



Leitlinien

für die Leitung der Intensivbeobachtungsstationen (OBI)

Herausgegeben vom Amt für Gesundheitsbetreuung
(Beschluss der L.R. n. 437 von 21.06.2022)

Leitlinien für die Leitung der Intensivbeobachtungsstationen (OBI)
Juni 2022

© Herausgeber:
Autonome Provinz Bozen
Abteilung Gesundheit – Amt für Gesundheitsbetreuung

INHALT

SEITE

1. EINFÜHRUNG	4
2. INTENSIVBEOBACHTUNG: DEFINITION UND ZIELE	4
3. STANDORT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION (OBI)	5
4. KLINISCHER BETREUUNGSPFAD FÜR PATIENTEN	5
5. DAUER DER INTENSIVBEOBACHTUNG	5
6. LEISTUNGSANGEBOT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	5
7. KRANKENBETTEN, PERSONAL UND AUSSTATTUNG DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	6
8. ALLGEMEINE KRITERIEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	7
9. ABSCHLUSS DER INTENSIVBEOBACHTUNG	8
10. KLINISCHE UNTERLAGEN	8
11. TARIFE UND TICKET FÜR DIE INTENSIVBEOBACHTUNG	8
12. ÜBERWACHUNG DER ANGEMESSENHEIT DER INTENSIVBEOBACHTUNG	9
ANLAGE A – INDIZIERTE KRANKHEITSBILDER FÜR DIE AUFNAHME ERWACHSENER PATIENTEN IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	10
ANLAGE B – INDIZIERTE KRANKHEITSBILDER FÜR DIE AUFNAHME PÄDIATRISCHER PATIENTEN IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION	18

1. EINFÜHRUNG

In den letzten Jahren wurde auf nationaler Ebene ein stetig wachsender Zulauf in den Notaufnahmen verzeichnet. Daraus ergab sich die Notwendigkeit neuer organisatorischer und verwaltungstechnischer Lösungen, die der steigenden Nachfrage nach sofortiger Betreuung entgegenkommen und dabei größtmögliche Wirksamkeit der Hilfeleistungen und maximale Wirtschaftlichkeit in der Nutzung der Ressourcen gewährleisten. Die Einrichtung der Intensivbeobachtungsstationen in den verschiedenen italienischen Regionen hat Unterschiede in Bezug auf Dauer und Organisation aufzeigt. Dementsprechend hat die Ständige Konferenz des Staates, der Regionen und der Autonomen Provinzen im Jahr 2019 die nationalen Leitlinien für die Intensivbeobachtung verabschiedet, um einheitliche Organisationsmodelle vorzugeben, die auf nationaler Ebene verbreitet werden sollen.

Daher wurde auch auf Landesebene die Notwendigkeit einer Neuorganisation der Notaufnahme-Dienste erkannt, indem neue Strategien wie Triage durch das Pflegepersonal und die Einrichtung schnell verfügbarer Alternativen (direkter Zugang zu spezifischen operativen Einheiten) geschaffen werden sollen, um die Qualität der Versorgung und Pflege im Notfall zu verbessern. Der longitudinale Verbleib von Patienten in der Notaufnahme, bedingt durch die geringere Verfügbarkeit von Akutbetten, die Forderung nach angemesseneren Krankenhausaufnahmen und die Möglichkeit einer besseren diagnostisch-therapeutischen Abklärung durch die Einführung neuer Technologien im radiologischen (z. B. Mehrschicht-CT) und Laborbereich (z. B. kardiologische Biomarker) haben die Notaufnahme zu einem Ort der Diagnose und Behandlung im Frühstadium einer akuten Erkrankung gemacht.

Dies erforderte organisatorische Vorkehrungen, um einen Patienten mit einer akuten Erkrankung, die kurzfristig zu behandeln ist, aus der Notaufnahme entlassen zu können, ohne dass ein Krankenhausaufenthalt erforderlich wäre. In diesem Sinne soll die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) in einem dafür bestimmten Bereich der Notaufnahme oder in anderen operativen Abteilungen (z. B. Pädiatrie und Geburtshilfe-Gynäkologie) eingerichtet werden mit dem Ziel eine bessere Angemessenheit bei der Aufnahme des Patienten im Krankenhaus und bei der Entlassung des Patienten aus der Notaufnahme zu garantieren. Sie hat daher eine wichtige Filterfunktion für Aufnahmen, die von den Notaufnahmen stammen.

Mit den vorliegenden Leitlinien sollen daher die Krankenhäuser auf der Grundlage der Nationalen Leitlinien für die Intensivbeobachtung – O.B.I. 2019, die von der Ständigen Konferenz des Staates, der Regionen und der Autonomen Provinzen am 01. 08. 2019 verabschiedet wurden, alle notwendigen Anleitungen erhalten, um die Intensivbeobachtung auf Landesebene einheitlich zu verwalten.

2. INTENSIVBEOBACHTUNG: DEFINITION UND ZIELE

Intensivbeobachtung O.B.I. ist eine Methode des Notfallmanagements für Patienten mit akuten, hochkritischen klinischen Problematiken, aber mit niedrigem Entwicklungsrisiko oder mit geringer Problematik, aber ein potenzielles Entwicklungsrisiko aufweisen, bei denen eine hohe Wahrscheinlichkeit der Reversibilität besteht und somit ein nicht aufschiebbares diagnostisch-therapeutisches Verfahren erfordern und/oder das in anderen Versorgungssettings nicht angeboten werden kann. Diese Art der Behandlung, die sich durch eine hohe Betreuungsintensität auszeichnet, die auf den erheblichen Einsatz des medizinischen und Pflegepersonals, die Durchführung diagnostischer Untersuchungen, die klinische Überwachung und die Planung von Therapiestrategien zurückzuführen ist, wird über einen festgelegten und begrenzten Zeitraum durchgeführt, um das geeignetste Versorgungsniveau zu ermitteln.

Die Ziele der Intensivbeobachtung (O.B.I.) sind:

1. Längere klinische Beobachtung von Patienten mit mittelmäßig komplexen Krankheitsbildern, die nach der ersten klinischen und instrumentellen Bewertung in der Notaufnahme nicht definiert wurden;
2. Kurzfristige Behandlung von mäßig komplexen Pathologien und Bewertung der Wirkung von Massnahmen zur Stabilisierung der Lebensfunktionen oder der therapeutischen Behandlungen, die der Patient in der Notaufnahme erhalten hat;
3. Diagnostisch-therapeutischen Vertiefung mit dem Ziel einer angemessenen Einweisung oder Entlassung.

Die Implementierung dieser Ziele ermöglicht sieht eine longitudinale Beobachtung des Patienten als auch eine angemessene diagnostisch-therapeutische Vertiefung und somit eine größere Sicherheit bei der Behandlung in der Notaufnahme oder in den operativen Einheiten, die Notfall- und Notfallaufnahmearbeiten durchführen.

3. STANDORT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION (O.B.I.)

Es ist geplant, eine zentralisierte und interdisziplinäre Intensivbeobachtungsstation in den Notaufnahmen oder Beobachtungsstationen einzurichten, die jährlich mindestens 20.000 Notaufnahme-Zugänge aufweisen. Dieser Bereich muss über eigene, integrierte oder funktional mit der Notaufnahme verbundene Räume verfügen, die in Open-Space-Einrichtungen mit einer zentralen Konsole und/oder in Einzelboxen mit zentraler Überwachung integriert sind. In Krankenhäusern, die nicht über eigene Räumlichkeiten verfügen, sollte die Intensivbeobachtung vorzugsweise in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme oder nach Entscheidung des behandelnden Notarztes vorübergehend in anderen operativen Abteilungen vorgenommen werden. Diese letztere Art der Aktivierung der Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) ist als Übergangsmodell zu einer zentralisierten Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) zu verstehen, das innerhalb des Zeitrahmens und der Modalitäten erreicht werden kann, die im Rahmen der klinischen Neuordnung der Notfallmedizin festgelegt werden.

Zusätzlich können einzelne spezialisierte Intensivbeobachtungsstationen aktiviert werden, wenn die operativen Abteilungen Notfall- und Notaufnahmearbeiten durchführen (z. B. für die operativen Abteilungen Pädiatrie und Geburtshilfe und Gynäkologie).

4. KLINISCHER BETREUUNGSPFAD FÜR PATIENTEN

Was den Betreuungspfad innerhalb der Notaufnahme betrifft, so werden zwei verschiedene Phasen unterschieden:

- Verfahren in der Notaufnahme: diese Phase umfasst die gesamte Behandlung des Patienten innerhalb der Notaufnahme. Sie beginnt mit dem Zugang der zu betreuenden Person, ihrer Aufnahme, der Triage-Beurteilung, ihrer Übernahme und der Verwaltung der eventuellen Wartezeit. Sie setzt sich fort mit den nachfolgenden Phasen der ärztlichen Untersuchung, dem Beginn des diagnostisch-therapeutischen Notfall-Betreuungspfades, bis hin zu einem der möglichen Ergebnisse:
 - a) Überweisung in die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.);
 - b) Einweisung in eine stationäre Krankenhausabteilung;
 - c) Verlegung in eine andere Akuteinrichtung auf Kosten der Notaufnahme;
 - d) Entlassung mit Unterbringung in territorialen oder stationären Einrichtungen, erforderlichenfalls mit Rückführung in ambulante Krankenhauseinrichtungen (Follow-up).
- Einweisung in die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.): diese Phase ist ein mögliches Ergebnis der Notaufnahme. Daher müssen Datum und Uhrzeit der Aufnahme des Patienten in der Intensivbeobachtungsstation immer mit dem Ende der Behandlung in der Notaufnahme übereinstimmen.

5. DAUER DER INTENSIVBEOBACHTUNG

Die Dauer der Intensivbeobachtung (O.B.I.), gemessen vom Zeitpunkt des Eintritts des Patienten in die Intensivbeobachtungsstation, bis zu seiner Entlassung oder stationären Aufnahme sollte maximal 36 Stunden betragen und mehr als 6 Stunden sein. Dabei wird die Zeit in der Notaufnahme nicht berücksichtigt. Falls die Beobachtung 36 Stunden überschreitet, sollte der Patient dringend in das Krankenhaus eingewiesen werden.

6. LEISTUNGSANGEBOT DER INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION

Für die Abwicklung der Intensivbeobachtung müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Labor: führt in Notfällen die Standardanalysen der Notaufnahme durch (durchgehend 24 Stunden verfügbar);

- Konventionelle Radiologie: liefert in Notfällen Ergebnisse radiologischer Analysen (durchgehend 24 Stunden verfügbar);
- Fachärztliche Beratung: muss, analog zum Vorgehen in der Notaufnahme, für die diagnostische Analyse des Patienten im Notfall verfügbar sein.

Der Zugang zu Diagnose und fachärztlicher Beratung für Patienten in Intensivbeobachtung muss über Vorzugswege zur Verfügung stehen, die den für die Notaufnahme-Patienten ermittelten entsprechen. Die Erstellung diagnostisch-therapeutischer Protokolle für die häufigsten Pathologien (siehe nachfolgend) ist wünschenswert. Auf diese Weise kann folgerichtige Kontinuität von Pflege und Behandlung garantiert werden. Patienten in Intensivbeobachtung stehen alle Mahlzeiten zu und Besuche seitens der Familienangehörigen sind gestattet.

7. KRANKENBETTEN, PERSONAL UND AUSSTATTUNG DER INTENSIV-BEOBACHTUNGSSTATION

Die Anzahl der Krankenvetten der Intensivbeobachtung muss auf Größe und Einzugsgebiet des Krankenhauses und auf die Auslastung der Notaufnahme abgestimmt werden. Die Anzahl der Krankenvetten in der Intensivbeobachtungsstation (sowohl zentral als auch dezentral) wird auf der Grundlage des Kriteriums von 1 Station je 5.000 Zugängen zur Notaufnahme festgelegt. Für die pädiatrische Intensivbeobachtungsstation sind mindestens 2 Stationen vorgesehen, und zwar für die Pädiatrie oder für die pädiatrische Notaufnahme. Das Personal der Intensivbeobachtungsstation besteht aus: Pflegepersonal (Ärzte und Krankenpfleger), das in der Lage ist, die Pflege und Behandlung der Patienten zu gewährleisten, sowie Hilfspersonal, um die ordnungsgemäße Behandlung der Patienten und ihre Beförderung zu den diagnostischen Diensten sicherzustellen.

Für Krankenhäuser, in denen die Einrichtung einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstation vorgesehen ist, gilt: während jeder der drei Schichten über insgesamt 24 Stunden müssen 1 Krankenpfleger auf 4 Krankenvetten und 1 Arzt auf 8 Krankenvetten anwesend sein.

Bei größeren Einrichtungen wird der Personalbestand entsprechend erhöht. Das Personal muss außerdem eine Spezialschulung in Notfallmedizin absolviert haben. Sollte die Arbeit in der Intensivbeobachtungsstation zeitlich begrenzt auch in anderen operativen Einheiten vorgenommen werden, muss das medizinische Pflegepersonal in Abstimmung mit dem Personal der Abteilung arbeiten. Für Krankenhäuser, in denen die Einrichtung einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstation in der Notaufnahme vorgesehen ist, muss ein gewisses Maß an Ausrüstung mit Instrumenten und technologischen Ressourcen gewährleistet werden.

Durchschnittlich 50% der Krankenvetten müssen über Kontrollgeräte für Häodynamik und Atmung verfügen. Jedes Krankenvett muss über Entnahmestellen für Sauerstoff und Vakuum verfügen.

In den Notaufnahmen-Stationen, in denen eine Intensivbeobachtungsstation eingerichtet wurde, müssen vorhanden sein:

- Monitor/Defibrillator/Reizstromgerät
- Nichtinvasives Beatmungsgerät mit mindestens den Grundfunktionen PSV/PEEP
- Geräte zur Verabreichung von Sauerstoff in verschiedenen klinischen Situationen (Venturi-Maske, High-Flow-Maske, CPAP – Kontinuierlicher Überdruck in den Atemwegen);
- Interdisziplinär einsetzbares Ultraschallgerät
- EKG
- Pulsoximeter
- Glukose-Messgerät
- Blutdruckmessgerät
- Blutgasanalysator
- Infusionspumpen in ausreichender Menge
- Intubationsset/KPR
- Notfallwagen

In den spezialisierten Intensivbeobachtungsstationen (Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie) muss die nötige Ausrüstung vorhanden sein, um eine angemessene Behandlung und Kontrolle eventueller Änderungen des klinischen Zustands der Patienten gewährleisten zu können.

In der Intensivbeobachtungsstation der Geburtshilfe muss ein multidisziplinäres Ultraschallgerät mit transvaginaler Sonde (Echo fast) und ein fetales Kardiotokographiegerät vorhanden sein.

8. ALLGEMEINE KRITERIEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE INTENSIV- BEOBACHTUNGSSTATION (O.B.I.)

Im Allgemeinen erfolgt die Aufnahme von Patienten in die Intensivbeobachtungsstation, wenn:

- Patienten, deren klinischer Zustand mit Hilfe der verfügbaren Diagnosemethoden anhand von Instrumenten oder im Labor rasch ermittelt werden kann; falls Patienten in einer Abteilung unter Beobachtung gestellt werden, muss in der Notaufnahme nach der Diagnose genau ausgewertet werden, ob weitere Behandlungen/Therapiemaßnahmen in der Intensivbeobachtung nötig sind;
- Patienten mit schweren Pathologien, die sich rasch stabilisieren und geringer/mittelmäßig komplexer Therapie- und Pflegemaßnahmen bedürfen.

Während die Intensivbeobachtungsstation eingerichtet wird, kann diese für den Zeitraum der Neuorganisation beziehungsweise Anwerbung des erforderlichen Personals nur tagsüber geöffnet sein. In diesem Fall muss innerhalb 19.00 Uhr eines jeden Tages entschieden werden, ob ein Patient eingewiesen oder entlassen wird.

Die Entscheidung über die Überweisung eines Patienten in die Intensivbeobachtungsstation obliegt folgenden Personen:

- dem Notarzt, der den Patienten betreut;
- dem Facharzt der operativen Einheiten der Abteilungen Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, die Notfall- und Notfallaufnahmearbeiten durchführen (24 Std.);
- dem Facharzt für die operativen Einheiten, die Fast Track durchführen.

In einer zentralisierten, interdisziplinären Intensivbeobachtungsstation ist der Notarzt für den Patienten verantwortlich; die Fachärzte, von denen gegebenenfalls Beratung bezüglich der Behandlung oder der verschriebenen Therapien angefordert wurde, sind mitverantwortlich. In den operativen Einheiten der Abteilungen, die Notaufnahmen durchführen, so wie in den operativen Einheiten, die Fast Track durchführen, ist der Facharzt ab Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation dieser Abteilungen für den Patienten verantwortlich.

Die Notaufnahme-Stationen, die temporäre Intensivbeobachtungsstationen in den Abteilungen einrichten, müssen autonom die Ergebnisse der Generaldiagnose aufarbeiten und alle klinisch-instrumentellen Analysen vornehmen, um den Fall einordnen zu können, bevor der Patient an die operative Einheit übergeben wird. Die Überstellung des Patienten an die operativen Einheiten muss gemeinsam vom Notarzt und vom Arzt der operativen Einheit, die den Patienten betreut, entschieden werden. Es müssen besondere Protokolle ausgearbeitet werden, die die Aufnahme und Behandlung von Patienten sowie deren Überstellung innerhalb des medizinischen Pflegepersonals genau regeln, unter Berücksichtigung der verschiedenen Organisationsstrukturen der Krankenhäuser des Landes. Wenn der Patient für eine kurze Beobachtung an die Abteilung überstellt wird, tragen das ärztliche Personal und das Pflegepersonal der operativen Einheit, in welcher der Patient für die gesamte Dauer der Beobachtung untergebracht wird, die Verantwortung. Weitere notwendige Behandlungen oder Untersuchungen können vom Facharzt vorgenommen werden, der im Anschluss daran über Einweisung oder Entlassung des Patienten entscheidet.

In Anlage zu diesem Dokument sind die Tabellen mit den Krankheitsbildern für die Aufnahme erwachsener und pädiatrischer Patienten in die Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) gemäß Anhang des Ministerialdokuments „Nationale Leitlinien für die Intensivbeobachtungsstation - O.B.I.“ beige-fügt:

- Anhang A – „Krankheitsbilder für die Aufnahme erwachsener Patienten in die Intensivbeobachtungsstation“;
- Anhang B – „Krankheitsbilder für die Aufnahme pädiatrischer Patienten in die Intensivbeobachtungsstation“.

Diese Tabellen haben indikativen Charakter; daher können Patienten mit anderen, nicht in der Liste aufgeführten Krankheitsbildern, die nach Ansicht des Arztes der Notaufnahme oder des Facharztes der operativen Einheit, die Notfall- und Notfallaufnahmearbeiten durchführt, in die Intensivbeobachtungsstation aufgenommen werden.

Folgende Bedingungen hingegen stellen keine Kriterien für die Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation dar:

- Instabilität der Lebensfunktionen;
- Infektionsrisiko;
- psychomotorische Unruhe mit selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten;

- Bedingungen, die eine Notaufnahme erfordern;
- programmierte Krankenhausaufenthalte;
- alle Tätigkeiten und/oder Leistungen, die in anderen Betreuungsformen (ambulant, DH) erbracht werden können.

Darüber hinaus darf die Intensivbeobachtungsstation nicht als Stützeinrichtung für geplante stationäre Aufnahmen oder Behandlungen, die in Ambulatorien oder Tageskliniken vorgenommen werden können, wegen fehlender Betten in anderen Operationseinheiten (in Erwartung der stationären Aufnahme) und für Patienten eingesetzt werden, die nach der Untersuchung in der Notaufnahme zur Entlassung bereits bestimmt sind.

9. ABSCHLUSS DER INTENSIVBEOBACHTUNG

Der Aufenthalt in der Intensivbeobachtungsstation, im Falle der Beobachtung in der Notaufnahme oder in den Fachabteilungen (24 Std. – Pädiatrie und Gynäkologie) wird ab Aufnahme des Patienten bis zu dessen Entlassung gemessen. Die Intensivbeobachtung endet entweder mit der Entlassung des Patienten, mit dessen Einweisung in eine Abteilung des Krankenhauses oder mit der Überstellung in ein anderes Institut. Die Intensivbeobachtungseinheit darf keine Überstellungen an andere operative Einheiten vornehmen, es sei denn der Patient wird ins Krankenhaus eingeliefert. Zu beachten, sei es im Falle der Krankenhauseinweisung nach Intensivbeobachtung in der Notaufnahme, als auch im Falle der Krankenhauseinweisung nach Intensivbeobachtung in der Abteilung, beginnt der Krankenhausaufenthalt mit der Uhrzeit und dem Datum der effektiven Zuweisung eines Bettes in der Versorgungseinheit.

Die Entlassung des Patienten obliegt dem Arzt der Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.). Bei Abwesenheit oder aus besonderen organisatorischen Gründen des Krankenhauses kann die Entlassung auch in die Zuständigkeit des Notarztes fallen. Bei anderen operativen Einheiten mit Intensivbeobachtungsstation obliegt die Entlassung des Patienten beim medizinischen Personal dieser Abteilung.

10. KLINISCHE UNTERLAGEN

Für die Erfassung der Tätigkeiten der Intensivbeobachtung wird auf Landesebene eine eigene klinische Unterlage (O.B.I.-Bogen) verwendet, die das klinische Tagebuch des Patienten, alle fachärztlichen

Leistungen, die Laborleistungen, die instrumentelle und Bilddiagnostik gemäß dem Landestarifverzeichnis der fachärztlichen Leistungen (Beschluss der LR Nr. 2568/1998 in geltender Fassung), sowie Diagnosen und vorgeschriebene Behandlungen und Endergebnis der Beobachtung enthält. Diese Unterlagen ergänzen den Notaufnahme-Bogen, der im Moment der Aufnahme des Patienten angelegt wird und werden im Falle der Einweisung ins Krankenhaus grundlegender Teil der Krankengeschichte.

Der Notaufnahme-Bogen bleibt während der gesamten Intensivbeobachtung „offen“ und wird vom Notarzt oder vom Facharzt einer anderen Operationseinheit erst „abgeschlossen“, wenn der Patient aus der Intensivbeobachtungsstation entlassen wird.

11. TARIFE UND TICKET FÜR DIE INTENSIVBEOBACHTUNG

Wenn auf die Intensivbeobachtung keine Einweisung in das Krankenhaus erfolgt, wird eine Pauschale zur Abdeckung der Verpflegungskosten verrechnet. Zudem werden alle einzelnen Leistungen gemäß Landestarifverzeichnis der Fachärztlichen Leistungen (Beschluss der LR Nr. 2568/1998 in geltender Fassung) dazu verrechnet. Was die vorgesehenen Tarife für die Intensivbeobachtungstätigkeiten anbelangt, so fallen bei Beobachtung und nachfolgender Einweisung alle Leistungen, ähnlich wie alle Leistungen der Notaufnahme, unter die Tarifordnung des DRG.

Für den Aufenthalt in der Intensivbeobachtungsstation ist seitens des Patienten keine Kostenbeteiligung vorgesehen, da die Beobachtung nicht aufschiebbar ist. Der Patient muss jedoch gemäß den Bestimmungen, die von der Landesregierung festgelegt wurden (Beschluss der LR Nr. 983/2019) das Ticket für die Aufnahme in die Notaufnahme und für die dort erbrachten Leistungen bezahlen.

12. ÜBERWACHUNG DER ANGEMESSENHEIT DER INTENSIV-BEOBACHTUNG

Die Aktivierung des Informationsflusses der Notaufnahme, integriert mit den Informationen der Intensivbeobachtung, wird es jedem Gesundheitsbezirk ermöglichen die eigene Notaufnahmetätigkeit und insbesondere die Beobachtungstätigkeit auszuwerten.

Die Intensivbeobachtung ist ein Instrument, das einer sorgfältigen und kontinuierlichen Überprüfung unterzogen werden muss, und das seine korrekte Verwendung durch die Berechnung der folgenden Angemessenheitsindikatoren bescheinigt.

Folgende Indikatoren wurden ermittelt:

TYPLOGIE	INDIKATOREN	BERECHNUNG	SCHWELLENWERT
Verwendung	Prozentsatz O.B.I.	Insgesamt O.B.I./Zugänge NA	-
Verwendung	Verweildauer in O.B.I.	O.B.I. $\leq$ 36h/insgesamt O.B.I.	$\geq$ 90%
Verwendung	Verweildauer in O.B.I.	O.B.I. $\leq$ 6h /insgesamt O.B.I.	$\leq$ 10%
Verwendung	Entlassene Patienten	O.B.I. mit Ergebnis Entlassung/insgesamt O.B.I.	$\geq$ 90%
Verwendung	Aufgenommene Patienten	O.B.I. mit Ergebnis Krankenhausaufnahme/insgesamt O.B.I.	$\leq$ 10%
Verwendung	Unangemessene Pathologien	Unangemessene Fälle ¹ /insgesamt O.B.I.	-
Performance	Wiederzugänge in NA	Entlassene O.B.I. mit Rückzuweisung in NA $<$ 24h/insgesamt O.B.I.	$<$ 5%

¹ Unangemessene Fälle werden auf der Grundlage, der in den Anhängen A und B festgestellten Pathologien definiert.

ANHANG A – KRANKHEITSBILDER FÜR DIE AUFNAHME ERWACHSENER PATIENTEN IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
HERZRRHYTHMUS-STÖRUNGEN	427.0 Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie 427.31 Vorhofflimmern 427.89 Andere kardiologische Herzrhythmusstörungen	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Vertiefung der instrumentellen und Labordiagnostik Pharmakologische und/oder Elektrotherapie und anschließende Überwachung der elektrischen Kardioversion Ausschluss von Rückfällen	Kürzlich aufgetretenes TPSV, Flutter oder VHF mit Indikation zur elektrischen/pharmakologischen Kardioversion VHF oder Flutter mit hoher ventrikulärer Reaktion und Bedarf an FC-Senkung	Hämodynamische Instabilität der Herzrhythmusstörungen, die eine komplexe diagnostische Vertiefung erfordern Herzinsuffizienz und SCA Akute Ereignisse	Überwachung der Parameter: FC, SATO2 Verabreichung von Antiarrhythmika EKG Kardiologische Beratung
ASTHMA	493.92 Asthma, nicht-spezifizierter Typ mit akuter Exazerbation	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Klinisch-instrumentelle Überwachung Pharmakologische Kontrolle der Symptome Vertiefung der Diagnose Behandlung des akuten Anfalls In den nachfolgenden Stunden Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Stabiler Patient mit Bronchospasmus und Dyspnoe (mittleren Grades), die bei der ersten NA-Behandlung (> 3 Aerosole) nicht verschwunden sind Sp O2 zwischen 90 und 95 %	Instabiles Krankheitsbild, Sa O2 < 90% Akute Ereignisse, die eine dringende Krankenhauseinweisung erfordern	Überwachung der Lebensfunktionen O2-Therapie Verabreichung von Kortikosteroiden und Bronchodilatoren (Salbutamol oder Ipratropium) mittels Spacer oder Vernebler EGA

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
KOPFSCHMERZEN	784.0 Kopfschmerzen	Klinische Abklärung Diagnostische Untersuchungen Überwachung der Parameter: PA, Fundus, CT, MRT; Neurologische Beratung Symptomatische Behandlung	Kopfschmerz mit negativer neurologischer Objektivität und negativer CT-Untersu- chung aufgrund sekundärer Ursachen oder keine Besse- rung nach dem ersten phar- makologischen Ansatz	Häodynamische Insta- bilität Begleitende akute Ereig- nisse	Schmerzbewertung anhand altersgerech- ter Skalen Schmerzstillende Therapie PA-Überwachung Fundus-Bewertung Neuroradiologische Untersuchungen Fachärztliche Konsul- tationen (Kopfschmerzzen- trum, NPI)
KONVULSIONEN	780.39 Konvulsive Krampfanfälle SAI	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Klinisch-instrumentelle Überwa- chung Diagnostik und Differentialdiagnose Pharmakologische Behandlung	Konvulsive Krampfanfälle in der Anamnese mit anhalten- dem post-kritischem Zustand, negativem Befund oder mit to- xischen oder alkoholbedingten Krampfanfällen oder mit er- höhtem Risiko eines Krampf- anfall-Rezidivs	Erste Episode Instabile klinische Zu- stände Akute begleitende Ereig- nisse	Überwachung der Le- bensfunktionen Verabreichung von Arzneimitteln Hämatologische Un- tersuchungen

ZUSTAND/SYMPATOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
DIARRHÖE	787.91 Diarrhöe SAI	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen. Klinische Überwachung. Vertiefung der instrumentellen und Labordiagnostik. Pharmakologische Betreuung der Symptome Flüssigkeitstherapie	Patienten, insbesondere ältere Menschen, mit Dehydratation und/oder Hydro-Elektrolyt-Veränderungen, mit oder ohne Erbrechen	Instabile klinische Zustände. Vorhandensein von starken Bauchschmerzen, Fieber und Immunsuppression. Vorliegen von Komorbiditäten und/oder akuten Ereignissen, die eine dringende Krankenhaus-einweisung erfordern.	Multi-Parameter-Überwachung EGA EKG Untersuchungen: Routine RX Brustkorb Hämokulturen Ko-Kulturen
DEHYDRATION	276.51 Dehydratation	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen. Durchführung hämatologischer Untersuchungen Rehydrierung über e.v. oder nasogastrale Sonde Überwachung der klinischen Symptome	Erbrechen und/oder Durchfall und leichte bis mäßige Dehydratation und/oder gestörtes Hydro-Elektrolyt-Gleichgewicht, insbesondere bei älteren Menschen	Häodynamische Instabilität, schwere Elektrolytstörungen, Schluckstörungen, Komorbidität	Einleitende/ ausschließende Überwachung Überwachung des Gewichts Überwachung der Parameter: FC, FR, PAO Kontrolle EGA/Elektrolyte/Glykämie Hydratation ev. oder durch NG-Sonde

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
BRUSTSCHMERZEN BEI VERDACHT AUF AKS	786.50 Nicht spezifizierte Brustschmerzen	Klinisch-instrumentelle Überwachung Überwachung mit Ultraschall Durchführung von regelmäßigen Blutentnahmen Diagnostische instrumentelle Vertiefung	Patienten mit normalem oder nicht-diagnostizierten EKG mit negativen Zeit-Null-Nekrose-Markern und hoher oder mittlerer Wahrscheinlichkeit eines akuten Koronarsyndroms (ACS).	Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit von ACS, Drogenmissbrauch, klinischer Instabilität. Vorliegen von Kriterien für eine dringende Einweisung	Multi-Parameter-Überwachung EGA EKG 0-4/6-12 h; Untersuchungen: Routine + TN nach 3-6 Std. RX Brustkorb Echo Herz Belastungstest oder Belastungs-Echographie Stress
SCHMERZTHERAPIE	338.0 Zentrales Schmerzsyndrom	Klinische Überwachung. Pharmakologische Überwachung der Symptome. Lokal-regionale Analgesie.	Patienten mit mäßigen bis starken Schmerzen (VAS >7), die auf eine angemessene Behandlung in der Notaufnahme nicht ansprechen, oder bei denen eine kontinuierliche oder lokal-regionale Analgesie (z. B. Epidural-Analgesie) durchgeführt werden muss	Instabile klinische Zustände. Vorliegen von Komorbiditäten und/oder akuten Ereignissen, die eine dringende Krankenhaus-einweisung erfordern.	Untersuchungen: Routine Venöser Zugang peripherisch/zentral Ev. Infusion der Therapie Lokal-regionale Blockade

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
INTOXIKATIONEN VERGIFTUNGEN	960 - 979 (Vergiftung durch Medikamente, Arzneimittel, und Bioprodukte) 305 Drogenmissbrauch ohne Abhängigkeiten (ausgenommen 305.0 – Alkoholmissbrauch) 980-989 Toxische Wirkungen von Substanzen, vorwiegend nicht-medikamentösen Ursprungs (ausgenommen toxische Wirkungen von ätzenden Substanzen)	Klinisch-instrumentelle Überwachung Vertiefung der instrumentellen und Labordiagnostik. Allgemeine und spezifische Therapie. Dekontamination oder verminderte Absorption Durchführung von hämatochemischen und instrumentellen Notfalluntersuchungen Durchführung toxikologischer Nachforschungen Behandlung mit spezifischen Gegenmittel Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Intoxikation mit Drogen, psychotropen Substanzen oder anderen toxischen Substanzen mit einer Latenzzeit der Wirkung < 24 h oder mit einer vollständigen Clearance des Medikaments < 30 h oder mit vollständigem und wirksamem Ansprechen auf ein unspezifisches und/oder spezifisches Gegenmittel bei einem stabilen Patienten	Verschlucken von ätzenden Substanzen Hämodiagnostische Instabilität Komorbidität und/oder Vorhandensein von akuten Ereignissen Unkontrollierbare Unruhe	Überwachung der Lebensfunktionen Dosierung von Medikamenten/Substanzen Verabreichung von Aktivkohle Verabreichung von Gegenmittel EKG-Überwachung EGA Routineuntersuchungen Doppelter Venenzugang ev CVC Gastrolusion Salzige Katharsis Ev EGDS RX Brustkorb
ANAPHYLAKTISCHE REAKTIONEN	995.2 N.n.bez. schädliche Wirkung durch Drogen, Medikamente, Seren und Impfstoffe	Klinisch-instrumentelle Überwachung. Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Therapie ev Bewertung des klinischen Verlaufs	Anaphylaktische Reaktionen mit Hauterscheinungen, die nicht innerhalb von 6 Stunden einer Therapie in der NA abklingen	Anaphylaktischer Shock Isolierte Hautreaktionen	Überwachung der Lebensfunktionen Verabreichung von Medikamenten

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
HERZINSUFFIZIENZ	428.0 Nicht spezifische kongestive Herzinsuffizienz	Klinisch-instrumentelle Überwachung Vertiefung der instrumentellen und Labordiagnostik Pharmakologische Behandlung	Patienten, die die Kriterien für die Einstufung als geringes Risiko erfüllen: NYHA-Klasse I II	Erster Vorfall. Instabiler klinischer Zustand. Vorliegen von Komorbiditäten und/oder akuten Ereignissen, die eine dringende Krankenhauseinweisung erfordern. NYHA-Klasse I II und IV	Multi-Parameter-Überwachung EGA Untersuchungen: routine + a12H Doppelter Venenzugang und CV RX Brustkorb Echo Herz TT Therapie ev
SYNKOPE	780.2 Synkope und Kollaps	Überwachung der Lebensfunktionen Durchführung und Überwachung EKG Kardiologische und neurologische Beratung Gegebenenfalls zusätzliche spezifische Untersuchungen: CT, MRI	Unbestimmte oder ungeklärte Ätiologie mit mittlerem-hohem Risiko	Instabiler klinischer Zustand Akute Ereignisse, die eine dringende Krankenhauseinweisung erfordern	EGA EKG Fachärztliche Konsultationen Überwachung der Lebensfunktionen
OHNMACHTS SYNDROM	780.4 Benommenheit und Schwindel	Klinische, instrumentelle und Labordiagnostik: Bluttests, HNO-Visite, neurologische Untersuchung, CT Pharmakologische Kontrolle der Symptome	Patient mit anhaltendem Schwindel, der eine Entlassung nicht zulässt	Zerebrales neurologisches Defizit oder vertebro-basilare Insuffizienz. Instabiler klinischer Zustand. Vorliegen von Komorbiditäten und/oder akuten Ereignissen, die eine dringende Krankenhauseinweisung erfordern.	Hämatologische Untersuchungen Fachärztliche Beratungen HNO

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
SCHMERZ-SYMPТОМАТИК (UNTERLEIBS-SCHMERZEN, NIERENKOLIKEN, SCHMERZEN IM BRUSTKORB, WUNDEN, DURCHFÜHRUNG VON ORTHOPÄDISCHEN LEISTUNGEN NACH UNFÄLLEN...)	786.5 Schmerzen im Brustkorb 788.0 Nierenkolik 789.0 Unterleibsschmerzen 338.11 Akutschmerzen nach Trauma	Diagnostische und instrumentelle Abklärung der Schmerzursache durch gezielte Untersuchungen Fachärztliche Beratung Behandlung spezifischer Pathologien Verabreichung von Schmerzmitteln Mäßige Sedierung Klinische und instrumentelle Überwachung	Diagnostische Hypothesen mit vorhersehbarer Entlassung innerhalb von 36 Stunden. Kürzlich aufgetretene Schmerzen bei stabilen Patienten, der keinen chirurgischen Eingriff benötigt	Vorliegen von Grunderkrankungen und/oder Notwendigkeit einer Betreuung, die voraussichtlich mehr als 36 Stunden in Anspruch nimmt POLYTHRAUMA oder instabiler oder sich verschlechternder klinischer Zustand	Auswertung nach Skalen Verabreichung von Medikamenten Hämatologische und instrumentelle
TIA	435.9 Vorübergehende nicht spezifizierte zerebrale Ischämie	Klinisch-instrumentelle Überwachung Vertiefung der instrumentellen und Labordiagnostik Pharmakologische Behandlung	Patienten mit negativer CT-Untersuchung, normalem Schluckvermögen, normalem Bewusstseinszustand, ohne hypertensive oder komatöse Krise, bei denen eine kardio-embolische Ursache ausgeschlossen wurde und mit einem ABCD2-Score <4.	Instabiler klinischer Zustand. Vorliegen von Komorbiditäten und/oder akuten Ereignissen, die eine dringende Krankenhausweisung erfordern.	EKG Untersuchungen: Routine Gehirn-CT Echo-Doppler-TSA

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
LEICHTES SCHÄDEL-HIRN- TRAUMA	850.0 Gehirnerschütterung ohne Verlust des Bewusstseins 850.1 Gehirnerschütterung mit kurzer Verlust des Bewusstseins	Klinische Beobachtung > 6 Stunden und bei Bedarf radiologische Untersuchungen. GCS und Überwachung des 3. Hirnnervs Diagnostisch-instrumentelle Vertiefung	GCS >14, ohne Möglichkeit zur Überwachung zu Hause oder bei Antikoagulanzen oder doppelter Aggregationshemmung Energiearme Dynamik	GCS < 13, instabiler Zustand Komorbidität und/oder akute Ereignisse Komorbide Risikofaktoren, die es unwahrscheinlich machen, dass der diagnostische und therapeutische Prozess innerhalb von 36 Stunden abgeschlossen werden kann	Überwachung der Parameter: FC, SatO2, PAO, Pupille Schmerzstillende Therapie CT bei GCS-Veränderungen oder Anzeichen einer endokrinalen Hypertonie NCH-Beratung bei komplizierter Fraktur oder endocranialer Läsion

ANLAGE B –KRANKHEITSBILDER FÜR DIE AUFNAHME PÄDIATRISCHER PATIENTEN IN DIE INTENSIVBEOBACHTUNGSSTATION

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
HERZRHYTHMUS-STÖRUNGEN	4270 Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie 427.31 Vorhofflimmern	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Therapie mit physikalischen und pharmakologischen Mitteln zur Normalisierung des Rhythmus; Überwachung der Patienten nach der elektrischen Kardioversion Ausschluss von Rückfällen in den darauffolgenden Stunden	TPS bei Patienten mit früheren Anfällen Vorhofflimmern bereits in Behandlung Erwartete Entlassung innerhalb von 36 Stunden	Hämodynamische Instabilität der Herzrhythmusstörungen, die eine komplexe diagnostische Vertiefung erfordern	Überwachung der Parameter: FC, SATO2 Verabreichung von Antiarrhythmika EKG Kardiologische Beratung
ASTHMA	493.92 Asthma, nicht-spezifizierter Typ mit akuter Exazerbation	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Hämatologische und radiologische Untersuchungen bei Bedarf Behandlung des akuten Anfalls Stündliche Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Bronchospasmus und mittlere Dyspnoe, die nicht bei der ersten NA-Behandlung behoben wurden SpO2 zwischen 90 und 95 %.	Schweres Krankheitsbild SaO2 < 90% (Schweregrad gemäß der GINA-Klassifizierung von Asthma-Schüben)	Überwachung der Parameter: FR, SATO2, FC O2-Therapie Verabreichung von Bronchodilatoren (Salbutamol oder Ipratropium) mittels Spacer oder Vernebler EGA
BRONCHIOLITIS	466.1 Akute Bronchiolitis	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen VRS-Untersuchung zur nasalen Aspiration Pharmakologische Behandlung und Sauerstoffversorgung In den folgenden Stunden Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Mittelmäßige Formen mit SaO2 > 90% und Alter > 1 Monat	Zusammenhang mit Risikofaktoren (Frühgeburt, Herzkerkrankungen, niedriges sozioökonomisches Niveau); Bedingungen, die eine reguläre stationäre Behandlung empfehlen	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC O2-Therapie Aerosoltherapie mit Adrenalin/Hypertonlösung Hydratation ev. EGA RSV-Forschung

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
KOPFSCHMERZ	784.0 Kopfschmerz	Klinische Abklärung Diagnostische Untersuchungen (Überwachung PA Fundus, CT, MRT); Neurologische Beratung, Symptomatische Behandlung, Entlassung nach Überwindung der Krise und eventuelle Planung einer ambulanten Nachbetreuung	Kopfschmerz mit negativer neurologischer Objektivität Rezidivierende Kopfschmerzen, die auf eine Behandlung nicht ansprechen Erste Episode, die auf eine Schmerztherapie nicht anspricht	Kinder mit akut auftretenden schweren Kopfschmerzen oder chronischen Kopfschmerzen mit Warnzeichen Schwere Grunderkrankungen (ESA, Meningitis)	Bewertung der Schmerzen anhand altersgerechter Skalen Schmerztherapie PA-Überwachung Fundus-Bewertung Neuroradiologische Untersuchungen Fachärztliche Beratung (Kopfschmerzzentrum, NPI)
EINFACHE FIEBERKÄMPFE	780.31 Fieberkrämpfe (einfache), nicht spezifizierte	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Gegebenenfalls hämatochemische Untersuchungen, Ausschluss von ZNS-Infektionen. Behandlung einer fieberhaften Erkrankung	Erste oder darauffolgende Episode von einfachen Fieberkrämpfen	Komplexe Fieberkrämpfe Fieberhafter Krankheitszustand	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC, Verabreichung von Benzodiazepinen hämatologische Tests zur Bestimmung der Art des Fiebers
DEHYDRATION	276.51 Dehydratation	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Durchführung hämatologischer Untersuchungen Rehydrierung über e.v. oder nasogastrale Sonde Überwachung der klinischen Symptome	Erbrechen und/oder Durchfall und leichte bis mittelmäßige Dehydratation, die sich durch orale Rehydratation nicht bessert und/oder mit verändertem Elektrolythaushalt	Hämodynamische Instabilität, schwere Elektrolytstörungen	Überwachung Eingeleitet/eliminiert Überwachung Gewicht Überwachung der Parameter: FC, FR, PAO Überwachung EGA/Elektrolyte/Blutzucker Hydratation ev oder NG-Sonde
EPILEPSIE	345.90 Epilepsie, nicht spezifiziert, ohne Erwähnung einer unbehandelbaren Epilepsie	Überwachung der Lebensfunktionen und Krisenbehandlung, wenn diese im Gange ist. Durchführung spezifischer Untersuchungen (EEG, MRT), Dosierung der verwendeten Medikamente im Blut, neurologische Beratung, Beurteilung der Behandlung	Bereits bekannte Epilepsie Patient mit einem Anfall, der auf die Behandlung anspricht und eine Beobachtung oder weitere diagnostische Untersuchung benötigt	Krankheitszustand Nachfolgende Krisen	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC EEG NPI-Beratung Dosierung von antikonvulsiven Medikamenten Verabreichung von antikonvulsiven Medikamenten

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
FIEBER	780.6 Fieber	Diagnostische Abklärung nicht in der NA durchführbar Gegebenenfalls Einleitung einer spezifischen Therapie	Unklare Ätiologie bei Kindern im Alter von > 1 Monat	< 1 Monat, Fontanelle ant. konvex, Nackensteifigkeit, starke Kopfschmerzen, schlechter Allgemeinzustand, septisches Schockbild	FC-Überwachung Flogose-Index Harnkulturuntersuchung Verabreichung von Arzneimitteln (Antipyretika/Antibiotika)
EINATMEN EINES FREMDKÖRPERS	934 Fremdkörper in der Luftröhre, den Bronchien und der Lunge	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Röntgenuntersuchung Diagnostische Bronchoskopie mit Fremdkörperentfernung Auswertung in den folgenden Stunden	Einatmung oder Verdacht auf Einatmung eines Fremdkörpers	Schwere Atemnot Anästhetische Unmöglichkeit	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC
HARNWEGSINFEKTION	599.0 Infektion der Harnwege, ohne Lokalisation	Diagnose durch hämatologische und Urinuntersuchungen, Ultraschall der Harnwege, Einleitung der Therapie mit Bewertung des Ansprechens	Alter > 3 Monate	Alter < 3 Monate, septisches Erscheinungsbild	Urinuntersuchung Harnkulturuntersuchung Flogose-Index T°-Überwachung Verabreichung von Arzneimitteln (Antipyretika/Antibiotika)
VERSCHLUCKEN VON FREMDKÖRPERN	933.0 c. e. im Rachenraum 935.1 c. e. in der Speiseröhre 935.2 c. e. im Magen 936 c. e. im Dünndarm und Dickdarm	Endoskopische Entfernung von Fremdkörpern Transitbeobachtung, wenn ein Fremdkörper im Magen liegt	Verschlucken von Fremdkörpern, die aufgrund ihrer Form, Größe oder Zusammensetzung Verletzungen der Schleimhäute verursachen können	Anästhetische Unmöglichkeit	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
VERGIFTUNGEN	960-979 (Arzneimittelvergiftung Medikamente und biologische Produkte) 305 Drogenmissbrauch ohne Sucht (außer 305.0 - Alkoholmissbrauch) 980-989 toxische Wirkungen von Substanzen von hauptsächlich nicht medizinischer Herkunft (ausgenommen toxische Wirkungen von ätzenden Substanzen)	Überwachung der Lebensfunktionen und Behandlung der Symptome Behandlung zur Beseitigung der toxischen Substanz oder zur Verringerung der Resorption Durchführung hämatochemischer und instrumentellen Notfalluntersuchungen Durchführung toxikologischer Untersuchungen Verabreichung von spezifischen Gegenmitteln Klinische Überwachung und Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Arzneimittelvergiftung, psychotrope Substanzen, andere toxische Substanzen Vorhersehbare Entlassung innerhalb von 36 Stunden in Abhängigkeit von der eingenommenen Substanzmenge und ihrer Halbwertszeit	Verschlucken von ätzenden Substanzen Hämodynamische Instabilität Begleitende oder vorherrschende interne Pathologien. Patienten mit offensichtlich selbstverletzendem Verhalten Unruhe PGCS <= 11	Überwachung der Parameter: FR, SatO2, FC Dosierung von Medikamenten/Substanzen Verabreichung von Aktivkohle Verabreichung von Gegenmitteln EKG
KEHLKOPFENTZÜNDUNG	464.0 Akute Kehlkopfentzündung	Behandlung des Anfalls mit Adrenalin als Aerosol und/oder systemischem Kortison Überwachung des Ansprechens auf die Therapie in den folgenden Stunden.	Mittlerer Schweregrad nach dem Westley-Score (Werte zwischen 4 und 6)	Leichte Form und extrem schwere Formen, die eine reguläre stationäre Einweisung empfehlen	Überwachung der Parameter: RF, SatO2, FC O2-Therapie Aerosoltherapie mit Adrenalin und Budesonide Kortisonverabreichung per os

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
LYMPHADENOPATHIE	785.6 Lymphknotenschwellung	Diagnostische Abklärung, die in der NA nicht mit hämatochemischen Untersuchungen durchgeführt werden kann Ultraschall Gegebenenfalls Beginn einer wissenschaftlichen Therapie	Diagnostische Hypothesen mit vorhersehbarer Entlassung innerhalb von 36 Stunden. Zustand mit Verdacht auf einer chirurgischen Entwicklung	Starker Verdacht auf eine onkologische Erkrankung Zustand mit eindeutiger chirurgischer Indikation	Flogose-Index EBV-Serologie Ultraschall HNO-Beratungen Verabreichung von Arzneimitteln
PNEUMONIE	486 Pneumonie, Erreger nicht spezifiziert	Durchführung von hämatologischen und radiologischen Untersuchungen zur Diagnosestellung Beginn einer antibiotischen Behandlung mit Bewertung des Ansprechens auf die Therapie	Mittelmäßiges Ausmaß, je nach Allgemeinzustand des Kindes, Sättigung, radiologischem Erscheinungsbild	Zyanose in Ruhe, schwere Noterscheinung	Überwachung der Parameter: FR-SatO2, FC Flogose-Index Mykoplasmen-Serologie RX Thorax Ultraschall Thorax Verabreichung von Antibiotika ev/os
ANAPHYLAKTISCHE REAKTIONEN	995.2 nicht spezifizierte unerwünschte Wirkungen von Medikamenten, Arzneimitteln, und Bioprodukten	Stabilisierung und Überwachung der Lebensfunktionen Therapie mit Adrenalin, Kortison, Antihistaminika ev Beurteilung des klinischen Verlaufs	Anaphylaktische Reaktionen mit Atemwegerscheinungen, die nicht innerhalb von 6 Stunden einer Therapie in der NA abklingen	Anaphylaktischer Shock Isolierte Hautreaktionen	Überwachung der Parameter: RF, SatO2, FC Verabreichung von Medikamenten (Antihistaminika, Kortison)
SYNKOPE	780.2 Synkope und Kollaps	Überwachung der Lebensfunktionen Durchführung EKG und Kardiologische und neurologische Beratung Gegebenenfalls zusätzliche spezifische Untersuchungen /Neurologische Visite CT, MRI)	Von zweifelhafter Dynamik	Kardiologische Synkope Vasovagale Synkope	EGA EKG Fachberatungen (Kardiologie/NPI)

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
OHNMACHTSSYNDROM	780.4 Benommenheit und Schwindel	Klinische Abklärung Blutuntersuchungen, HNO-Visite, neurologische Visite, CT	Patient mit anhaltendem Schwindel	Neurologisches Defizit, Beeinträchtigung des Bewusstseins	Hämatologische Untersuchungen Fachärztliche Beratungen HNO/NPI
SCHMERZ-SYMPТОМАТИК (UNTERLEIBS-SCHMERZEN, NIERENKOLIKEN, SCHMERZEN IM BRUSTKORB, WUNDEN, DURCHFÜHRUNG VON ORTHOPÄDISCHEN LEISTUNGEN NACH UNFÄLLEN...)	786.5 Schmerzen im Brustkorb 788.0 Nierenkolik 789.0 Unterleibsschmerzen 338.11 Akutschmerzen nach Trauma	Diagnostische Abklärung der Schmerzursache Fachärztliche Beratung Behandlung der spezifischen Pathologie Verabreichung von schmerzstillenden Mitteln Mäßige Sedierung	Diagnostische Hypothesen/Meinung mit vorhersehbarer Entlassung innerhalb von 36 Stunden.	Vorliegen von Grunderkrankungen und/oder Notwendigkeit einer Betreuung, die voraussichtlich mehr als 36 Stunden in Anspruch nimmt	Bewertung der Schmerzen anhand altersgerechter Skalen Verabreichung von Medikamenten Hämatologische und instrumentelle Untersuchungen zur Klärung der Ursache
GESCHLOSSENES BAUCH-BECKEN-TRAUMA	922.2 Prellung der Bauchdecke 843 Verstauchungen und Zerrungen der Hüfte und des Oberschenkels 846 Iliosacralbereich 847.2 Lendenwirbelsäule 847.3 des Kreuzbeines 847.4 des Steißbeines 911 Oberflächliche Rumpferletzungen	Ausschluss von Komplikationen bei leichten Traumata	Leichtes Bauchtrauma, abgeschlossen mit anfänglicher negativer Bewertung auf Komplikationen	Schweres Trauma Häodynamische Instabilität	Überwachung der Parameter: FC, SatO2 Radiologische und Ultraschalluntersuchungen Schmerzstillende Therapie

ZUSTAND/SYMPTOM	ICD9-CM	RATIONALE	KRITERIEN AUFNAHME	KRITERIEN AUSSCHLUSS	EMPFOHLENE LEISTUNGEN
LEICHTES SCHÄDEL-HIRN- TRAUMA	850.0 Gehirnerschütterung ohne Verlust des Bewusstseins 850.1 Gehirnerschütterung mit kurzzeitigem Verlust des Bewusstseins	Klinische Beobachtung länger als 6 Stunden und eventuell radiologische Untersuchungen. Entlassung, wenn keine neurologischen Störungen auftreten	GCS ≥ 14 , symptomatisch (Kopfschmerzen, Erbrechen, Amnesie, Schläfrigkeit, weiches Kopfhämatom mit neurologisch negativem EO Triviale Traumadynamik	Begleitende Risikofaktoren, die es unwahrscheinlich machen, dass der diagnostisch-therapeutische Prozess innerhalb von 36 Stunden abgeschlossen werden kann	Überwachung der Parameter: FC, SatO ₂ , PAO, Pupille Schmerzstillende Therapie CT bei GCS-Veränderungen oder Anzeichen einer endokrinalen Hypertonie NCH-Beratung bei komplizierter Fraktur oder endocrinaler Läsion
GESCHLOSSENES THORAX-TRAUMA	922.1 Prellung der Brustwand, 847.1 Verstauchungen und Verzerrungen des Brustkorbs 911 Oberflächliche Traumata des Rumpfes	Ausschluss von Komplikationen bei leichten Traumata	Leichtes Brustkorbtrauma, abgeschlossen mit anfänglicher negativer Bewertung auf Komplikationen	Schweres Trauma Hämodynamische Instabilität	Überwachung der Parameter: FC, SatO ₂ , FC Radiologische Untersuchungen Schmerzstillende Therapie