I	Intensivbehandlungseinheit – Stufe II	Intensivbehandlungseinheit – Stufe III
Personalausstattung				
• Ärztliches Personal				
– Leitung	FA für AN und Intensivmedizin	FA für AN und Intensivmedizin	FA für AN und Intensivmedizin	FA für AN und Intensivmedizin
– Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)	FA für AN und Intensivmedizin muss in der KA verfügbar sein.	FA für AN und Intensivmedizin muss in der KA verfügbar sein.	Facharzt für AN und Intensivmedizin oder fachspezifischer Turnusarzt, der rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein Facharzt für AN und Intensivmedizin oder ein fachspezifischer Turnusarzt in Rufbereitschaft verfügbar sein[1].	Facharzt für AN und Intensivmedizin oder fachspezifischer Turnusarzt, der rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein Facharzt für AN und Intensivmedizin oder ein fachspezifischer Turnusarzt in der Krankenanstalt anwesend sein[1].
• Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal				
– Qualifikation	DGKP	DGKP mit Intensivausbildung [2]	DGKP mit Intensivausbildung[2]	DGKP mit Intensivausbildung[2]
Infrastrukturelle Anforderungen				
• Mindestbettenanzahl [4, 5] (systemisiert)	4	6	6	6
• Betriebszeit	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr
Apparative Ausstattung				
• EKG-Monitor mit Zentraleinheit	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• NIBP unblutig	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Invasive Druckmessung	in KA verfügbar	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (3 Kanäle)
• ZVD-Messung	in KA verfügbar	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• O_2-Insufflation	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Pulsoximetrie	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Temperaturmessung	in KA verfügbar	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)
• Absaugung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Mehrkanal-EKG	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Defibrillator (inkl. externer Schrittmacher)	in Überwachungseinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Notfall-Instrumentarium6	in Überwachungseinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O_2-Anreicherung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Beatmungsgerät	1 Gerät in KA verfügbar	n[7] minus 3 Geräte pro Intensiveinheit[8]	n[7] minus 1 Gerät pro Intensiveinheit[8]	pro Bett[8]
• Atemtherapiegerät, z. B. CPAP od. IPPB	1 Gerät in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Transportbeatmung und -überwachung	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Infusions- u. Infusionsspritzenpumpen	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 6 Geräte pro Bett	mind. 8 Geräte pro Bett
• Notfall-Labor	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar[9] pro Beatmungsplatz	in Intensiveinheit verfügbar[9] pro Beatmungsplatz	in Intensiveinheit verfügbar[9] pro Beatmungsplatz
• Kapnometrie	–			

- **EXPERTENGREMIUM**

  - Gesamtgröße der Gruppe,
  - Alle Fachrichtungen vertreten,
  - Regionale Ausgewogenheit,
  - Hierarchische Ausgewogenheit.

EXPERTENGREMIUM

- Gesamtgröße der Gruppe,
- Alle Fachrichtungen vertreten,
- Regionale Ausgewogenheit,
- Hierarchische Ausgewogenheit.

A. Reiter (Amstetten/ehem. BFGO AN&I)

C.G. Krenn (Med.Uni.Wien/dzt. BFGO AN&I)

W. Hasibeder (Ried.i.I./ AN&I)

B. Friesenecker (Med.Uni.Ibk./ AN&I)

A. Valentin (Rudolfstiftung / II, FASIM)

K. Lenz (Linz / II)

A. Gruber (Med.Uni.Wien/ NCH)

E. Schmutzhard (Neurol.IM)

EXPERTENGREMIUM

- Gesamtgröße der Gruppe,
- Alle Fachrichtungen vertreten,
- Regionale Ausgewogenheit,
- Hierarchische Ausgewogenheit.

A. Reiter (Amstetten/ehem. BFGO AN&I)

C.G. Krenn (Med.Uni.Wien/dzt. BFGO AN&I)

W. Hasibeder (Ried.i.I./ AN&I)

B. Friesenecker (Med.Uni.Ibk./ AN&I)

A. Valentin (Rudolfstiftung / II, FASIM)

K. Lenz (Linz / II)

A. Gruber (Med.Uni.Wien/ NCH)

E. Schmutzhard (Neurol.IM)

2 Sitzungen / div. Telefonate

1 End-/Nachbesprechung

- **ZIELE**

  - **Harmonisierung der unterschiedlichen ICU´s**
  - **Angleichung an internationale Standards**

    inkl. „Aufwertung“ der Kategorie II
  - **Schaffung von „Intermediate Care“ Betten**

    durch Umwidmung von „Normalstations“-Betten
  - **Durchforstung der technischen Ausstattung**

Andreas Valentin
Patrick Ferdinande
ESICM Working Group
on Quality Improvement

Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects

Intensive Care Med (2011) 37:1575–1587

SPECIAL ARTICLE

Conclusion: This document provides a detailed framework for the planning or renovation of ICUs based on a multinational consensus within the ESICM.

Special Article

Guidelines for intensive care unit design*

Crit Care Med 2012; 40:1586–1600

Dan R. Thompson, MD, MA, FACP, FCCM (Co-Chair); D. Kirk Hamilton, FAIA, FACHA (Co-Chair); Charles D. Cadenhead, FAIA, FACHA, FCCM; Sandra M. Swoboda, RN, MS, FCCM; Stephanie M. Schwindel, MArch, LEED; Diana C. Anderson, MD, MArch; Elizabeth V. Schmitz, AIA;

... regulatory guidelines for providing the best healing environment and an efficient and cost effective workplace.

- **ZIELE**

  - **Harmonisierung der unterschiedlichen ICU´s**
  - **Angleichung an internationale Standards**
  - **Durchforstung der technischen Ausstattung**

- **ZIELE**
  - **Harmonisierung der unterschiedlichen ICU´s**

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Anästhesiologie (AN)

Komponenten	Art der anästhesiologischen Intensivbehandlungseinheit			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit – Stufe I	Intensivbehandlungseinheit – Stufe II	Intensivbehandlungseinheit – Stufe III
Personalausstattung				
• Ärztliches Personal				
– Leitung	FA für AN und Intensivmedizin	FA für AN und Intensivmedizin	FA für AN und Intensivmedizin	FA für AN und Intensivmedizin
– Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)	FA für AN und Intensivmedizin muss in der KA verfügbar sein.	FA für AN und Intensivmedizin muss in der KA verfügbar sein.	Facharzt für AN und Intensivmedizin oder fachspezifischer Turnusarzt, der rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein Facharzt für AN und Intensivmedizin oder ein fachspezifischer Turnusarzt in Rufbereitschaft verfügbar sein[1].	Facharzt für AN und Intensivmedizin oder fachspezifischer Turnusarzt, der rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein Facharzt für AN und Intensivmedizin oder ein fachspezifischer Turnusarzt in der Krankenanstalt anwesend sein[1].
• Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal				
– Qualifikation	DGKP	DGKP mit Intensivausbildung [2]	DGKP mit Intensivausbildung[2]	DGKP mit Intensivausbildung[2]

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Interdisziplinär[1]

Komponenten	Art der interdisziplinären Intensivbehandlungseinheit			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit – Stufe I	Intensivbehandlungseinheit – Stufe II	Intensivbehandlungseinheit – Stufe III
Personalausstattung				
• Ärztliches Personal				
– Leitung	FA für AN und Intensivmedizin oder für IM[2]	FA für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin [2]	FA für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin [2]	FA für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin [2]
– Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)	FA für AN und Intensivmedizin oder für IM muss in KA verfügbar sein[3].	FA für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin muss in KA verfügbar sein [3]	FA für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin, der rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist[4].	FA für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin, der rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist[4].
• Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal				
– Qualifikation	DGKP	DGKP mit Intensivausbildung[5]	DGKP mit Intensivausbildung[5]	DGKP mit Intensivausbildung[5]

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Innere Medizin (IM)

Komponenten	Art des internistischen Intensivbereichs			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit – Stufe I	Intensivbehandlungseinheit – Stufe II	Intensivbehandlungseinheit – Stufe III
Personalausstattung				
• Ärztliches Personal				
– Leitung	FA für IM	FA für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin	FA für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin	FA für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin
– Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)	FA für IM muss in der KA verfügbar sein.	FA für IM muss rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit verfügbar sein.	FA für IM muss rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit verfügbar sein.	FA für IM muss rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit verfügbar sein.
• Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal				
– Qualifikation	DGKP	DGKP mit Intensivausbildung[1]	DGKP mit Intensivausbildung[1]	DGKP mit Intensivausbildung[1]

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Neurologie/Neurochirurgie (NEU/NC)

Komponenten	Art des neurologischen und neurochirurgischen Intensivbereichs			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit – Stufe I	Intensivbehandlungseinheit – Stufe II	Intensivbehandlungseinheit – Stufe III
Personalausstattung				
• Ärztliches Personal				
– Leitung	FA für NEU oder NC	FA für NEU oder NC mit Zusatzfach Intensivmedizin	FA für NEU oder NC mit Zusatzfach Intensivmedizin	FA für NEU oder NC mit Zusatzfach Intensivmedizin
– Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)	FA für NEU oder NC muss in der KA verfügbar sein.	Facharzt für NEU oder NC muss in der KA verfügbar sein[1].	Facharzt für NEU oder NC, der rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein Facharzt für NEU oder NC oder ein fachspezifischer Turnusarzt in Rufbereitschaft verfügbar sein[1].	Facharzt für NEU oder NC, der rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein Facharzt für NEU oder NC oder ein fachspezifischer Turnusarzt in der Krankenanstalt anwesend sein[1].
• Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal				
– Qualifikation[2]	DGKP	DGKP mit Intensivausbildung	DGKP mit Intensivausbildung	DGKP mit Intensivausbildung

Harmonisierung der unterschiedlichen ICU´s

1 Bei einer Anzahl von ≥ 9 Intensivbetten müssen zwei Ärzte mit der oben genannten Qualifikation ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig sein; der Begriff „fachspezifischer Turnusarzt" ist im Sinne von § 3 (3) ÄrzteG als in Ausbildung zum Facharzt für NEU bzw. für NC befindlicher Arzt zu interpretieren.

2 Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege haben. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.

Pro Dienst muss zumindest eine DGKP mit Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege anwesend sein.

4 Die Unterschreitung der Mindestabteilungsgröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.

5 In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.

6 Im Fall einer angeschlossenen Intensivbehandlungseinheit nicht essenziell erforderlich.

7 Falls in der Krankenanstalt transportabel verfügbar, nicht essenziell verfügbar.

8 Ein entsprechendes Ausfallskonzept ist vorzusehen.

9 Nur für die Fachrichtung Neurochirurgie relevant.

10 Zur Leistungserbringung ist eine qualifizierte Fachärztin / ein qualifizierter Facharzt für IM bzw. AN erforderlich.

- **ZIELE**
  - Harmonisierung der unterschiedlichen ICU´s
  - **Angleichung an internationale Standards**

Angleichung an internationale Standards

Intermediäre Überwachungseinheit (IMCU) für Erwachsene

- Überwachung und Behandlung von Frischoperierten sowie für prä- und nichtoperative Schwerkranken, deren Vitalfunktionen gefährdet sind
- Keine Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen beispielsweise mittels mechanischer Atemhilfe, Hämofiltration etc.
- Sicherstellung der Möglichkeit zur kurzfristigen (auf einige Tage beschränkte) Intensivbehandlung (insbesondere künstliche Beatmung)
- Die Einschränkungen bezüglich künstlicher Beatmung gelten nicht für intermediäre Überwachungsstationen (Respiratory Care Unit, RCU) der Fachrichtung Pulmologie, da die mechanische Atemhilfe ein typisches Leistungsmerkmal für pulmologische intermediäre Überwachungsstationen darstellt.

[2] In Einzelfällen kann die Leitung auch einem Facharzt (FA) einer anderen als der genannten Fachrichtungen obliegen.
Werden auf einer Intensiveinheit überwiegend postoperative Patienten betreut, muss die Leitung einem FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin obliegen, werden überwiegend internistische Patienten betreut, einem FA für Innere Medizin mit Zusatzfach Intensivmedizin.

[3] Die Betreuung postoperativer Patienten muss durch einen FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Betreuung internistischer Patienten durch einen FA für Innere Medizin mit Zusatzfach Intensivmedizin erfolgen.

[4] Die Betreuung postoperativer Patienten muss durch einen FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Betreuung internistischer Patienten durch einen FA für Innere Medizin mit Zusatzfach Intensivmedizin erfolgen.

[5] Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege haben. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.

Angleichung an internationale Standards

[1] Im Fall der Abwesenheit des Facharztes für AN und Intensivmedizin oder des fachspezifische Turnusarztes von der Intensivbehandlungseinheit müssen diese unverzüglich (außer in begründeten Ausnahmefällen, wie z.B. Reanimation) in der Lage sein der Intensivbehandlungseinheit wieder zur Verfügung zu stehen.

[2] Es muss gewährleistet sein, dass einer der genannten Ärzte ein Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin ist; die Verfügbarkeit von ausschließlich zwei fachspezifischen Turnusärzten ist nicht zulässig. Der Begriff „fachspezifischer Turnusarzt" ist im Sinne von § 3 (3) ÄrzteG als in Ausbildung zum Facharzt für AN und Intensivmedizin befindlicher Arzt zu interpretieren.

[3] Für sechs bis acht Patienten ist mindestens ein anwesender intensivmedizinisch ausgebildeter FA erforderlich, ab neun Patienten ist ein zweiter intensivmedizinisch ausgebildeter Facharzt bzw. ein fachspezifischer Turnusarzt erforderlich (Empfehlung der Europäischen Gesellschaft für Intensivmedizin).

- **ZIELE**
  - Harmonisierung der unterschiedlichen ICU´s
  - Angleichung an internationale Standards
  - **Durchforstung der technischen Ausstattung**

Durchforstung (und Angleichung) der technischen Ausstattung

Apparative Ausstattung				
• EKG-Monitor mit Zentraleinheit	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• NIBP unblutig	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Invasive Druckmessung	in KA verfügbar	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (3 Kanäle)
• ZVD-Messung	in KA verfügbar	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• O_2-Insufflation	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Pulsoximetrie	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Temperaturmessung	in KA verfügbar	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)
• Absaugung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Mehrkanal-EKG	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Defibrillator (inkl. externer Schrittmacher)	in Überwachungseinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Notfall-Instrumentarium6	in Überwachungseinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O_2-Anreicherung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Beatmungsgerät	1 Gerät in KA verfügbar	n[7] minus 3 Geräte pro Intensiveinheit[8]	n[7] minus 1 Gerät pro Intensiveinheit[8]	pro Bett[8]
• Atemtherapiegerät, z. B. CPAP od. IPPB	1 Gerät in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Transportbeatmung und -überwachung	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Infusions- u. Infusionsspritzen-pumpen	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 6 Geräte pro Bett	mind. 8 Geräte pro Bett
• Notfall-Labor	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar[9]	in Intensiveinheit verfügbar[9]	in Intensiveinheit verfügbar[9]
• Kapnometrie	–	pro Beatmungsplatz	pro Beatmungsplatz	pro Beatmungsplatz
• Schrittmacher (temporärer)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
• Moderne nichtinvasive oder semiinvasive Möglichkeit der HZV-Messung	–	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• fahrbares Bettröntgen	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Sonographie	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
• Bronchoskopie	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Patientenwärme- bzw. Kühlaggregat	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Hämofiltration/Diafiltration	–	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Dialyse	–	–	–	in KA verfügbar
• Intraaortale Ballongegenpulsation	–	–[10]	–[10]	–[10]
• Messung des intrakraniellen Drucks	–	–[11]	–[11]	–[11]

Durchforstung (und Angleichung) der technischen Ausstattung

• Defibrillator (inkl. externer Schrittmacher)	in Überwachungseinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Notfall-Instrumentarium[9]	in Überwachungseinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O_2-Anreicherung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Beatmungsgerät	in KA verfügbar	n[10] minus 3 Geräte pro Intensiveinheit[11]	n[10] minus 1 Gerät pro Intensiveinheit[11]	pro Bett[11]
• Atemtherapiegerät, z. B. CPAP od. IPPB	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Transportbeatmung und -überwachung	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Infusions- und Infusionsspritzen-pumpen	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 6 Geräte pro Bett	mind. 8 Geräte pro Bett

- **RESUMEE**

- **Harmonisierung zwischen den FD scheint geglückt**
- **IMCU Betten erwähnt**
- **„Ärzte“ und „Ausbildungsbedarf“ anerkannt**

- **RESUMEE**

- **Harmonisierung zwischen den FD scheint geglückt**
- **IMCU Betten erwähnt**
- **„Ärzte“ und „Ausbildungsbedarf“ anerkannt**

- **„Uneinigkeit“ der Ländervertreter**
- **Angleichung an internationale Standards vorgeschlagen**
  - **aus budgetären Gründen „on hold“**