IMC
INTERMEDIATE CARE

Kommission für die Anerkennung von Intermediate-Care Units IG-IMC

DATUM

☐ **Antragsformular zur Anerkennung**

☐ **Bewertungsformular der IG-IMC**

SAPM Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine

Societas Helvetica Cardiologica

SGC SSC Die Schweizer Chirurginnen und Chirurgen · Le chirurghe e i chirurghi svizzeri · Les chirurgiennes et chirurgiens suisses

Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin · Société Suisse de Médecine Intensive · Società Svizzera di Medicina Intensiva · SGI-SSMI-SSMI

SGAIM SSMIG SSGIM Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin · Société Suisse de Médecine Interne Générale · Società Svizzera di Medicina Interna Generale · Swiss Society of General Internal Medicine

pädiatrie schweiz Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie · Société Suisse de Pédiatrie · Società Svizzera di Pediatria

SFCNS Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies

Swiss Society of Neonatology Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie · Société Suisse de Néonatologie · Società Svizzera di Neonatologia · www.neonet.ch

Anleitung

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus, speichern Sie es als PDF ab und laden Sie es hoch.

Sekretariat IG-IMC
c/o ***IMK*** Institut für Medizin und Kommunikation AG
Münsterberg 1
4001 Basel
Telefon +41 61 561 53 51
info@swiss-imc.ch

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

Dokument 1:	vollständig ausgefülltes Anerkennungsformular mit genauer Bezeichnung der IMCU
Dokument 2:	Begleitschreiben
Dokument 4.1:	Betriebskonzept
Dokument 4.3:	MDS_{IMC} Datensatz der letzten 12 Monate (bzw. 6 Monate bei Erstanerkennung)
Dokument 5:	Grundriss der IMCU
Dokument 7:	Facharztzeugnisse (oder entsprechende Gleichwertigkeitsbestätigung) sowie Nachweise der erforderlichen Weiterbildung (siehe unter 7.1.1) der ärztlichen Leitung und deren Stellvertretung
Dokument 7.1:	Personalbestand des Ärzteteams gemäss MDS_{IMC}
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

Die **IG-IMC** kann beim Gesuchsteller zusätzliche Unterlagen einfordern.
Schweizerische Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate Care Units (Mai 2025)
Gebühren siehe IMC Gebührenreglement.

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

Grund des Antrags

- [ ] Erstanerkennung
- [ ] Wiederanerkennung bei organisatorischen oder strukturellen Änderungen
  - [ ] Änderung der ärztlichen Leitung
  - [ ] Änderung der Pflegeleitung
  - [ ] Änderung der Organisation oder des Leistungsauftrages
  - [ ] Änderung der Bettenzahl
  - [ ] Neubau
- [ ] Ordentliche Wiederanerkennung zur Aufrechterhaltung der IMCU-Anerkennung
- [ ] Anderes

Genaue Bezeichnung und Anschrift des Spitals

Name des Spitals:

Adresse des Spitals:

Name der Klinik/des Departements:

Name der IMC:

Fachrichtung der IMC:

Name und Titel der ärztlichen Leitung oder Co-Leitung

(ohne Co-Leitung lassen Sie die Felder für Co-Leitung 1, 2 und 3 bitte frei).

Ärztliche Leitung

Name:

Vorname:

Titel:

Fachrichtung:

E-Mail:

Telefon:

Ärztliche Co-Leitung 1

Name:

Vorname:

Titel:

Fachrichtung:

E-Mail:

Telefon:

Ärztliche Co-Leitung 2

Name:

Vorname:

Titel:

Fachrichtung:

E-Mail:

Telefon:

Ärztliche Co-Leitung 3

Name:

Vorname:

Titel:

Fachrichtung:

E-Mail:

Telefon:

Name und Titel der ärztlichen Stellvertretung

(bei nur einer Stellvertretung lassen Sie die Felder für Stellvertretung 2 und 3 bitte frei).

Ärztliche Stellvertretung 1

Name:

Vorname:

Titel:

Fachrichtung:

E-Mail:

Telefon:

Ärztliche Stellvertretung 2

Name:

Vorname:

Titel:

Fachrichtung:

E-Mail:

Telefon:

Ärztliche Stellvertretung 3

Name:

Vorname:

Titel:

Fachrichtung:

E-Mail:

Telefon:

Name und Titel der pflegerischen Leitung oder Co-Leitung

(ohne Co-Leitung lassen Sie die Felder für Co-Leitung 1,2 und 3 bitte frei)

Pflegerische Leitung

Name:

Vorname:

E-Mail:

Diplom:

Telefon:

Pflegerische Co-Leitung 1

Name:

Vorname:

E-Mail:

Diplom:

Telefon:

Pflegerische Co-Leitung 2

Name:

Vorname:

E-Mail:

Diplom:

Telefon:

Pflegerische Co-Leitung 3

Name:

Vorname:

E-Mail:

Diplom:

Telefon:

Name und Titel der pflegerischen Stellvertretung

(falls nur eine Stellvertretung, lassen Sie die Felder für pflegerische Stellvertretung 2 und 3 bitte frei).

Pflegerische Stellvertretung 1

Name:

Vorname:

E-Mail:

Diplom:

Telefon:

Pflegerische Stellvertretung 2

Name:

Vorname:

E-Mail:

Diplom:

Telefon:

Pflegerische Stellvertretung 3

Name:

Vorname:

E-Mail:

Diplom:

Telefon:

Anerkennungsverfahren

1. Die IG-IMC bewertet die Qualität des Dossiers ausschliesslich anhand der in der folgenden Bewertungstabelle enthaltenen Kriterien. Diese Tabelle folgt strikt den Anforderungen, der seit Mai 2025 neu überarbeiteten Richtlinien, welche von allen beteiligten Fachgesellschaften unterzeichnet wurden.

2. Die verschiedenen Kriterien wurden nach einer dreistufigen Skala unterteilt:

   Stufe 1 Umsetzung unbedingt erforderlich

   Stufe 2 Umsetzung sollte erfolgen

   Stufe 3 Umsetzung für eine Entscheidung zur Anerkennung nicht massgebend.

   Für die Anerkennung einer Station ist eine 100%ige Umsetzung der Anforderungen in Stufe 1 und eine 60%ige Umsetzung der Anforderungen in Stufe 2 erforderlich. Die Anforderungen in Stufe 3 fliessen nicht in die Bewertung mit ein, dienen jedoch dazu, die Struktur und Funktionsweise genauer zu bestimmen.

3. Ziel des Besuchs ist die Überprüfung der Angaben im Dossier an Ort und Stelle. Wenn die Delegation die Einhaltung der Kriterien für die Anerkennung bestätigt, wird der Station eine definitive Anerkennung erteilt. Andernfalls erhält die Station einen ausführlichen Bericht mit den festgestellten Mängeln. Eine provisorische Anerkennung i. R. der Erstanerkennung ist nicht möglich. Bei einer Erstanerkennung müssen die festgestellten Mängel vollständig behoben werden und die entsprechenden Unterlagen/Nachweise der ***IMK*** erneut eingereicht werden. Das Visitationsteam überprüft die nachgereichten Dokumente. Bei Erfüllen aller Kriterien wird die definitive Anerkennung ausgesprochen, andernfalls erfolgt eine Aberkennung.

   Eine bereits anerkannte IMC 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. (siehe Kapitel 3.5.)

   Wird eine ordentliche Wiederanerkennung aufgrund unerfüllter Kriterien 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. (siehe Kapitel 3.7)

4 Merkmale einer IMC-Station

4.1 Allgemeine Organisation

☐	S1	Betriebskonzept	◯ Ja ◯ Nein
☐	S1	Krankengeschichte	◯ Ja ◯ Nein
☐	S1	Ärztliche Eintrittsdokumentation	◯ Ja ◯ Nein
☐	S1	Ärztliche Verlegungsnotiz oder Austrittsbericht	◯ Ja ◯ Nein
☐	S1	Ärztliche Verordnungen schriftlich oder elektronisch	◯ Ja ◯ Nein

4.2 Datenerfassung

☐	S1	Minimaler Datensatz (MDS_{IMC}) verfügbar	◯ Ja ◯ Nein
		Minimaler Datensatz vorhanden seit (dd.mm.yyyy)	

4.3 Anzahl der Betten

☐	S1	**Anzahl der Betten**	**Betten**
		oder	
☐	S1	An eine andere Abteilung der Akutmedizin gekoppelte IMC Station mit 4 Betten (Bezeichnung der anderen Abteilung)	

4.4 Patienten und Pflegetage

			Zahl	**Prozent (%)**
☐	S1	Pflegetage pro Jahr		
	S3	Anzahl Schichten Kategorie-1A-Patienten		
	S3	Anzahl Schichten Kategorie-1B-Patienten		
	S3	Anzahl Schichten Kategorie-2-Patienten		
	S3	Anzahl Schichten Kategorie-3-Patienten		

Bettenzahl	Pflegetage
4	860
6	1’300
8	1’730
12	2’595
16	3’460
20	4’325
24	5’190

5 Räumliche und architektonische Anforderungen[1]

☐	S2	Lokalisation im Spital (separates Areal)	◯ Ja ◯ Nein
☐	S2	Wartezone für Besucher	◯ Ja ◯ Nein
☐	S2	Rezeption (oder Entsprechendes)	◯ Ja ◯ Nein
☐	S2	Besprechungszimmer	◯ Ja ◯ Nein
	S3	Gesamtzahl der Zimmer	
	S3	Anzahl der Einbettzimmer	
	S3	Anzahl der Zweibettzimmer	
	S3	Anzahl der Dreibettzimmer	
	S3	Anzahl der Vierbettzimmer	
	S3	Anzahl der Fünfbettzimmer	

[1] Grundriss der IMC-Unit beilegen

☐	S2	Nettofläche pro Bett (> 12 m²)	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Bruttofläche pro Bett (≥ 30 m²)	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Entfernung zwischen den Betten (≥ 2 m)	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Wandlänge pro Bett (≥ 3 m)	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Fläche Einzelzimmer (≥ 20 m²)	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Konform mit NIN-Norm, Gruppe 3	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Aussenfenster in jedem Zimmer	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Zentrale Überwachung	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Einrichtungen an zentraler Stelle	◯ Ja	◯ Nein

Patientenzimmer

☐	S2	Sonnenschutz mit Storen, waschbare Vorhänge oder getönte Scheiben	◯ Ja	◯ Nein
	S3	Jedes Zimmer verfügt über Lavabo mit Kalt- und Warmwasserarmatur	◯ Ja	◯ Nein
	S3	Seifenspender	◯ Ja	◯ Nein
☐	S1	Desinfektionsspender	◯ Ja	◯ Nein
	S3	Einweghandpapierspender	◯ Ja	◯ Nein

Zentrale Überwachung

☐	S2	Zentral gelegen (Sichtkontakt auf Patienten) oder Videoüberwachung	◯ Ja	◯ Nein

Einrichtung an zentraler Stelle

☐	S2	Apotheke	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Kühlschrank	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Vorrat an Infusionen	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Lavabo	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Einrichtung zur Vorbereitung von Medikamenten, Perfusoren, Infusionen	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Ein den Bedürfnissen der Stationen angepasstes EDV-System	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Ein fixes oder mobiles Aufbewahrungssystem	◯ Ja	◯ Nein

Weitere Räumlichkeiten und Einrichtungen

☐	S2	Material und Geräteraum	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Arztbüro	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Pflegebüro	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Aufenthaltsraum für Personal: Er soll Platz für 10 Personen bieten	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Besprechungsraum	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Ausguss/Ausgüsse: Der Ausguss muss ein abgetrennter Raum sein, kein Durchgangsweg	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Abschliessbare Behältnisse für jeden im Einsatz stehenden Mitarbeitenden	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	EDV-Einrichtung mit ausreichender Anzahl von PCs mit Internetverbindung	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	2 Absauggeräte (Vakuum)	◯ Ja	◯ Nein
☐	S2	Patientenbettbeleuchtung wenn möglich mit Dimmfunktion	◯ Ja	◯ Nein

6 Einrichtung des Patientenplatzes

☐ S2	Betten gemäss Richtlinien	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	Anordnung des Patientenplatzes gemäss Richtlinien	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	Installationen am Bettplatz gemäss Richtlinien	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	Bett mit Rädern, Bremse, Hebe-, Senk- und Kippmechanismus, Kopfende separat steuerbar	◯ Ja	◯ Nein

Anordnung des Betts im Raum und Abtrennung

☐ S2	Seiten und das Fussende des Bettes sind zugänglich	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	Zugang zum Kopfende möglich	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	Trennwände/Vorhänge zwischen den Patienten dürfen die Sicht nicht dauerhaft behindern	◯ Ja	◯ Nein

Minimalinstallationen am Bettplatz

☐ S2	12 Steckdosen	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	2 Sauerstoffanschlüsse	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	1 Druckluftanschluss	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	2 Vakuumanschlüsse	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	Das Patientenbett ist adäquat und wenn möglich dimmbar beleuchtbar	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	Klingelknopf mit optischem Signal	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	Telefonanschluss	◯ Ja	◯ Nein
☐ S2	Radio- und Fernsehanschluss	◯ Ja	◯ Nein

7 Ärztliches Personal, ärztliche Leitung und Stellvertretung, Kader- und Assistenzärzte

Ärztliche Leitung

Ärztliche Leitung der IMC-Station	◯ Ja	◯ Nein	**Tätigkeit in % auf IMC**
Facharzttitel der ärztlichen Leitung[2] Fachrichtung	◯ Ja	◯ Nein	

Ärztliche Co-Leitung 1

Ärztliche Co-Leitung der IMC-Station	◯ Ja	◯ Nein	**Tätigkeit in % auf IMC**
Facharzttitel der ärztlichen Co-Leitung[2] Fachrichtung	◯ Ja	◯ Nein	

[2] Entsprechende Nachweise beifügen

Ärztliche Co-Leitung 2

Ärztliche Co-Leitung der IMC-Station ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Facharzttitel der ärztlichen Co-Leitung[2] ◯ Ja ◯ Nein
Fachrichtung

Ärztliche Co-Leitung 3

Ärztliche Co-Leitung der IMC-Station ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Facharzttitel der ärztlichen Co-Leitung[2] ◯ Ja ◯ Nein
Fachrichtung

Ärztliche Stellvertretung 1

Stellvertretung der ärztlichen Leitung der IMC-Station ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Facharzttitel der Stellvertretung der ärztlichen Leitung[2] ◯ Ja ◯ Nein
Fachrichtung

Ärztliche Stellvertretung 2

Stellvertretung der ärztlichen Leitung der IMC-Station ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Facharzttitel der Stellvertretung der ärztlichen Leitung[2] ◯ Ja ◯ Nein
Fachrichtung

Ärztliche Stellvertretung 3

Stellvertretung der ärztlichen Leitung der IMC-Station ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Facharzttitel der Stellvertretung der ärztlichen Leitung[2] ◯ Ja ◯ Nein
Fachrichtung

☐ **S1** Ärztliche Leitung inkl. Co-Leitung und Stellvertretung ◯ Ja ◯ Nein
erfüllt die Anforderungen gemäss Richtlinien

[2] Entsprechende Nachweise beifügen

☐ **S1** **Tätigkeit der ärztlichen Leitung und ihrer Stellvertretung:** ◯ Ja ◯ Nein

IMC mit 4 Betten: 25%
IMC mit 5–7 Betten: 50%
IMC mit 8–11 Betten: 100%
IMC mit 12–18 Betten: 150%
IMC mit > 18 Betten: 200%

S3 Assistenzärzte ◯ Ja ◯ Nein **Zahl** **% Tätigkeit**

S3 Oberärzte ◯ Ja ◯ Nein **Zahl** **% Tätigkeit**

S3 Leitende Ärzte ◯ Ja ◯ Nein **Zahl** **% Tätigkeit**

Weiterbildung (Fachrichtung) der Assistenzärzte:

Weiterbildung (Fachrichtung) der Assistenzärzte:

7.1 Ärztliches Personal, Organisation des ärztlichen Dienstes

☐ **S1** Ein für die Patienten der IMC-Station verantwortlicher Arzt ist jederzeit anwesend ◯ Ja ◯ Nein **Zahl**

☐ **S1** Einsatz von externem medizinischem Personal auf der IMC-Station (schriftliche Vereinbarung) ◯ Ja ◯ Nein

☐ **S1** Organisationsreglement/Dienstorganisation[3] ◯ Ja ◯ Nein

Ärztliches Personal, Hintergrunddienst

☐ **S1** Hintergrunddienst rund um die Uhr durch Kaderarzt für IMC Station verfügbar und innerhalb 2 Stunden auf IMC anwesend ◯ Ja ◯ Nein **Zahl**

Ärztliches Personal, Konsiliardienst

☐ **S2** Fachärzte für Konsilien verfügbar ◯ Ja ◯ Nein **Zahl**

Fachrichtung

7.2 Pflegepersonal, Pflegeleitung

Pflegeleitung

Pflegeleitung ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Pflegeleitung ist im Besitz eines Pflege-Diploms NDS HF (oder einer Bestätigung der Gleichwertigkeit ausländischer Weiterbildungen)[4] ◯ Ja ◯ Nein

Pflegerische Co-Leitung 1

Co-Pflegeleitung ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Pflegerische Co-Leitung ist im Besitz eines Pflege-Diploms NDS HF (oder einer Bestätigung der Gleichwertigkeit ausländischer Weiterbildungen)[4] ◯ Ja ◯ Nein

[3] Dienstorganisation beifügen

[4] Entsprechende Nachweise beifügen

Pflegerische Co-Leitung 2

Co-Pflegeleitung ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Pflegerische Co-Leitung ist im Besitz eines Pflege-Diploms NDS HF (oder einer Bestätigung der Gleichwertigkeit ausländischer Weiterbildungen)[4] ◯ Ja ◯ Nein

Pflegerische Co-Leitung 3

Co-Pflegeleitung ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Pflegerische Co-Leitung ist im Besitz eines Pflege-Diploms NDS HF (oder einer Bestätigung der Gleichwertigkeit ausländischer Weiterbildungen)[4] ◯ Ja ◯ Nein

Pflegerische Stellvertretung 1

Stellvertretung der Pflegeleitung der IMC-Station ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Stellvertretung der Pflegeleitung ist im Besitz eines Pflege-Diploms NDS HF (oder einer Bestätigung der Gleichwertigkeit ausländischer Weiterbildungen)[4] ◯ Ja ◯ Nein

Pflegerische Stellvertretung 2

Stellvertretung der Pflegeleitung der IMC-Station ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Stellvertretung der Pflegeleitung ist im Besitz eines Pflege-Diploms NDS HF (oder einer Bestätigung der Gleichwertigkeit ausländischer Weiterbildungen)[4] ◯ Ja ◯ Nein

Pflegerische Stellvertretung 3

Stellvertretung der Pflegeleitung der IMC-Station ◯ Ja ◯ Nein **Tätigkeit in % auf IMC**

Stellvertretung der Pflegeleitung ist im Besitz eines Pflege-Diploms NDS HF (oder einer Bestätigung der Gleichwertigkeit ausländischer Weiterbildungen)[4] ◯ Ja ◯ Nein

Administrative Tätigkeit der Pflegeleitung und ihrer Stellvertretung:

IMC mit 4 - 5 Betten:	40%
IMC mit 6 - 8 Betten:	60%
IMC mit 9 Betten:	80% plus 10% pro zwei zusätzliche Betten

☐ **S1** Pflegeleitung inkl. Co-Pflegeleitung und Stellvertretung erfüllt die Anforderungen gemäss Richtlinien ◯ Ja ◯ Nein

[4] Entsprechende Nachweise beifügen

Pflegepersonal am Patientenbett

Dipl. Pflegefachpersonal mit NDS HF Diplom Intensivpflege (oder mit entsprechender Gleichwertigkeitsbestätigung)	**Zahl**	**VZÄ**	**Total**	
			Zahl	
			VZÄ	
Dipl. Pflegefachpersonal mit NDS HF Diplom Anästhesiepflege (oder mit entsprechender Gleichwertigkeitsbestätigung)	**Zahl**	**VZÄ**		
Dipl. Pflegende mit NDS HF Notfallpflege (oder mit entsprechender Gleichwertigkeitsbestätigung)	**Zahl**	**VZÄ**		
Pflegende mit spezifischer IMC-Pflege-Weiterbildung (oder mit entsprechender Gleichwertigkeitsbestätigung)	**Zahl**	**VZÄ**		

Pflegende ohne spezifisches Fachdiplom (NDS HF oder spezifische IMC-Pflegeweiterbildung)	**Zahl**	**VZÄ**	**Total**	
			Zahl	
			VZÄ	
Dipl. Pflegefachpersonal in Weiterbildung NDS HF Intensivpflege	**Zahl**	**VZÄ**		
Dipl. Pflegefachpersonal in Weiterbildung NDS HF Anästhesiepflege	**Zahl**	**VZÄ**		
Dipl. Pflegefachpersonal in Weiterbildung NDS HF Notfallpflege	**Zahl**	**VZÄ**		
Pflegefachpersonal in Ausbildung zur dipl. Pflegefachfrau HF/FH	**Zahl**	**VZÄ**		

☐ **S1** Pflegedotation gemäss Richtlinien ○ Ja ○ Nein

☐ **S1** Qualifikation des Pflegepersonals gemäss Richtlinien ○ Ja ○ Nein

7.3 Sonstiges zur Pflege eingesetztes Personal

☐ **S2**	Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ (Fachangestellte Gesundheit)	**Zahl**	**VZÄ**	
☐ **S2**	Assistent/-in in Gesundheit und Soziales AGS EBA	**Zahl**	**VZÄ**	
☐ **S2**	Physiotherapeuten	**Zahl**	**VZÄ**	
S3	Ergotherapeuten	**Zahl**	**VZÄ**	
S3	Logopäden	**Zahl**	**VZÄ**	
S3	Andere	**Zahl**	**VZÄ**	
	Andere	**Zahl**	**VZÄ**	
	Andere	**Zahl**	**VZÄ**	

7.5 Verwaltungs- und technisches Personal

☐ **S2**	Materialverantwortlicher	**Zahl**		**VZÄ**	
S3	Sekretariat	**Zahl**		**Andere**	
S3	Andere	**Zahl**		**Andere**	
S3	Andere	**Zahl**		**Andere**	
S3	Andere	**Zahl**		**Andere**	

8 Diagnostik, Therapeutik und Monitoring

☐	S1	Routinemässige Laboruntersuchungen rund um die Uhr verfügbar	◯ Ja	◯ Nein	
☐	S1	Blutgasanalyse rund um die Uhr verfügbar	◯ Ja	◯ Nein	
☐	S1	Konventionelle Röntgenuntersuchungen rund um die Uhr verfügbar	◯ Ja	◯ Nein	
☐	S1	Ultraschalldiagnostik	◯ Ja	◯ Nein	**Verfügbarkeit**
☐	S1	Echokardiografie	◯ Ja	◯ Nein	**Verfügbarkeit**
☐	S1	CT-Untersuchungen	◯ Ja	◯ Nein	**Verfügbarkeit**
☐	S2	EEG	◯ Ja	◯ Nein	**Verfügbarkeit**
☐	S2	Bronchoskopie	◯ Ja	◯ Nein	**Verfügbarkeit**
☐	S1	Gastroenterologische Endoskopie	◯ Ja	◯ Nein	**Verfügbarkeit**
☐	S1	Monitore	**Zahl**		**Modell**
☐	S1	Tragbare Monitore	**Zahl**		**Modell**
	S3	Invasive Blutdruckmessung	◯ Ja	◯ Nein	
☐	S2	Beatmungsgeräte für NIV	**Zahl**		**Modell**
☐	S1	Defibrillatoren	**Zahl**		**Modell**
☐	S1	EKG	**Zahl**		**Modell**
☐	S1	Externe Herzschrittmacher	**Zahl**		**Modell**
	S3	Provisorische Herzschrittmacher	◯ Ja	◯ Nein	
			Zahl		**Modell**
☐	S1	Infusionspumpen	**Zahl**		**Modell**
☐	S1	Spritzenpumpen	**Zahl**		**Modell**
☐	S1	Ernährungspumpen	**Zahl**		**Modell**
	S3	Hämofiltration	◯ Ja	◯ Nein	
			Zahl		**Modell**
	S3	Hämodialyse	◯ Ja	◯ Nein	
			Zahl		**Modell**
☐	S1	Apotheke in der IMC-Station	◯ Ja	◯ Nein	
☐	S1	Reanimationswagen	◯ Ja	◯ Nein	
☐	S1	Thoraxdrainage	◯ Ja	◯ Nein	

☐ S1	Transfusionen	◯ Ja	◯ Nein	**Verfügbarkeit**	
S3	Andere	◯ Ja	◯ Nein	**Verfügbarkeit**	
S3	Andere	◯ Ja	◯ Nein	**Verfügbarkeit**	
S3	Andere	**Zahl**		**Modell**	
S3	Andere	**Zahl**		**Modell**	
S3	Andere	**Zahl**		**Modell**	

11 Strukturierte Fortbildung / Weiterbildung

☐ S1	Ärztliches Personal	◯ Ja	◯ Nein
☐ S1	Pflegepersonal	◯ Ja	◯ Nein

Beschreibung des Fortbildungsangebots für Ärzte:

Beschreibung des Fortbildungsangebots für das Pflegepersonal:

Die ärztliche und pflegerische Leitung bestätigen mit ihrer Unterschrift die Richtigkeit der vorgelegten Angaben und die Anerkennung der Gebührenordnung der IG-IMC.

Ärztliche Leitung

Ort

Datum

Unterschrift

Pflegeleitung

Ort

Datum

Unterschrift

Spitalleitung

Ort

Datum

Unterschrift

Beilagen hochladen

Bitte laden Sie hier alle erforderlichen Beilagen hoch.

Formular senden

4 Merkmale einer IMC-Station Kommentar

5 Räumliche und architektonische Anforderungen - Kommentar

6 **Einrichtung des Patientenplatzes -** Kommentar

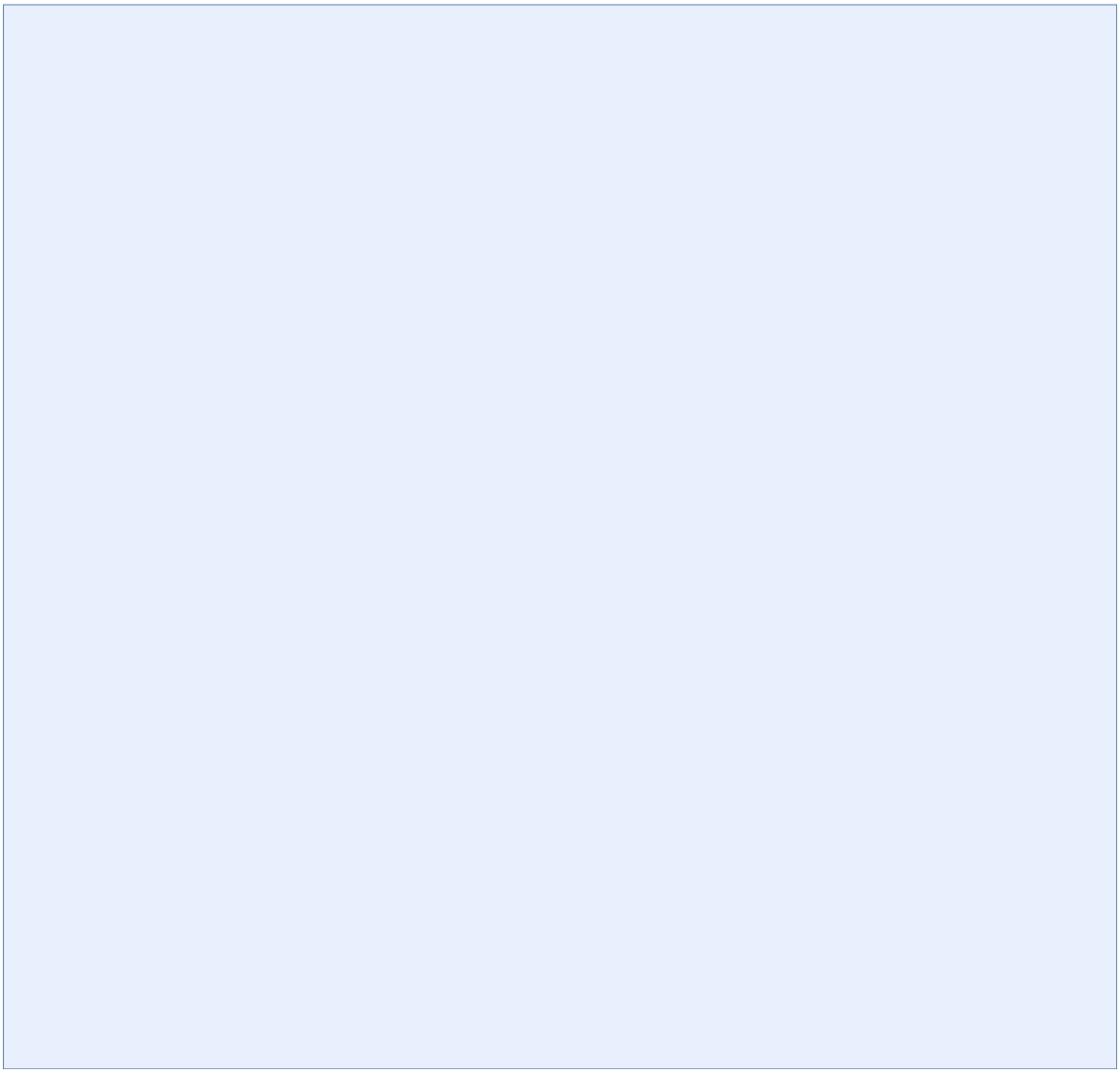
7 **Ärztliches Personal und Pflegepersonal -** Kommentar

8 Diagnostik, Therapeutik und Monitoring - Kommentar

11 Strukturierte Fortbildung / Weiterbildung - Kommentar

a) Beschreibung Fortbildung für Ärzte

b) Beschreibung Fortbildung für Pflegepersonal



Die verschiedenen Kriterien wurden nach einer dreistufigen Skala unterteilt:

Stufe 1	Umsetzung unbedingt erforderlich
Stufe 2	Umsetzung sollte erfolgen
Stufe 3	Umsetzung für eine Entscheidung zur Anerkennung nicht massgebend

Für die Anerkennung einer Station ist eine 100%ige Umsetzung der Anforderungen in **Stufe 1** (= 39 Punkte) und eine 60%ige Umsetzung der Anforderungen in **Stufe 2** (= 33 Punkte) erforderlich. Die Anforderungen in **Stufe 3** fliessen nicht in die Bewertung mit ein, dienen jedoch dazu, die Struktur und Funktionsweise genauer zu bestimmen.

Zusammenfassung

Maximal mögliche Anzahl Punkte **S1**	39 Punkte = 100 %
Maximal mögliche Anzahl Punkte **S2**	55 Punkte = 100 %

Gesamtzahl erreichte Punkte **Stufe 1**	0
Stellvertretung Gesamtzahl erreichte Punkte **Stufe 2**	0

Empfehlung der Delegation betreffend der Anerkennung:

Visitationsteam IG-IMC

Titel

Vorname

Name

Gesellschaft

Unterschrift

Titel

Vorname

Name

Gesellschaft

Unterschrift

Titel

Vorname

Name

Gesellschaft

Unterschrift

Ort

Datum