



Gesundheit Österreich GmbH
zH Mag. Stefan Mildschuh
(per E-Mail an stephan.mildschuh@goeq.at)

11.05.2017

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir erlauben uns die Sichtweise der ÖGP zum ÖSG Entwurf (Stand 12.4.2017) zu übermitteln. Folgende Abänderungen der Textierungen schlagen wir vor:

1. Auf Seite 100 (Kapitel 3.3.2) heißt es unter Respiratory Care Units (RCU)

„Organisatorisch als ICU oder IMCU zu führen, die Einschränkungen bezüglich künstlicher Beatmung gelten nicht, da die mechanische Atemhilfe ein typisches Leistungsmerkmal für pulmologische Intensivüberwachungs-einheiten darstellt.“

Wir schlagen folgende Textierung vor:

*„Organisatorisch **vorzugsweise** als ICU Klasse I zu führen und nur in begründbaren Ausnahmefällen als IMCU, die Einschränkungen bezüglich künstlicher Beatmung gelten nicht, da die mechanische Atemhilfe das typische Leistungsmerkmal für pulmologische Intensivüberwachungseinheiten darstellt.“*

Begründung

Die unbegründete Abstufung einer RCU von einer Klasse I ICU zu einer IMCU hätte zur Folge, dass die intensivmedizinischen Leistungen (non-invasive und passagere invasive Beatmung bei akuter respiratorischer Insuffizienz) dort nicht mehr erbracht werden können. Österreich weist international die zweithöchste Spitalsbehandlungshäufigkeit bei COPD Exazerbationen aus (lt. Bundesqualitätsbericht COPD des BM für Gesundheit 2013). Weiters zeigen die österreichischen Daten des COPD Audit der Europäischen Lungengesellschaft, dass die Wiederaufnahmeraten für COPD an Abteilungen mit RCU um etwa 20% geringer sind. RCU Einheiten an pulmologischen Abteilungen leisten einen ökonomisch effizienten Beitrag zur Reduktion der COPD Sterblichkeit.

2. Auf Seite 101 ist Personal und Ausstattung für Intensiveinheit angeführt.

Unter Pflegepersonal in INT-Einheit ist als Grundausstattung bei Intensivbehandlungseinheiten ein 50% Personalanteil mit Intensivausbildung vorgesehen, für IMCU ein Anteil von 0%. Aus unserer Sicht muss, falls eine RCU **als IMCU geführt wird, diese einen mindestens 25%igen DGKP Anteil** mit Intensivausbildung aufweisen damit die Versorgung von Patienten mit respiratorischen Monoorganversagen gewährleistet werden kann.

Begründung

Es widerspricht den Grundsätzen einer Versorgung nach dem Stand des medizinischen Wissens, dass ein Patient mit einem akut lebensbedrohlichen und



potentiell intubationspflichtigen respiratorischen Versagen an einer Station versorgt wird, wo kein geschultes Intensivpersonal vorhanden ist. Ein Pflegeteam einer RCU-Einheit braucht als Grundvoraussetzung einen Anteil an intensivverfahrenen Personen, der formal am besten mit der Absolvierung der Intensivausbildung dokumentiert ist. Ob eine RCU-Einheit, die als Klasse I Intensivstation geführt wird, vergleichbar einer Intensivbehandlungseinheit ICU Stufe III ebenfalls einer Personalausstattung mit 50% DGKP mit Intensivausbildung bedarf, sei dahingestellt. Eine graduelle Abstufung dieses Anteils wäre die sinnvollere Lösung.

3. Ausstattung (Seite 101)

Im Kapitel Ausstattung sind POC-Gerät für Blutgasanalyse, Kapnometrie, Sonographie und Bronchoskopie für IMCU und ICU Stufe I genannt bzw. zum Teil auch nicht als an der Station verfügbar genannt.

Die genannten Gerätschaften sind unabdingbare Voraussetzungen, einen Patienten mit akutem respiratorischem Versagen nach dem Stand der Wissenschaft zu behandeln. Da RCU-Einheiten an pulmologischen Kliniken betrieben werden, ist davon auszugehen dass Blutgasanalyse, Sonographie, Bronchoskopie und Kapnometrie an diesen Kliniken verfügbar sind. Wir gehen davon aus, dass dies der Grund war, dass auf eine explizite nochmalige Nennung verzichtet wurde. Die nichtinvasive Beatmung ist das charakteristische Merkmal von RCU-Einheiten. Nichtinvasive Beatmung ist punkto Mortalität und Hospitalisierungskosten der invasiven Beatmung deutlich überlegen. Eine spezifische Versorgung dieser Patienten auf RCU-Einheiten ist die strukturelle Voraussetzung dieser Versorgung und sollte nach Empfehlungen von NICE (National Institut for Clinical Excellence, UK) mit einer Dichte von 2 RCU Betten je 250.000 Einwohner zur Verfügung stehen. Die für Österreich verfügbaren Daten zeigen, dass eine fachspezifische Behandlung an einer RCU die Wiederaufnahmeraten für COPD deutlich verringert (siehe oben).

Im Sinne unserer Überlegungen empfehlen wir als wissenschaftliche Gesellschaft die Abänderung der Textierungen, wie festgehalten.

Mit besten Grüßen

Hochachtungsvoll

für das Präsidium der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Studnicka
Past Präsident

Univ.-Prof. Dr. Meinhard Kneussl
Präsident

Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Schenk
Vizepräsident