Zielsteuerung-Gesundheit
Bund • Länder • Sozialversicherung

ÖSG 2017

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017

inklusive Großgeräteplan

gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission
vom 30. Juni 2017
inklusive der bis 6. April 2018 beschlossenen Anpassungen

Zielsteuerung-Gesundheit
Bund • Länder • Sozialversicherung

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017

inklusive Großgeräteplan

gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission
vom 30. Juni 2017

inklusive der bis 6. April 2018 beschlossenen Anpassungen

verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)
im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Gesundheit Österreich GmbH

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND KONSUMENTENSCHUTZ

Impressum

Herausgeber und Medieninhaber:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:
Bundesgesundheitsagentur, vertreten durch SC Dr. Clemens-Martin Auer (BMASGK, Sektion VIII)

Projektteam und AutorInnen der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG):
Karin Eglau
Gerhard Fülöp
Stephan Mildschuh
Petra Paretta

Unter Mitarbeit von:
Ines Czasný, Daniela Kern, Eva-Maria Kernstock, Stefan Mathis-Edenhofer, Thomas Neruda, Eva Pilz, Elisabeth Pochobradsky, Florian Röthlin, David Wachabauer, Manfred Willinger (GÖG)
Ulrike Schermann-Richter, Thomas Worel (BMGF)

Projektsekretariat:
Verena Paschek (GÖG)

Fachliche Abstimmung in der Fachgruppe Planung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit
unter Leitung von Gerhard Embacher (BMGF) und Moderation von Joy Ladurner (GÖG)

Wien, April 2018

ISBN 978-3-903099-27-2

Vorbemerkungen

Der ÖSG ist zentrales Planungsinstrument im österreichischen Gesundheitswesen. Ein Expertenteam aus den Bereichen Medizin, Ökonomie und Planung erarbeitete Grundlagen und Richtwerte und entwickelt seine Inhalte kontinuierlich weiter. Der erste Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) wurde von der damaligen Bundesgesundheitskommission 2006 beschlossen und löste den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) ab. Seither wurde der ÖSG mehrmals aktualisiert und erweitert (2008, 2010, 2012). Festlegungen für die stationäre Akutversorgung wurden sukzessive um Aussagen zur ambulanten Versorgung und zur Rehabilitation ergänzt. Seit 2013 ist der ÖSG Bestandteil der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit).

Der hier vorliegende ÖSG 2017 wurde vollständig überarbeitet, neu strukturiert, aktualisiert und ausgebaut. Die inhaltlichen Erweiterungen gegenüber dem ÖSG 2012 umfassen speziell Aufgabenprofile und Qualitätskriterien für den ambulanten Bereich. Für den akutstationären Bereich wurden Qualitätskriterien eingeführt, die im Rahmen der Versorgung von Schwerbrandverletzten, von Personen mit seltenen Erkrankungen und jenen mit hochkontagiösen lebensbedrohlichen Erkrankungen sowie von Personen in der Palliativ- und Hospizversorgung anzuwenden sind und für Zentren für medizinische Genetik gelten. Hinsichtlich Prozessqualität thematisiert der ÖSG 2017 Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Hygiene mit dem Ziel die Patientensicherheit zu gewährleisten und zu verbessern.

Die Arbeiten zum ÖSG 2017 beinhalteten zu speziellen Themen und Fragestellungen Expertenrunden bzw. Expertengespräche, worin jeweils zusätzliche medizinische Expertise generiert wurde. Mehrere Arbeitsgremien der Bundesgesundheitsagentur, die sich aus Mitgliedern von Bund, allen Bundesländern und der Sozialversicherung zusammensetzen, behandelten in zahlreichen Arbeitssitzungen ÖSG-Inhalte in jedem Detail und legten sie substanziell fest. Zusätzlich durchlief der ÖSG-Rohentwurf einen intensiven Prüfprozess unter Einbeziehung zahlreicher Stakeholder, wonach die Ergebnisse nochmals überarbeitet wurden.

Der ÖSG 2017 wurde von Bund, allen Bundesländern und der Sozialversicherung in der Bundes-Zielsteuerungskommission einvernehmlich festgelegt und beschlossen und tritt am 30.6.2017 in Kraft.

Inhalt

Vorbemerkungen **5**

Inhalt **7**

Abkürzungen **11**

1 Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 15

1.1 Planungsgegenstand und Geltungsbereich **15**

1.2 Grundsätze der Planung **16**

1.3 Rechtliche Grundlagen und Umsetzung **17**

1.4 Planungshorizont **22**

1.5 Aufbau und Inhalte **22**

1.6 Weiterentwicklung und Ausblick **24**

2 Planung 25

2.1 Grundsätze und Ziele **25**

2.1.1 Integrative regionale Versorgungsplanung 25
2.1.2 Präklinische Notfallversorgung 27
2.1.3 Versorgungsstufenmodell für akut und chronisch Kranke 27
2.1.3.1 Laienversorgung 28
2.1.3.2 Primärversorgung 29
2.1.3.3 Ambulante Fachversorgung 29
2.1.3.4 Akutstationäre inklusive tagesklinische Versorgung 30
2.1.3.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst 30
2.1.3.6 Einordnung der ÖSG-Regelungen in das Versorgungsstufenmodell 31
2.1.4 Rehabilitation 33
2.1.5 Nahtstellen zum Sozialbereich 33

2.2 Planungsgrundlagen und Richtwerte **34**

2.2.1 Rahmenbedingungen der Angebotsplanung 34
2.2.2 Ambulante Versorgung 36
2.2.2.1 Primärversorgung 36
2.2.2.2 Ambulante Fachversorgung 36
2.2.2.3 Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich 37
2.2.3 Akutstationäre inklusive tagesklinische Versorgung 40
2.2.3.1 Planungsrichtwerte für den akutstationären Bereich 40
2.2.3.2 Versorgungsmatrix und Planungsgrundlagenmatrix 42
2.2.4 Ergänzende Planungsgrundlagen für ausgewählte Versorgungsbereiche 43
2.2.5 Überregionale Versorgungsplanung 46
2.2.6 Rehabilitation 52
2.2.6.1 Rehabilitation für Erwachsene 53
2.2.6.2 Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche 56
2.2.6.3 Weiterentwicklung der Rehabilitationsplanung 57

2.3 Organisation **58**

2.3.1 Ambulante Versorgung 58
2.3.1.1 Primärversorgung 60
2.3.1.2 Ambulante Fachversorgung 61

2.3.2 Akutstationäre inklusive tagesklinische Versorgung 62
2.3.2.1 Krankenanstalten-Typen 62
2.3.2.2 Organisationsformen 63
2.3.2.3 Betriebsformen 66
2.3.3 Rehabilitation 68

2.4 Strukturelle Vorgaben für RSG-Inhalte 68
2.4.1 RSG-Planungsmatrix 68
2.4.2 Versorgungsaufträge im RSG 70

3 QUALITÄTSKRITERIEN 71

3.1 Ambulante Versorgung 74
3.1.1 Leistungsmatrix - ambulant (LM-amb) 74
3.1.2 Aufgabenprofile 75
3.1.3 Primärversorgung (PV) – Aufgabenprofil und Ausstattung 77
3.1.3.1 (Teambasierte) Primärversorgungseinheit (PV-Einheit) 77
3.1.3.2 Organisatorische Aufgaben in der (teambasierten) Primärversorgung 82
3.1.4 Ambulante Fachversorgung (Aufgabenprofile und Ausstattung) 83
3.1.4.1 Augenheilkunde und Optometrie (AU) 83
3.1.4.2 Haut- und Geschlechtskrankheiten (DER) 84
3.1.4.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH) 85
3.1.4.4 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO) 86
3.1.4.5 Innere Medizin (IM) 87
3.1.4.6 Lungenheilkunde/Innere Medizin – Pneumologie, (PUL) 88
3.1.4.7 Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU) 90
3.1.4.8 Neurologie (NEU) 92
3.1.4.9 Urologie (URO) 94

3.2 Akutstationäre inklusive tagesklinische Versorgung sowie angrenzende Versorgungsbereiche 95
3.2.1 Allgemeine Qualitätskriterien für alle Fachbereiche 95
3.2.2 Leistungsmatrix – stationär (LM-stat) 97
3.2.3 Qualitätskriterien für Versorgungsmodelle ausgewählter Fach- und Versorgungsbereiche 101
3.2.3.1 Anästhesiologische Versorgung (AN) 104
3.2.3.2 Intensivmedizinische Versorgung (INT) 105
3.2.3.3 Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KIJU, KJC) 110
3.2.3.4 Versorgung von Schwangeren, Neugeborenen und Wöchnerinnen (GH) 113
3.2.3.5 Trauma-Versorgung (TR) 116
3.2.3.6 Schwerbrandverletztenversorgung (BRA) 118
3.2.3.7 Erkrankungen des Nervensystems (NEU, NCH, Spezialzentren) 120
3.2.3.8 Psychische Erkrankungen (PSY, KJP) 125
3.2.3.9 Krebserkrankungen (ONK, KJONK, STR, SZT) 128
3.2.3.10 Nierenerkrankungen (NEP, DIA) 134
3.2.3.11 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (KAR, HCH, KHZ, GCH) 136
3.2.3.12 Thoraxchirurgie (TCH) 140
3.2.3.13 Transplantationschirurgie (TXC) 141
3.2.3.14 Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT) 143
3.2.3.15 Zentren für Medizinische Genetik (ZMG) 144
3.2.3.16 Seltene Erkrankungen (SE) 145
3.2.3.17 Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE) 147

3.2.4 Qualitätskriterien für spezielle Versorgungsbereiche 149
3.2.4.1 Erstversorgung von Akutfällen in Akutkrankenanstalten (ZAE) 149
3.2.4.2 Psychosomatische Versorgung (PSO-E, PSO-KJ) 151
3.2.4.3 Multidimensionaler Versorgungsbedarf (AG/R, RNS) 153
3.2.4.4 Unheilbar kranke und sterbende Menschen (PAL/HOS-E, PAL/HOS-KJ) . 155

3.3 Rehabilitation 161

3.4 Sektorenübergreifende Qualitätskriterien 161
3.4.1 Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme 161
3.4.2 Patientensicherheit 161
3.4.2.1 Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Hygiene 161
3.4.3 Prozessqualität im Gesundheitssystem 162
3.4.3.1 Integrierte Versorgung 162
3.4.3.2 Nahtstellenmanagement 163
3.4.3.3 Präoperative Diagnostik 164
3.4.4 Ergebnisqualität 165

4 GROSSGERÄTEPLAN 167

4.1 Grundsätze und Ziele 167

4.2 Planungsgrundlagen und Richtwerte 169

4.3 Qualitätskriterien 170

4.4 Festlegungen zum Großgeräteplan 172

ANHANG 181

Anhang 1: Glossar 183

Anhang 2: Bemessung von ambulanten Betreuungsplätzen in definierten Versorgungsbereichen 193

Anhang 3: Risikoliste Geburtshilfe 195

Anhang 4: Präklinische Versorgung von schweren Schädel-Hirn-Traumen 197

Anhang 5: Planungsgrundlagenmatrix (PM) 199

Anhang 6: Versorgungsmatrix (VM) 201

Anhang 7: Leistungsmatrix-ambulant (LM-amb) 203

Anhang 8: Leistungsmatrix-stationär (LM-stat) 205

Anhang 9: RSG-Planungsmatrix (RSG-PM) 207

Anhang 10: Großgeräteplan (GGP) 209

Anhang 11: Versorgungssituation 2014/2015 nach Regionen 211

TABELLENBAND 217

Abkürzungen

ÄAO	Ärzteausbildungsordnung
ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
Abs.	Absatz
ABT	Abteilung (in einer KA)
AFB	Altenfachbetreuer/in
AG	Angehörigengruppe
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AM	(Arzt/Ärztin für) Allgemeinmedizin
ambBP	ambulanter Betreuungsplatz
ambTP	ambulanter Therapieplatz
AN	anästhesiologische Versorgung
AN/INT	Anästhesiologie und Intensivmedizin
AN-KI	Anästhesie für Kinder
AP	affiliierte Partner
ÄPIII	ÄrztInnen mit PSY III Diplom der ÖÄK
ArbM	mobile Arbeitsunterstützung (z.B. Arbeitsassistenz, Jobcoaching, Mentoring)
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AU	Augenheilkunde und Optometrie
AZU	Arbeitsplätze für psychisch Kranke, zeitlich unbegrenzt
BÄ	Bettenäquivalent
BB	Bettenbericht des BMGF
BD	Bundesdurchschnitt
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGBl	Bundesgesetzblatt
BLB	Besondere Leistungsbereiche der LAP
BA	Biomedizinische Analytik
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMZ	Bettenmessziffer
BPoS	Best Point of Service
BRA	Schwerbrandverletzten-Versorgung
BRZ	Brustzentrum
BSR	Bewegungs-/Stützapparat bzw. Rheumatologie
BTD	Belagstagedichte
BV	Basisversorgung gem. LM-stat
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
CCU	Herzüberwachungseinheit (coronary care unit)
CH	Chirurgie bzw. Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
CH-GCH	Chirurgie mit Additivfach GCH bzw. Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie
CL	Konsiliar- und Liaisondienst
COR	Herzkatheterarbeitsplätze
CPAP	continuous positive airway pressure
CT	Computertomographiegeräte
dBD	durchschnittliche Belagsdauer
DEP	Department
DER	Dermatologie (Haut- und Geschlechtskrankheiten)
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, einschließlich Einsatz von PflegefachassistentInnen gemäß GuKG 2016
DKKP	diplomiertes Pflegepersonal zur Kinder- und Jugendlichenpflege berechtigt, einschließlich Einsatz von PflegefachassistentInnen gemäß GuKG 2016
DIA	Dialyseeinheit (für chronische Hämodialyse)
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DSA	digitale Subtraktions-Angiographieanlage
dTK	dislozierte Tagesklinik
dWK	dislozierte Wochenklinik
EbM	Evidence based Medicin
ECT	Emissions-Computer-Tomographiegeräte (inkl. ECT-CT)
ED	Ergotherapie
EEG	Elektroenzephalogramm
EH	Eingliederungshilfen zeitlich begrenzt (z.B. Arbeitstrainingszentren, sozioökonomische Beschäftigungsprojekte)
EKG	Elektrokardiographie
EMG	Elektromyogramm
ENG	Elektroneurographie
EPMS	extrapyramidalmotorisches System
ERC	European Resuscitation Council
ESWL	Extrakorporale Stoßwellen-Lithotripsie
ET	Einheit (für PAL, PSO-KJ)
EW	EinwohnerInnen
EZ	Expertisezentrum (für seltene Erkrankungen)
FA	Facharzt oder Fachärztin (singular)
FÄ	FachärztInnen (plural)
FDSB	Fach-SozialbetreuerInnen bzw. Diplom-SozialbetreuerInnen inkl. AltenfachbetreuerInnen
FKA	Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt
FR	Fachrichtung
FSP	Fachschwerpunkt
FUCO	Funktionscode gem. KA-Statistik
GB	Gesundheitsberufe
GCH	Gefäßchirurgie
GCHZ	Zentrum für Gefäßchirurgie
GDA	GesundheitsdiensteanbieterIn(nen)
GEM	gemischter Belag
GG	Großgeräte
GGH	Frauenheilkunde (Gynäkologie) und Geburtshilfe
GGP	Großgeräteplan
GH	Geburtshilfe
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
G-ZG	Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I Nr. 26/2017)
GYN	Frauenheilkunde (Gynäkologie)
HCH	Herzchirurgie
HD	Hauptdiagnose
HDia	(chronische) Hämodialyse
HDG	Hauptdiagnosen-Gruppe
HH	Heimhilfe
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HKLE	hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HOS	Hospizbereich
HP	intraoperative histopathologische Untersuchung (LM-stat)
HPV	Human Papilloma Virus
HTX	Herztransplantation
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
HZV	Herzzeitvolumen
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICU	Intensive Care Unit
i.d.g.F.	in der jeweils gültigen Fassung
IM	Innere Medizin
IM-ANG	IM mit Additivfach ANG oder Innere Medizin und Angiologie
IM-EKRI	IM mit Additivfach EKRI oder Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
IM-GAS	IM mit Additivfach GAS oder Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie
IM-INT	IM mit Additivfach INT oder Innere Medizin und Intensivmedizin
IM-INF	IM mit Additivfach INF oder Innere Medizin und Infektiologie
IM-KAR	IM mit Additivfach KAR oder Innere Medizin und Kardiologie
IM-NEP	IM mit Additivfach NEP oder Innere Medizin und Nephrologie

IM-ONK	IM mit Additivfach ONK oder Innere Medizin und Onkologie
IM-PUL	Innere Medizin und Pneumologie
IM-RHE	IM mit Additivfach RHE oder Innere Medizin und Rheumatologie
IMCU	Intermediate Care Unit
INT	intensivmedizinische Versorgung bzw. Intensivbereich
IONKA	assoziiertes Angebot für internistische Onkologie und Hämatologie
IONKS	Schwerpunkt für internist. Onkologie/Hämatologie
IONKZ	Zentrum für internistische Onkologie/Hämatologie
IRVP	integrative regionale Versorgungsplanung
IS	Intensiveinheit; ICU gemäß LKF-Modell
iVm	in Verbindung mit
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
Kap.	Kapitel
KAR	Kardiologie - endovaskulär
KH	Krankenhaus
KHH	Krankenhaushäufigkeit
KHCH	Herzchirurgie für Kinder und Jugendliche
KHZ	Kinderherzzentrum
KiDIA	Kinderdialyse
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
KJC	Kinder- und Jugendchirurgie
KJONK	Kinder- und Jugendonkologie
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
KJZ	Kinder- und Jugendmedizinisches Zentrum
KKAR	Kinder- und Jugendkardiologie – endovaskulär
KLUB	Klubeinrichtungen
KP/GP	klinische PsychologInnen/ GesundheitspsychologInnen
KV	Krankenversicherung
LAB	medizinische und chemische Labordiagnostik
LAP	Leistungsangebotsplanung
LGF	Landesgesundheitsfonds
LH	Laienhilfe
LIN	Linearbeschleuniger
LJ	Lebensjahr
L-KAP	Landes-Krankenanstaltenplan
LKF	Leistungsorientierte KA-Finanzierung
LM-amb	Leistungsmatrix - ambulant
LM-stat	Leistungsmatrix - stationär
LOG	Logopädie
LTX	Lebertransplantation
LuTX	Lungentransplantation
L-ZK	Landes-Zielsteuerungskommission
MABG	Medizinische Assistenzberufe Gesetz
MBZ	Mindestbettenzahl
MedStrSchV	Medizinische Strahlenschutzverordnung
MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF-Modell
MG	Medizinische Genetik
MFL	Mindestfrequenz (Leistungen/Leistungserbringer)
MFS	Mindestfallzahl pro Standort (Leistungen/KA-Standort)
MHG	MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MKP	Mutter-Kind-Pass
MPV	multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich
MR	Magnetresonanz-Tomographiegeräte
MTD	gehobener medizinisch-technischer Dienst
MVS	Mindestversorgungsstufe
NAP	Nationaler Aktionsplan
NCH	Neurochirurgie
NEO	Neonatologie
NEP	Nephrologische Versorgung
NEPZ	Nephrologisches Zentrum
NEU	Neurologie
NEU-ANB/B	neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe B
NEU-ANB/C	neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe C
NIBP	Non-invasive Blood Pressure
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NIMCU	Neonatal Intermediate Care Unit
NLG	Nervenleitgeschwindigkeit
NONKZ	Spezialzentrum für neuroonkologische Erkrankungen
NSM	Nahtstellenmanagement
NTA	Nulltagesaufenthalte
NTX	Nierentransplantation
NUK	Nuklearmedizin
NUKT	Nuklearmedizinische stationäre Therapie (Bettenstation)
NWF	Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ONK	Onkologische Versorgung
ONKZ	Onkologisches Zentrum
OP	Operationssaal
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ORTR	Orthopädie und Traumatologie
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PA	Pflegeassistenz (inkl. Pflegehelfer)
PACS	Picture Archiving and Communication System
PAL	Palliativmedizin
PAT	Pathologie bzw. Klinische Pathologie und Molekularpathologie
PCH	Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie
PD	Physiotherapie
PDia	Peritonealdialyse
PET	Positronen-Emissions-Computertomographie (inkl. PET-CT, PET-MR)
PFA	Pflegefachassistenz
PICU	Paediatric Intensive Care Unit
PIMCU	Paediatric Intermediate Care Unit
PKD	Palliativ-Konsiliardienst
PM	Planungsgrundlagenmatrix (ÖSG), Planungsmatrix (RSG)
PMR	Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
PND	Psychosozialer Notdienst, Krisenineventionsstelle, Krisenzimmer
PNZ	Perinatalzentrum
POC	Point of Care Diagnostik
PRIKRAF	Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds
PRW	Planungsrichtwert
PSB	Psychosoziale Beratung und Betreuung
PSO	Psychosomatik
PSO-E	Psychosomatik für Erwachsene
PSO-KJ	Psychosomatik für Kinder und Jugendliche
PSY	Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
PTCA	Percutane Transluminale Coronarangioplastie
PUL	Pulmologie, Lungenkrankheiten, siehe auch → *IM-PUL*
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit
Q	Quellbezug
QK	Qualitätskriterium, -kriterien
QS	Qualitätssicherung
RAD	Radiologie
RCU	Respiratory Care Unit
RFZ	Referenzzentrum
RIG	Rehabilitations-Indikationsgruppe
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
RNS	Remobilisation/Nachsorge
ROF	reduzierte Organisationsform
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RR	Blutdruckmessmethode nach Riva-Rocci
RT	Radiologietechnologe/-in
RZ	Rehabilitationszentrum
SAN	Sanatorium
SAT-DEP	Satelliten-Department
SE	Seltene Erkrankungen

SHG	Selbsthilfegruppe
SKA	Sonderkrankenanstalt
SOP	standard operating procedure
SPECT	Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie
SPZ	Spezialzentrum
SQK	Strukturqualitätskriterien
SSW	Schwangerschaftswoche
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie / Hochvolt-therapie; STR-Geräte
SU	Stroke Unit
SV	Sozialversicherung
SVE	Standardversorgungseinheit
SZT	Stammzelltransplantation
TA	Terminambulanz
TA-AM	Turnusarzt/-ärztin in Ausbildung zum/zur Allgemeinme-dizinerIn
TA-FA	Turnusarzt/-ärztin in Ausbildung zum/zur FachärztIn
TÄ	TurnusärztInnen (plural)
TCH	Thoraxchirurgie
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
TK	Tagesklinik
TRZ	Traumazentrum
TS	Tagesstruktur/Tagesbetreuung/Tagesstätten
TXC	Transplantationschirurgie
UbG	Unterbringungsgesetz
UCH	Unfallchirurgie
UCNC	Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen
UE	Überwachungseinheit; IMCU gemäß LKF-Modell
ÜRVP	Überregionale Versorgungsplanung
UKH	Unfallkrankenhaus
URO	Urologie
VM	Versorgungsmatrix
VMMHG	Obergruppen der MHG in der Versorgungsmatrix
VO	Verordnung
VR	Versorgungsregion
VU	Vorsorgeuntersuchung
VZ	Versorgungszone
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WOH	Wohnheime, Wohngemeinschaften, Übergangswohnen, mobil betreutes Wohnen
Z	Zielbezug
ZA	Zusammenarbeit
ZAE	zentrale ambulante Erstversorgung
ZMG	Zentrum für Medizinische Genetik
ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
ZNA	Zentrale Notaufnahme
ZNS	Zentrales Nervensystem
ZVD	zentraler Venendruck

1 Der Österreichische Strukturplan Gesundheit

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sind die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung in Österreich.[1] Der ÖSG ist seit dem Jahr 2013 integraler **Bestandteil der Gesundheitsreform** (Zielsteuerung-Gesundheit) und ist mit den Zielen und Maßnahmen der Gesundheitsreform abgestimmt.

Die vorliegende Fassung des ÖSG enthält als **Rahmenplan** verbindliche Vorgaben für die Planung bestimmter Bereiche des Gesundheitsversorgungssystems, im Besonderen für regionale und sektorale Detailplanungen (Gesundheitsstruktur- und Leistungsangebotsplanung) in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) sowie Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität.[2]

1.1 Planungsgegenstand und Geltungsbereich

Die Inhalte des ÖSG und der RSG berücksichtigen und adressieren grundsätzlich sämtliche GesundheitsdiensteanbieterInnen (GDA) und Gesundheitseinrichtungen im Versorgungssystem, umfassen aber jedenfalls die folgenden Bereiche[3]:

- **Ambulanter Bereich** der Sachleistung, d.h. niedergelassene ÄrztInnen und ZahnärztInnen mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Spitalsambulanzen;
- **Akutstationärer Bereich und tagesklinischer Bereich** in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und Unfallkrankenhäusern, sofern dieser aus Mitteln der Gebietskörperschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert wird;
- **Ambulanter und stationärer Rehabilitationsbereich** mit besonderer Berücksichtigung des bedarfsgerechten Auf- und Ausbaus von Rehabilitationsangeboten für Kinder und Jugendliche.

Eine umfassende Gesundheitsversorgung bedarf auch der (koordinierten) Zusammenarbeit mit Versorgungsbereichen außerhalb der oben definierten Bereiche. Daher sind bei der integrativen Versorgungsplanung als **Rahmenbedingungen** jedenfalls mit zu berücksichtigen:

- Die Versorgungswirksamkeit von WahlärztInnen, WahltherapeutInnen, Sanatorien und sonstigen **Wahleinrichtungen**, sofern von diesen sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbracht werden;
- der **Sozialbereich**, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements und hinsichtlich komplementärer Versorgungsstrukturen (im Sinne „kommunizierender Gefäße“) für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist (z.B. psychosozialer Bereich, Pflegebereich);
- das **Rettungs- und Krankentransportwesen** (inklusive präklinischer Notfallversorgung) im Sinne bodengebundener Rettungsmittel und Luftrettungsmittel (sowohl inklusive als auch exklusive der notärztlichen Komponente) sowie der Krankentransportdienst.

Weitere Rahmenbedingungen ergeben sich aus den Aufgaben und Aktivitäten der Gesundheitsförderung und der Prävention, des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sowie sämtlicher sektorenübergreifenden Aufgaben und Anforderungen, die eine möglichst rasche und lückenlose Betreuungs- und Behandlungskette gewährleisten können.

[1] § 19 Abs. 1 G-ZG
[2] § 19 Abs. 2 G-ZG
[3] § 18 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit §§ 20 und 21 G-ZG

1.2 Grundsätze der Planung

Die Grundsätze für die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur sind im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit wie folgt festgelegt[4]:

- Die integrative Versorgungsplanung hat die **Beziehungen** zwischen allen in Kap. 1.1 genannten Versorgungsbereichen zu berücksichtigen. Im Sinne von gesamtwirtschaftlicher Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung haben Teilbereichsplanungen die **Wechselwirkung** zwischen den Teilbereichen dahingehend zu berücksichtigen, dass die **gesamtökonomischen Aspekte** vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind.
- Die integrative Versorgungsplanung hat **patientenorientiert** zu erfolgen. Die Versorgungsqualität ist durch das Verschränken der Gesundheitsstrukturplanung mit einzuhaltenden **Qualitätskriterien** sicherzustellen.
- Die integrative Versorgungsplanung hat insbesondere das Ziel einer **schrittweisen Verlagerung** der Versorgungsleistungen von der **akutstationären hin zu tagesklinischer und ambulanter** Leistungserbringung im Sinne der Leistungserbringung am jeweiligen „Best Point of Service“ unter Sicherstellung hochwertiger Qualität zu verfolgen. Die „Best Points of Service” sind mittels Versorgungsaufträgen zu definieren und die richtigen Anlauf- und Weiterbehandlungsstellen sind transparent zu machen.
- Eine möglichst rasche und lückenlose Behandlungskette ist durch verbessertes **Nahtstellenmanagement** und den nahtlosen Übergang zwischen den Einrichtungen bzw. den Bereichen, u.a. durch gesicherten **Informationstransfer** mittels effektiven und effizienten Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien, sicherzustellen.
- Die integrative Versorgungsplanung hat entsprechend den Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende **Prioritäten** zu setzen:
  - Reorganisation aller in Kap. 1.1 angeführten Bereiche (ambulanter Bereich, akutstationärer inkl. tagesklinischer Bereich, Rehabilitationsbereich) in Richtung eines effektiveren und effizienteren **Ressourceneinsatzes**.
  - Stärkung des ambulanten Bereichs insbesondere durch rasche flächendeckende Entwicklung von **Primärversorgungsstrukturen** und **ambulanten Fachversorgungsstrukturen**, wobei in der Umsetzung vor allem bestehende Vertragspartner berücksichtigt werden.
  - Weiterentwicklung des akutstationären und tagesklinischen Bereichs insbesondere durch **Bündelung komplexer Leistungen** an geeigneten Standorten und Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen.
  - Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im **Palliativ- und Hospizbereich** für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche; im Rahmen der Umsetzung integrierter Palliativ- und Hospizversorgung hat eine Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Sozialversicherung zu erfolgen.
  - Gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen **Personalressourcen** unter optimaler Nutzung der **Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen**.
  - Sicherstellung einer nachhaltigen **Sachleistungsversorgung**.

[4] § 18 Abs. 3 bis 7 G-ZG

1.3 Rechtliche Grundlagen und Umsetzung

Die zentralen rechtlichen Grundlage für die **integrative regionale Versorgungsplanung** und **Qualitätskriterien** stellen die zwischen dem Bund und allen Bundesländern abgeschlossene **Vereinbarung** gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und das **Bundesgesetz** zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG) dar. Davon ausgehend müssen **verschiedene Rechtsnormen** auf unterschiedlichen Ebenen in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen die Planung und bei Bedarf Qualitätskriterien für die Adressaten (Gesundheitsversorgungseinrichtungen, GesundheitsdiensteanbieterInnen) verbindlich machen.

Zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund der Vereinbarung ist die **Bundesgesundheitsagentur** eingerichtet[5], zu deren Aufgaben im Zusammenhang mit der Versorgungsplanung insbesondere zählen[6]:

- Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planungen einschließlich Planung Großgeräte intra- und extramural im Österreichischen Strukturplan Gesundheit und in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit und
- Angelegenheiten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit einschließlich Planung der Großgeräte (intra- und extramural) sowie einschließlich der abschließenden Festlegung der verbindlich zu machenden Teile.

Beschlussfassung des ÖSG und der RSG

Die Beschlussfassung in diesen Angelegenheiten auf Bundesebene – und damit auch die Beschlussfassung des ÖSG – obliegt der Bundes-Zielsteuerungskommission und hat einstimmig zu erfolgen[7]. Der Österreichischen Ärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen wird die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt[8].

Die stationäre und ambulante Versorgungsplanung im Rahmen der **RSG** sowie Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen dieser Planungen sind auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung festzulegen und von der Landes-Zielsteuerungskommission zu beschließen. Damit soll sichergestellt werden, dass die konkrete Planung durch die unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche für die verschiedenen Sektoren und Ebenen der Gesundheitsversorgung – insbesondere das jeweilige Land (für die Krankenanstalten) und die Sozialversicherung (für den niedergelassenen Bereich) – integrativ, also gemeinsam, aufeinander abgestimmt und zusammenführend erfolgt. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium eines RSG entsprechend zu informieren und es ist mit dem Bund vor Einbringung zur Beschlussfassung insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen[9]. Weiters wird der jeweiligen Landesärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt, der Ärztekammer insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan[10].

Zur Sicherstellung der Transparenz sind sowohl die jeweils aktuelle Fassung des ÖSG als auch die jeweils aktuellen Fassungen der RSG im RIS (www.ris.bka.gv.at) zu veröffentlichen[11].

[5] § 25 G-ZG
[6] § 26 Abs. 4 Z 1 lit. i und j in Verbindung mit dem 6. Abschnitt G-ZG
[7] § 26 Abs. 3 und 4 G-ZG
[8] § 20 Abs. 4 G-ZG
[9] § 21 Abs. 7 G-ZG
[10] § 21 Abs. 8 G-ZG
[11] § 22 G-ZG

Rechtliche Umsetzung der Vorgaben des ÖSG und der RSG

Das G-ZG enthält erstmals gesetzliche Bestimmungen zur integrativen Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur einschließlich ÖSG und RSG[12]. So ist unter anderem vorgesehen, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission im Sinne des öffentlichen Interesses jene für die nachhaltige Versorgung der Bevölkerung unerlässlichen **Teile des ÖSG**, dazu zählen insbesondere definierte Planungsrichtwerte und -kriterien sowie die überregionale Versorgungsplanung, die eine **rechtlich verbindliche Grundlage für Planungsentscheidungen** des RSG bilden sollen, als solche auszuweisen hat.

Ebenso hat die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission jene **Planungsvorgaben des RSG**, die **rechtliche Verbindlichkeit** erlangen sollen, dazu zählen insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung sowie die überregionale Versorgungsplanung, als solche auszuweisen. Die Verbindlichkeit wird durch **Verordnungen** hergestellt[13]. In Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, ist wie bisher ein Landeskrankenanstaltenplan als Verordnung zu erlassen[14].

Bei den rechtlichen Grundlagen und deren Umsetzung muss grundsätzlich zwischen den unterschiedlichen Inhalten des ÖSG in Bezug auf „Grundlagen für die integrative Versorgungsplanung“ sowie „Qualitätskriterien“ differenziert werden. Beide Teile entfalten ihre Wirkung – sofern sie nicht im Wege einer Verordnung verbindlich werden – in Form eines objektivierten Sachverständigengutachtens[15].

a. Grundlagen für die integrative Versorgungsplanung

Die zwischen dem Bund und allen Bundesländern abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I Nr. 26/2017) legen den ÖSG sowie die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) als die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung fest.

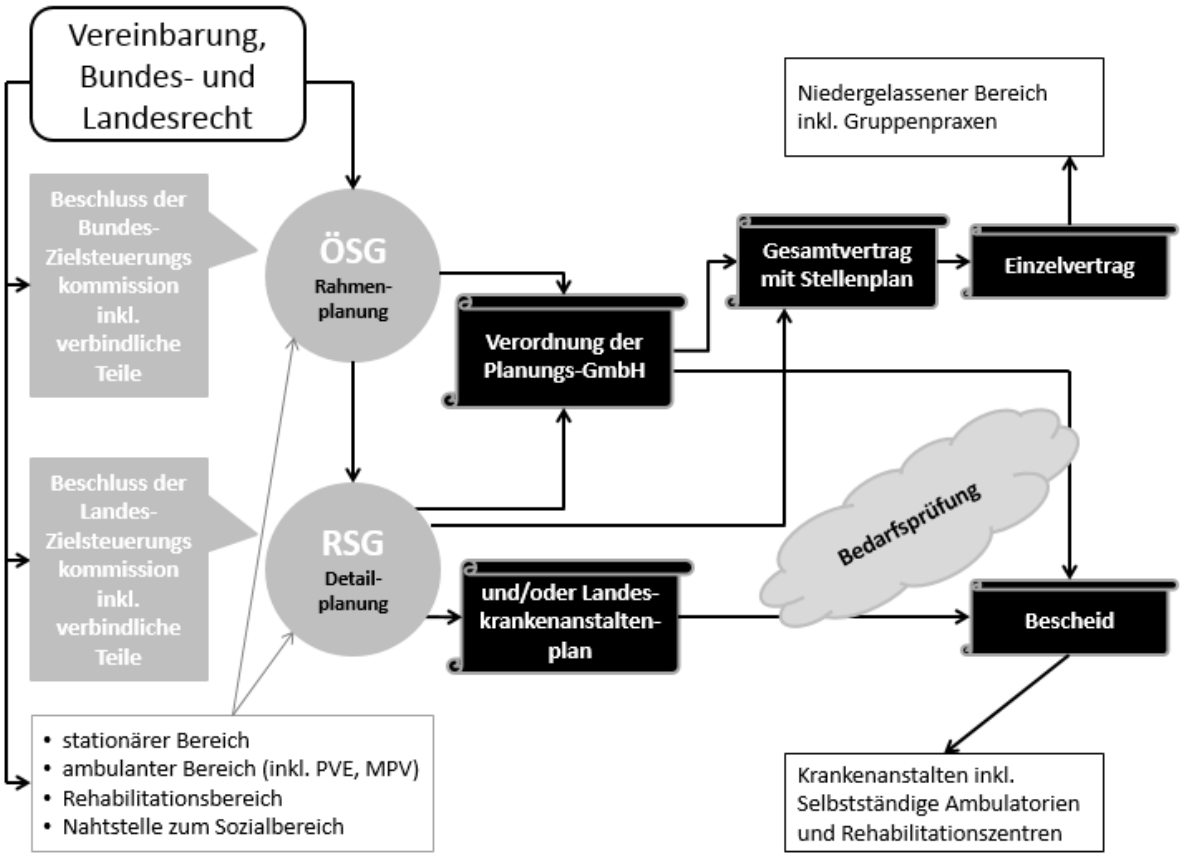
Der ÖSG ist der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung. Er bindet diesbezüglich Bund, Länder und Sozialversicherungsträger.

Für die Behörden, die Gesundheitsversorgungseinrichtungen, die GesundheitsdiensteanbieterInnen und sonstige Dritte, wie etwa die bundes- und landesgesetzlich eingerichteten Körperschaften, erlangen jene Planungsgrundlagen und Planungsvorgaben des ÖSG normative Verbindlichkeit, die mittels Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH nach Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission für rechtlich verbindlich erklärt werden[16]. Alle anderen Planungskriterien des ÖSG entfalten gegenüber diesen Adressaten rechtliche Wirkungen in Form eines objektivierten Sachverständigengutachtens[17]. Analog sind für die genannten Adressaten jene Teile des RSG normativ verbindlich, die durch eine Verordnung[18] erlassen werden.

In Umsetzung des ÖSG sind auf Basis der dort angeführten Grundlagen (insbesondere auf Basis der Aufgabenprofile und Leistungsmatrizen) auf Landesebene Versorgungsaufträge festzulegen und im RSG entsprechend abzubilden.

[12] 6. Abschnitt G-ZG
[13] § 23 Abs. 1 und 2 G-ZG
[14] § 10a KAKuG
[15] § 59k Z 1 KAKuG
[16] § 23 Abs. 1 G-ZG
[17] § 59k Z 1 KAKuG
[18] § 23 Abs. 2 und § 24 G-ZG in Verbindung mit § 10a KAKuG

RECHTLICHE UMSETZUNG DER PLANUNGSVORGABEN DES ÖSG UND DER RSG



Quelle und Darstellung: BMGF

b. Qualitätskriterien

Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten bundesweit einheitlich, eine Umsetzung oder Konkretisierung in den RSG ist nicht erforderlich.

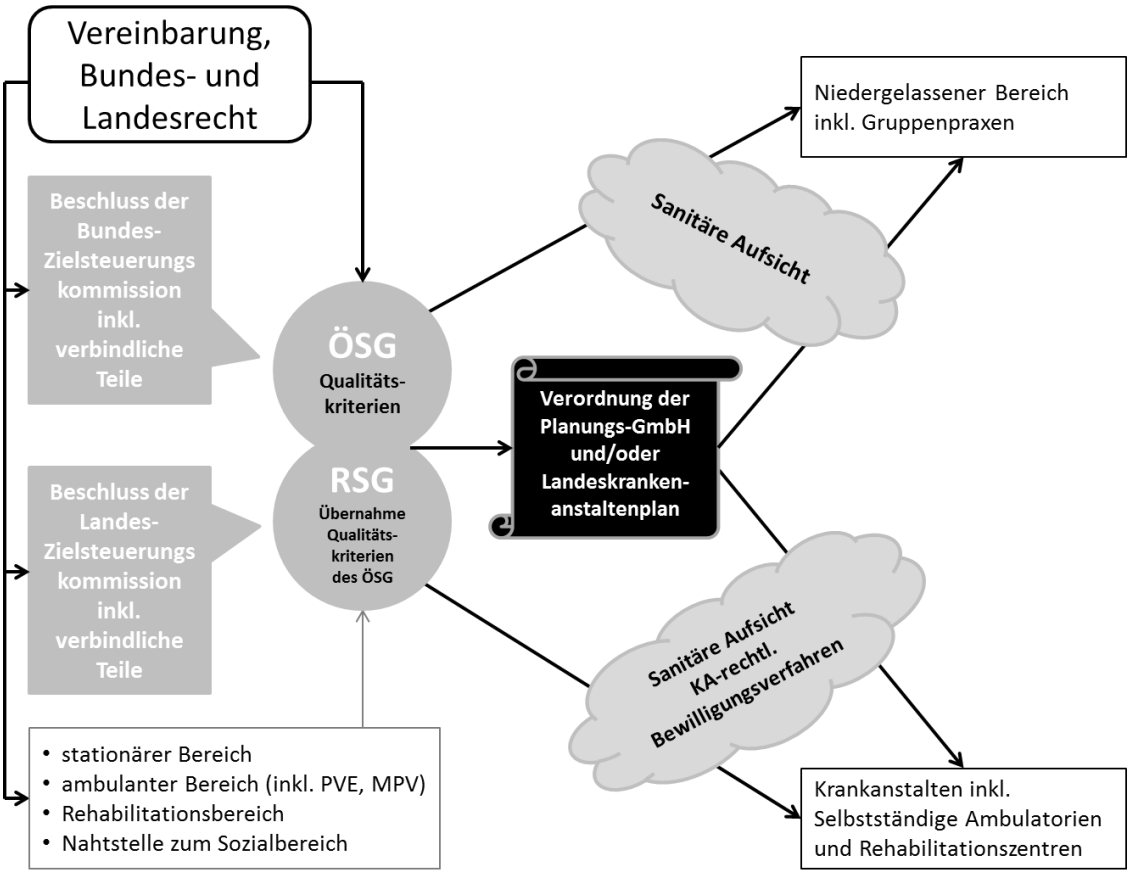
Die Qualitätskriterien des ÖSG entfalten gegenüber Behörden und damit jedenfalls indirekt gegenüber Gesundheitsversorgungseinrichtungen und GesundheitsdiensteanbieterInnen als objektiviertes Sachverständigengutachten rechtliche Wirkungen.

Folglich sind im ÖSG enthaltene Qualitätskriterien ein Maßstab für die von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie von anderen Institutionen im Rahmen ihrer Aktivitäten zur und von den Gesundheitsversorgungseinrichtungen und GesundheitsdiensteanbieterInnen im intra- und extramuralen Bereich zu beachtende Qualitätssicherung.

Da die Qualitätskriterien des ÖSG vorwiegend die Strukturen der jeweiligen Gesundheitsversorgungseinrichtungen und GesundheitsdiensteanbieterInnen betreffen und nicht die Art und Weise der konkreten Durchführung einer medizinischen Leistung durch das jeweilige medizinische Personal, trifft der ÖSG keine Aussage darüber, ob eine medizinische Leistung im konkreten Fall als gemäß § 8 Abs. 2 KAKuG „nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich erbracht“ („State of the Art“ der Behandlung) gilt.

Die Qualitätskriterien können ebenso – unter Berücksichtigung einer allfälligen Umsetzungsfrist – mittels Verordnung normativ für verbindlich erklärt werden.

RECHTLICHE UMSETZUNG DER QUALITÄTSVORGABEN DES ÖSG



Quelle und Darstellung: BMGF

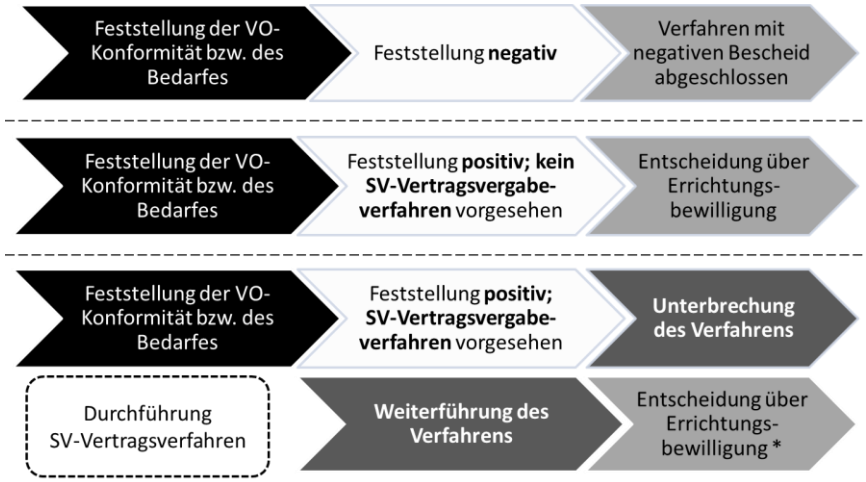
Errichtungsbewilligungsverfahren nach KAKuG

Für den Fall, dass im Zuge eines krankenanstaltenrechtlichen Errichtungsbewilligungsverfahrens das gegenständliche Leistungsspektrum in oben genannten Verordnungen geregelt ist, ist bei der Bedarfsprüfung ausschließlich die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen[19]. Die Entscheidung über die Plankonformität des Vorhabens hat mittels **Feststellungsbescheid** zu erfolgen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist der Bedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG im Zuge der **Bedarfsprüfung** festzustellen[20]

Zur verfahrensrechtlichen Abstimmung des krankenanstaltenrechtlichen Bedarfsprüfungs- und Errichtungsbewilligungsverfahrens mit einem vom Antragsteller angestrebten **Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung** ist, sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung über den Bedarf eingeleitet wird, als zusätzliche Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung eine **Vertragszusage** der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens festgelegt[21]. Daraus ergibt sich, dass der positiven Bedarfsprüfungsentscheidung nicht in jedem Fall eine positive Entscheidung über die Errichtungsbewilligung folgen muss und daher die **Bedarfsprüfungsentscheidung getrennt von der Entscheidung über die Errichtungsbewilligung** zu erfolgen hat.

[19] §§ 3 und 3a KAKuG
[20] § 3 Abs. 2c und § 3a Abs. 3 KAKuG
[21] §§ 3 und 3a KAKuG

ERRICHTUNGSBEWILLIGUNGSVERFAHREN NACH KAKUG



Quelle und Darstellung: BMGF

Für die **Sozialversicherung** haben sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens **zu beteiligen** und die dabei abgestimmten **Ergebnisse (z.B. ÖSG)** in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes durch koordiniertes Vorgehen **zu beachten**[22].

Die Gründung von **Gruppenpraxen mit Kassenverträgen** hat nach Maßgabe des RSG[23] und deren Zulassung unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG[24] zu erfolgen.

Auf Basis der genannten gesetzlichen Grundlagen sind die jeweils zutreffenden **Festlegungen der RSG für Dritte** (also etwa für Rechtsträger von Gesundheitseinrichtungen) in Form von **Verordnungen, Bescheiden bzw. im Rahmen von Kassenverträgen verbindlich zu machen.**

Planungsrelevanz des ÖSG zur Umsetzung in Krankenanstaltenpläne

Im Sinne der Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltenversorgung unterliegen **alle gemeinnützigen Krankenanstalten öffentlicher und privater Rechtsträger** der Krankenanstaltenplanung (Umsetzung des ÖSG im Wege von RSG gemäß landesspezifischer Krankenanstaltengesetze).

Unfallkrankenhäuser (UKH) sind wie andere gemeinnützige Krankenanstalten Teil des öffentlichen Gesundheitsversorgungssystems. Für diese sind alle ÖSG-Regelungen unmittelbar anwendbar. In der Planung der Krankenanstaltenversorgung auf Landesebene sind sie in ihrer Versorgungswirkung zu berücksichtigen.

Heeresspitäler (HSP) sind für eine bestimmte Berufsgruppe eingerichtet, sind nicht Teil des öffentlichen Gesundheitsversorgungssystems und sind damit der Planung der öffentlichen Gesundheitsversorgung nicht unterworfen.

Private, nicht-gemeinnützige Akut-Krankenanstalten (Sanatorien, SAN) übernehmen keine Versorgungsverpflichtung (kein Kontrahierungszwang) und sind daher der Planung der öffentlichen Gesundheitsversorgung eines Bundeslandes grundsätzlich nicht unterworfen. Werden nicht-gemeinnützige Krankenanstalten von Landesseite mit der Übernahme eines **öffentlichen Versorgungsauftrags** betraut, so sind die davon betroffenen Teile ebenfalls Gegenstand der Landeskrankenanstaltenplanung und unterliegen denselben Regelungen des ÖSG wie eine gemeinnützige Krankenanstalt.

[22] § 84a Abs. 1 ASVG
[23] § 52b Abs. 2 Ärztegesetz 1998 bzw. § 26a Abs. 2 Zahnärztegesetz
[24] § 52c Abs. 2 Ärztegesetz 1998 bzw. § 26b Abs. 2 Zahnärztegesetz

Anwendung der Qualitätskriterien des ÖSG

Die Qualitätskriterien des ÖSG sind grundsätzlich von allen GesundheitsdiensteanbieterInnen (GDA) einzuhalten (siehe oben Punkt b). Qualitätskriterien, die in den ÖSG 2017 im Vergleich zum ÖSG 2012 neu aufgenommen wurden, sind bis zum Ende des Planungshorizonts umzusetzen.

In privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-KA (SAN) ohne Kontrahierungszwang – und damit ohne Erfordernis von Vorhalteleistungen – sind v.a. die Strukturqualitätskriterien nicht immer unmittelbar anwendbar. In diesen Fällen sind die davon betroffenen Qualitätskriterien jeweils anlassfall- und behandlungsprozessbezogen gemäß den jeweiligen allgemeinen und speziellen **Transformationsregeln** zu erfüllen. **Qualitätskriterien, für die keine Transformationsregeln bestehen, sind unmittelbar anzuwenden.**

1.4 Planungshorizont

Die **Planungsaussagen** (inkl. Umsetzung der Qualitätskriterien) des ÖSG 2017 beziehen sich auf das Jahr **2020**. Zusätzlich werden auf Ebene der Bundesländer Orientierungswerte für das Jahr 2025 angegeben (siehe → *Versorgungsmatrix*).

Die Planungshorizonte der RSG sind österreichweit einheitlich in 5-Jahres-Schritten zu wählen (2020, 2025, 2030 usw.).

1.5 Aufbau und Inhalte

Der ÖSG gliedert sich in vier Kapitel, die jeweils spezifische Funktionen haben, aber eng miteinander verwoben sind und gemeinsam die Grundlagen und den Rahmen für die integrative regionale Versorgungsplanung bilden:

- **Kapitel 1** stellt den **ÖSG** vor, insbesondere seine Position und seinen **Stellenwert** im Gesundheitssystem und im Rahmen der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) sowie die gesetzlichen Vorkehrungen für die Umsetzung der im ÖSG festgelegten Inhalte und Vorgaben.
- **Kapitel 2** enthält die **Grundlagen** für die **integrative Versorgungsplanung**, insbesondere Planungsrichtwerte und Festlegungen zur Organisation der Versorgung, für alle von der Planung zu umfassenden Bereiche (siehe → *Kap. 1.1*). Die diesbezüglichen Inhalte des ÖSG bilden den Rahmen für die Planungen auf regionaler Ebene in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG).
- **Kapitel 3** enthält **Qualitätskriterien** für alle von der Planung zu umfassenden Bereiche, soweit sie bislang entwickelt und festgelegt wurden; Ergänzungen insbesondere für den ambulanten Bereich werden sukzessive in den ÖSG integriert. Die Qualitätskriterien fokussieren auf den Bereich der Strukturqualität, da gesetzlich vorgesehen ist, dass die Strukturqualitätskriterien für die Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt werden.[25]
- **Kapitel 4** ist der bundesweite Großgeräteplan, der – anders als die anderen Inhalte und Vorgaben des ÖSG – nicht nur die Grundlagen und den Rahmen für die Versorgungsplanung sondern auch die konkreten Planungsfestlegungen enthält.

Die Kapitel 2 bis 4 werden durch umfangreiche **Anhänge** (Anhang 2 bis 8) ergänzt. Zur Unterstützung der Lesbarkeit und Verständlichkeit des ÖSG sind viele Begriffe des ÖSG in einem **Glossar** beschrieben (Anhang 1). Anhang 9 stellt die vereinbarte, österreichweit vergleichbar zu gestaltende RSG-Planungsmatrix dar. Anhang 10 ist der bundesweite Großgeräteplan. Anhang 11 veranschaulicht kartographisch ausgewählte Aspekte der regionalen Versorgungsstruktur in Österreich.

[25] § 7 bzw. § 7 Abs. 4 G-ZG

Entsprechend den **gesetzlichen Grundlagen** hat der ÖSG jedenfalls **bestimmte Inhalte** zu umfassen[26]. Diese sind in der linken Spalte der folgenden **Übersicht** angeführt. Die rechte Spalte der Übersicht verweist auf die Fundstellen der jeweiligen gesetzlich festgelegten Inhalte im vorliegenden ÖSG.

Inhalte des ÖSG

Gesetzlich festgelegte Inhalte des ÖSG[27]	Fundstellen im vorliegenden ÖSG
1. Informationen zur aktuellen regionalen Versorgungssituation	Anhang 5 – Planungsgrundlagenmatrix
2. Grundsätze und Ziele der integrativen Versorgungsplanung	Kapitel 2.1 – Grundsätze und Ziele
3. Quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina	Kapitel 2 – Planung Kapitel 4 – Bundesweiter Großgeräteplan Anhang 2 – Bemessung von ambulanten Betreuungsplätzen in definierten Versorgungsbereichen Anhang 5 – Planungsgrundlagenmatrix Anhang 6 – Versorgungsmatrix Anhang 7 – Leistungsmatrix-ambulant Anhang 8 – Leistungsmatrix-stationär Anhang 9 – RSG-Planungsmatrix Anhang 10 – Bundesweiter Großgeräteplan
4. Versorgungsmodelle für die abgestufte bzw. modulare Versorgung in ausgewählten Versorgungsbereichen sowie inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen	Kapitel 2.3 – Organisation Kapitel 3 – Qualitätskriterien
5. Vorgaben von verbindlichen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen zur Sicherung der Behandlungsqualität sowie Mindestfallzahlen als Orientierungswerte für die Leistungsangebotsplanung	Anhang 8: Leistungsmatrix-stationär
6. Kriterien zur Strukturqualität und Prozessqualität sowie zum sektorenübergreifenden Prozessmanagement als integrale Bestandteile der Planungsaussagen	Kapitel 3 – Qualitätskriterien
7. Grundlagen für die Festlegung von Versorgungsaufträgen für die ambulante und stationäre Akutversorgung unabhängig von einer Zuordnung auf konkrete Anbieterstrukturen: Leistungsmatrizen, Aufgabenprofile und Qualitätskriterien	Kapitel 3 – Qualitätskriterien Anhang 3 – Risikoliste Geburtshilfe Anhang 4 Präklinische Versorgung von schweren Schädel-Hirn-Traumen Anhang 7 – Leistungsmatrix-ambulant Anhang 8 – Leistungsmatrix-stationär
8. Kriterien für die Bedarfsfeststellung und die Planung von Angeboten für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung sowie für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung gemäß Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	Kapitel 2.3.1 – Ambulante Versorgung Kapitel 3.1 – Ambulante Versorgung Anhang 7 – Leistungsmatrix-ambulant
9. Verbindliche überregionale Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen	Kapitel 2.2.5 – Überregionale Versorgungsplanung
10. Festlegung der von der Planung zu erfassenden, der öffentlichen Versorgung dienenden medizinisch-technischen Großgeräte inklusive österreichweiter Planungsgrundlagen, Planungsrichtwerte (insbesondere auch hinsichtlich der von diesen Großgeräten zu erbringenden Leistungen bzw. deren Leistungsspektrum sowie deren Verfügbarkeit) und Qualitätskriterien; Festlegung der bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderlichen Anzahl der Großgeräte (Bandbreiten)	Kapitel 4 – Bundesweiter Großgeräteplan Anhang 10 – Bundesweiter Großgeräteplan

[26] § 20 Abs. 1 G-ZG

Gesetzlich festgelegte Inhalte des ÖSG[27]	Fundstellen im vorliegenden ÖSG
11. Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (insbesondere Strahlentherapiegeräte, Coronarangiographie-Anlagen und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte) ist auf Bundesebene zu vereinbaren; weiters die standortbezogene und mit den Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene abgestimmte Planung der übrigen medizinisch-technischen Großgeräte	Kapitel 4 – Bundesweiter Großgeräteplan Anhang 10 – Bundesweiter Großgeräteplan
12. Vorgaben für Aufbau, Inhalte, Struktur, Planungsmethoden, Darstellungsform und Planungshorizont der RSG in bundesweit einheitlicher Form	Kapitel 2.4 – Rahmenvorgaben für RSG Anhang 9 –RSG-Planungsmatrix

1.6 Weiterentwicklung und Ausblick

Entsprechend den Vereinbarungen im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit ist der ÖSG kontinuierlich gesamthaft weiterzuentwickeln.

Ergänzungen und Weiterentwicklungen des ÖSG erfolgen gemeinsam zwischen Bund, Bundesländern und Sozialversicherung nach partnerschaftlich festgelegten Prioritäten[27] mit Schwerpunkt im ambulanten Bereich.

Es sind jedenfalls folgende Entwicklungsschritte vereinbart[28]:

- Aktualisierung von Ist-Stand und Bedarfsprognosen;
- jährliche Wartung und Weiterentwicklung der Leistungsmatrizen für den ambulanten und den akutstationären Bereich und sukzessive Festlegung weiterer Fachbereiche in der LM-amb sowie verbindlicher Mindestfallzahlen für medizinische Leistungen bzw. Leistungsbündel entsprechend international vorhandener Evidenz in der LM-stat;
- Weiterentwicklung der Planungsgrundlagen und Qualitätskriterien für alle Bereiche, insbesondere für interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungsformen;
- Weiterentwicklung der überregionalen Versorgungsplanung auf Basis einer entsprechenden Beobachtung und bei Bedarf Ergänzung weiterer Versorgungsbereiche;
- die Planung der ambulanten Rehabilitation der Phase III, die zur Stabilisierung der Erfolge aus der ambulanten Rehabilitation der Phase II oder auch der stationären Rehabilitation der Phase II dienen soll, muss bestehende integrierte Versorgungsstrukturen (insbesondere Primärversorgung), fachärztliche Versorgung und die vorhandenen Evidenzen berücksichtigen;
- Präzisierung der notwendigen Schritte zur Berücksichtigung der präklinischen Notfallversorgung inkl. Rettungs- und Krankentransportdienst in der Planung;
- Weiterentwicklung von morbiditätsbasierten Methoden der Bedarfsschätzung in der Gesundheitsversorgung und pilothafte Anwendung (Versorgungsforschung).

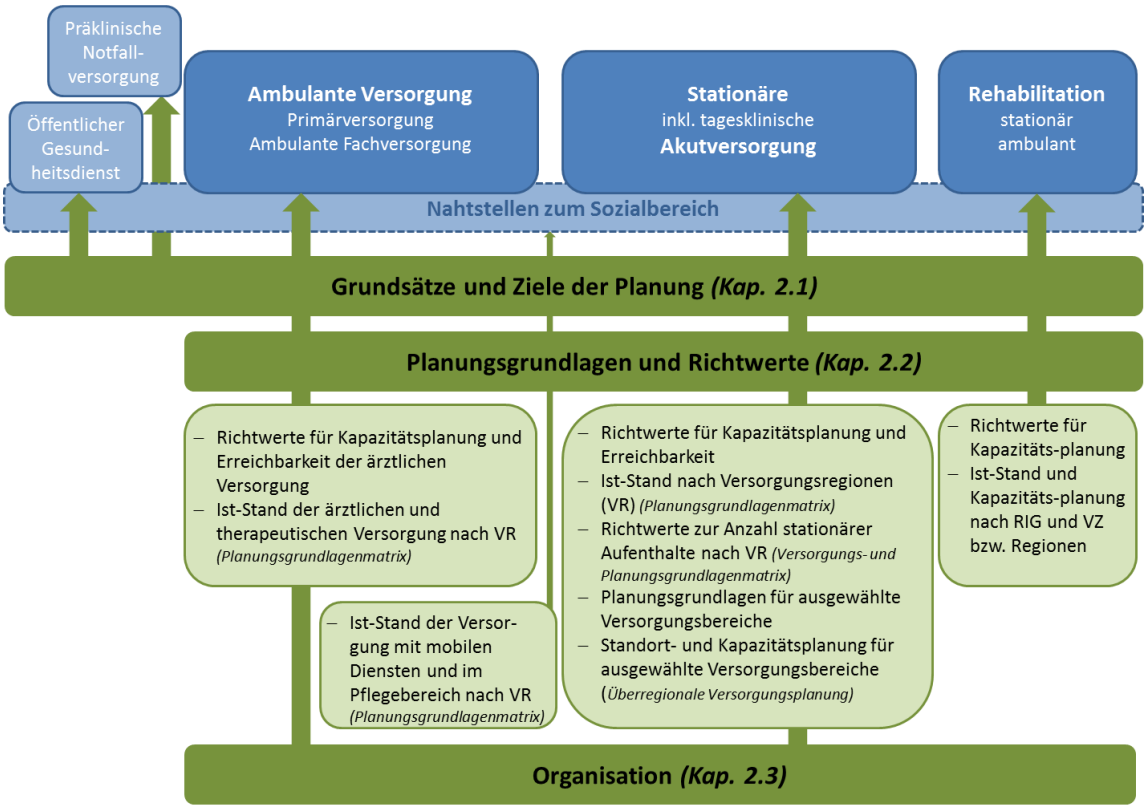
Revisionen der ÖSG-Inhalte werden auf der jeweils aktuellen Datenbasis grundsätzlich im Abstand von maximal fünf Jahren vorgenommen. Die notwendige Wartung einzelner Teile des ÖSG sowie Ergänzungen haben bei Bedarf während der Laufzeit dieser Vereinbarung zeitnah zu erfolgen.[29]

[27] Art. 4 Abs. 7 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. → *Kap. 1.2*
[28] Art. 5 Abs. 4 der Vereinbarung s.o.
[29] Art. 5 Abs. 5 der Vereinbarung s.o.

2 PLANUNG

Grundlagen und Vorgaben zur Gesundheitsversorgungsplanung umfassen grundsätzlich die gesamte Gesundheitsversorgung. Die folgende grafische Darstellung vermittelt einen Überblick über die Zusammenhänge der für die Planung relevanten Grundlagen und deren Zuordnung auf die jeweiligen Teilbereiche in den nachfolgenden Kapiteln.

ÖSG KAPITEL 2 – ÜBERSICHT

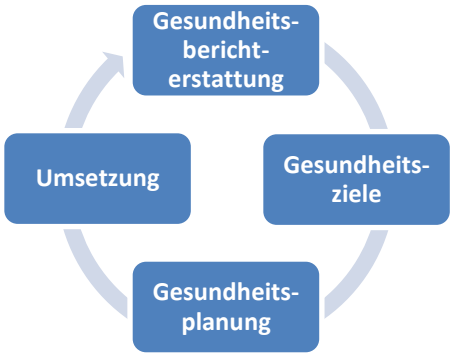


2.1 Grundsätze und Ziele

2.1.1 Integrative regionale Versorgungsplanung

Der ÖSG ist der einheitlich anzuwendende Rahmenplan, der zur Entwicklung eines integrativen Gesundheitsversorgungssystems in Österreich beiträgt. Dementsprechend wird ein **integrativer Planungsansatz** angestrebt, dessen Schritte sich an einem **gesundheitspolitischen Regelkreis (Public Health Action Cycle,** siehe Abbildung und → *Glossar)* orientieren.

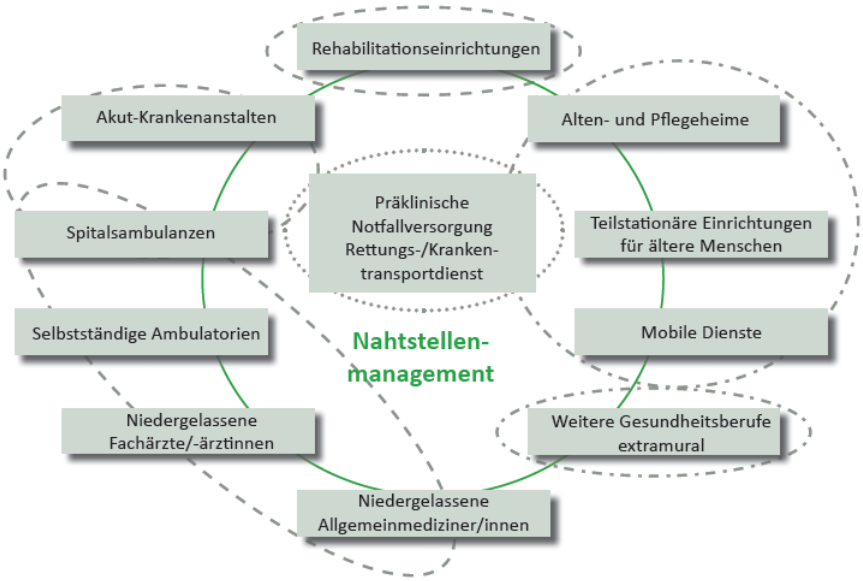
PUBLIC HEALTH ACTION CYCLE



Die integrative regionale Versorgungsplanung ist somit ein **iterativer zyklischer Prozess**, in welchem Ziele schrittweise gesetzt und erreicht werden, ohne die übergeordneten Grundsätze und Ziele für das Gesundheitswesen und die Gesamtheit des Systems aus den Augen zu verlieren. Die integrative regionale Versorgungsplanung berücksichtigt **alle relevanten Bereiche im Gesundheits- und Sozialwesen** einschließlich deren Beziehungen zueinander, in allen Ver-

sorgungsregionen (nach Maßgabe der vorhandenen Datengrundlagen, siehe z.B. auch → *Planungsgrundlagenmatrix im Anhang*).

SPHÄREN UND TEILBEREICHE DER INTEGRATIVEN REGIONALEN VERSORGUNGSPLANUNG



Legende: – – – – im ÖSG 2017 im IST-Stand und mit Rahmenplanung erfasst
– · – · – im ÖSG 2017 im IST-Stand teilweise erfasst
· · · · · · · im ÖSG 2017 nicht erfasst
Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Die Planung muss dabei folgenden **Prinzipien** gerecht werden, die in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen:

Prinzipien der integrativen regionalen Versorgungsplanung

- **Prinzip der Bedarfsgerechtheit:** Sicherstellen einer dem patientenspezifischen Versorgungsbedarf entsprechenden indizierten ärztlichen und therapeutischen sowie pflegerischen altersgerechten Versorgung inkl. Nahtstellenmanagement zum Sozialbereich
- **Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit**: Sicherstellen eines gleichwertigen Zugangs zur Gesundheitsversorgung durch regional möglichst ausgewogene Verteilung der Versorgungsangebote
- **Qualitätsprinzip:** Sicherstellen einer qualitativ hochwertigen Versorgung durch gut ausgestattete und organisierte Versorgungsangebote mit hoher Behandlungsqualität (Berücksichtigung entscheidender Faktoren wie z.B. ausreichende Routine durch Mindestfallzahlen, sachgerechtes Backup), Bündeln von Leistungsangeboten, um bestmögliche Ergebnisse zu erzielen
- **Effektivitätsprinzip:** Sicherstellen einer zum Nachfragezeitpunkt erforderlichen therapierelevanten Diagnostik und darauf aufbauender Behandlung und Betreuung, um Gesundheit und Lebensqualität von PatientInnen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern
- **Effizienzprinzip:** Sicherstellen der Leistungserbringung mit adäquatem Ressourceneinsatz und Nutzung von Synergien (Berücksichtigung entscheidender Faktoren wie z.B. Kontakte bzw. Frequenzen (→ *Glossar*) und Anzahl erbrachter Leistungen, Mindestauslastung teurer Infrastruktur und spezialisierter Versorgungsteams; abgestufte Versorgung und Vernetzung durch Kooperationen intra- und extramural)
- **Ökonomieprinzip:** Berücksichtigung von gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen und Finanzierbarkeit der geplanten Versorgungsangebote
- **Prinzip des "Best Point of Service":** Sicherstellen, dass die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen medizinischen und pflegerischen Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird

Im Spannungsfeld der erwähnten Planungsprinzipien und seinem integrativen Planungsansatz entsprechend legt der ÖSG die **Grundsätze und Ziele** sowie den Rahmen für deren schrittweise Umsetzung fest, die bei allen Veränderungen der Versorgungsstruktur zu berücksichtigen sind:

- Gewährleistung einer möglichst **gleichmäßigen und bestmöglich erreichbaren**, aber auch **medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvollen Versorgung** mit entsprechender **Qualitätssicherung** (z.B. Kapazitäts- und Erreichbarkeitsrichtwerte, Vorgabe von Mindestfrequenzen und Qualitätskriterien)
- Gewährleistung einer möglichst **raschen und lückenlosen Behandlungskette** durch Verbesserung des Nahtstellenmanagements, u. a. über Sicherstellen des Informationstransfers durch effizienten **Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnologien** und des nahtlosen Übergangs zwischen den Einrichtungen bzw. den Bereichen (z.B. Vorgaben zum sektorenübergreifenden Prozessmanagement)
- Einsatz eines **Telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservices (TEWEB unter Rufnummer 1450)** mit optimaler Steuerungswirkung für PatientInnen hin zum „Best Point of Service“
- **Regionale Abstimmung** der Planungen auf Ebene von Versorgungsregionen, aber Sicherstellung einer **überregionalen Abstimmung** der Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung durch den ÖSG, soweit dies sinnvoll bzw. notwendig ist, insbesondere auch durch das Verankern der **überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP)** für komplexe spezialisierte Leistungen von überregionaler Bedeutung (siehe auch → *Kapitel 2.2.4*)
- Entlastung der Akutkrankenanstalten durch **Reduktion der Krankenhaushäufigkeit** und der durchschnittlichen Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß durch Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich, in den Rehabilitationsbereich sowie in den Pflegebereich bzw. durch Nutzung der durch den medizinischen Fortschritt eröffneten Perspektiven und **weiterer Akutbettenabbau**. Eine Verlagerung von Leistungen zwischen den oben genannten Teilbereichen ist dann anzustreben, wenn diese Leistungen bei zumindest gleicher Qualität in einem anderen Bereich gesamtwirtschaftlich günstiger erbracht werden können („**Best Point of Service**“).

2.1.2 Präklinische Notfallversorgung

Die präklinische Notfallversorgung umfasst Flugrettungsmittel (z.B. Notarzthubschrauber) sowie bodengebundene Rettungsmittel mit und ohne Notarzt-Beteiligung (z.B. Notarztwagen, Notarzteinsatzfahrzeuge, Rettungstransportwagen) und wird ergänzt durch den Krankentransportdienst.

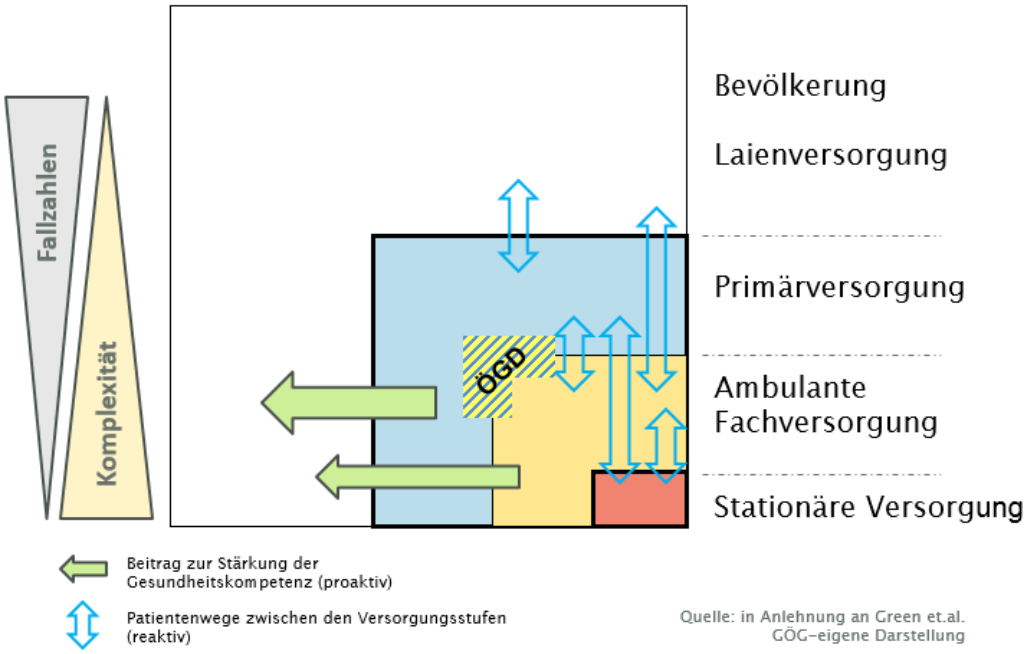
Dabei wird entsprechend der modernen Notfallmedizin die Erstversorgung zunehmend an den Ort des Notfallgeschehens verlagert: Stabilisieren von Vitalfunktionen, Herstellung der Transportfähigkeit und Transport zur nächstgelegenen, bedarfsadäquat geeigneten ambulanten oder stationären Versorgungsstruktur.

Das Sicherstellen der präklinischen Notfallversorgung durch ein verlässliches Notfallversorgungssystem unter zentraler Einbindung des Notarzt-/Rettungswesens wird als eine der zentralen Rahmenbedingungen zur Kapazitätsplanung vorausgesetzt.

2.1.3 Versorgungsstufenmodell für akut und chronisch Kranke

Das Versorgungsstufenmodell beschreibt insgesamt vier Stufen der Gesundheitsversorgung, von denen drei professionell betreut werden (vgl. unten). Ergänzend ist auch der Bereich „Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)“ Teil des Gesundheitswesens, durch den primär bevölkerungsmedizinischen Ansatz aber nicht explizit Bestandteil der individualmedizinisch ausgerichteten Versorgungsstufen.

VERSORGUNGSSTUFENMODELL



2.1.3.1 Laienversorgung

Laienversorgung bezieht sich auf die Eigenversorgung von Einzelpersonen, Familien oder Gemeinschaften zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheit aufgrund ihrer jeweiligen Gesundheitskompetenz und schließt die Entscheidung über Kontaktnahme mit GesundheitsdiensteanbieterInnen mit ein.

Bei entsprechender Gesundheitskompetenz kann bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein großer Teil an einfachen Behandlungserfordernissen außerhalb des professionellen Gesundheitssystems abgedeckt werden. Folgende Maßnahmen können dabei unterstützen:

- medizinische Hotlines bzw. telefon- und webbasierte Beratungsservices
- Patientenschulungsprogramme bzw. Disease-Management-Programme (Empowerment der PatientInnen)
- Selbsthilfegruppen
- zuverlässige, nach Möglichkeit evidenzbasierte, qualitätsgesicherte, einfach verständliche und zielgruppenadäquate Information und Aufklärung
- Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe

2.1.3.2 Primärversorgung

Primärversorgung (Primary Health Care) ist die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.[30]

Die Grundsätze und Ziele sind:

- **Umfassende Grundversorgung** durch AllgemeinmedizinerInnen in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen in ausreichend zeitlicher Verfügbarkeit und Wohnortnähe
- Fördern von Primärversorgungsstrukturen im Sinne von **Zentren und Netzwerken**, die in der integrierten regionalen Versorgung eine Schlüsselrolle einnehmen
- Forcierter Ausbau von **multiprofessionellen und interdisziplinären** Primärversorgungsstrukturen durch Weiterentwicklung bestehender ambulanter Versorgungsstrukturen und -kapazitäten (v. a. monodisziplinärer Einzelordinationen/-praxen)
- **Analyse und Planung** sämtlicher ärztlicher Primärversorgungsangebote auf Basis gemeinsamer **kohärenter Einheiten** bzw. vergleichbare Messgrößen

2.1.3.3 Ambulante Fachversorgung

Die ambulante Fachversorgung umfasst ambulante Leistungserbringung aus den Fachbereichen. Fachbereiche orientieren sich an der Systematik der Sonderfächer gem. Ärzteausbildungsordnung und schließen auch andere Gesundheitsberufe mit ein.

Die Grundsätze und Ziele sind:

- Sicherstellen einer **bedarfsgerechten** Versorgung durch die Gesamtheit aller im ambulanten Bereich tätigen Leistungsanbieter in der jeweiligen Versorgungsregion
- **Entlastung des akutstationären Bereichs** im Sinne des Prinzips **„ambulant vor stationär“**, um die daraus resultierenden (notwendigen) **Strukturveränderungen zu ermöglichen**
- Fördern von **Kooperationen zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor** zur besseren gemeinsamen Nutzung bestehender Ressourcen und zur Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote
- Regional sinnvolle Verortung der ambulanten fachärztlichen Leistungserbringung und der weiteren Gesundheitsberufe auch in **interdisziplinären und/oder multiprofessionellen Versorgungsformen** innerhalb und außerhalb von Krankenanstalten
- Verortung der Leistungserbringer und Zuordnung von Versorgungsaufträgen dort, wo Leistungen bei zumindest gleicher Qualität **gesamtwirtschaftlich am günstigsten** erbracht werden können („Best Point of Service“)
- **Analyse und Planung** sämtlicher fachärztlicher Versorgungsangebote auf Basis gemeinsamer **kohärenter Einheiten** bzw. vergleichbare Messgrößen

[30] gemäß § 3 Z 9 G-ZG

2.1.3.4 Akutstationäre inklusive tagesklinische Versorgung

Unter (akut-)stationärer Versorgung versteht man die Behandlung eines Patienten / einer Patientin in einer bettenführenden Organisationseinheit einer (Akut-)Krankenanstalt auf Basis einer durch einen Anstaltsarzt/eine -ärztin festgestellten Anstaltsbedürftigkeit[31].

Die Grundsätze und Ziele sind:

- Sicherstellen der stationären Akutversorgung durch **leistungsfähige, bedarfsgerechte**, in ihrem Leistungsspektrum **aufeinander abgestimmte** und – soweit sinnvoll und möglich – in regionalen **Verbänden** organisierte Akutkrankenanstalten (inkl. Kooperationen)
- Vermehrter Einsatz von **tagesklinischen und ambulanten Behandlungskonzepten**, wobei die präoperative Abklärung und die postoperative medizinisch-pflegerische Betreuung sicherzustellen sind und die Organisation der häuslichen Nachsorge als Teil des Entlassungsmanagements im Behandlungsprozess integriert ist.
- Umsetzen von **abgestuften Organisationsformen** zur Verringerung vollstationärer Bettenkapazitäten, wobei diese **nicht additiv**, sondern **substitutiv** einzurichten sind.
- Fördern von **interdisziplinären Strukturen** zur Verbesserung des Leistungsangebots und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte (Nutzung von Größenvorteilen bzw. Beachtung von Fixkostensprüngen)
- Sicherstellen einer bedarfsorientierten **Umstrukturierung** der Kapazitäten von Fächern mit steigendem Bedarf und solchen mit sinkendem Bedarf
- Fortsetzen der Anpassung stationärer Bereiche auf die speziellen Bedürfnisse der in ihrer Anzahl anwachsenden **hochbetagten** Patientinnen und Patienten
- Auf- und Ausbau von stationär und ambulant verschränkten, vorrangig multiprofessionellen Angeboten in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik für Kinder und Jugendliche und deren Vernetzung insbesondere mit Angeboten im Sozial- und Bildungsbereich
- Vermehrt Auf- und Ausbau der Versorgung in den Bereichen Akutgeriatrie und/oder Remobilisation, Palliativmedizin sowie Psychiatrie und Psychosomatik in Krankenanstalten und deren Vernetzung mit den extramuralen Angeboten im Gesundheits- und Sozialbereich.
- Entwicklung bzw. Umwidmung von Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit in **alternative Versorgungsformen** (z.B. Kurzzeitpflegestationen, regionale Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Nahtstellenfunktion)
- Institutionalisierung des **Aufnahme- und Entlassungsmanagements** in den Akut-Krankenanstalten (siehe→ *Kap. 3.4.3.2*)

2.1.3.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist für Angelegenheiten zuständig, die die Gesundheit der Bevölkerung als Ganzes oder spezifischer Bevölkerungsgruppen betreffen. Das Ziel seines Wirkens liegt in Erhalt und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung.

Kernaufgaben:

- **Sanitäre Aufsicht**
- **Schutz** der Bevölkerung vor **Infektionskrankheiten**

[31] gemäß § 22 KAKuG

- **Medizinisches Krisenmanagement**, um rasch und koordiniert auf Bedrohungsszenarien zu reagieren
- Durchführung der **Totenbeschauen**
- Durchführungen von **Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz**
- **Umweltmedizin/Umwelthygiene**, um ein gesundes Lebensumfeld sicherzustellen und zu fördern, um einen Interessenausgleich unter Einbindung der BürgerInnen herzustellen und unabhängigen Sachverstand einzubringen
- Sonstige **Sachverständigentätigkeit** in behördlichen Verfahren

2.1.3.6 Einordnung der ÖSG-Regelungen in das Versorgungsstufenmodell

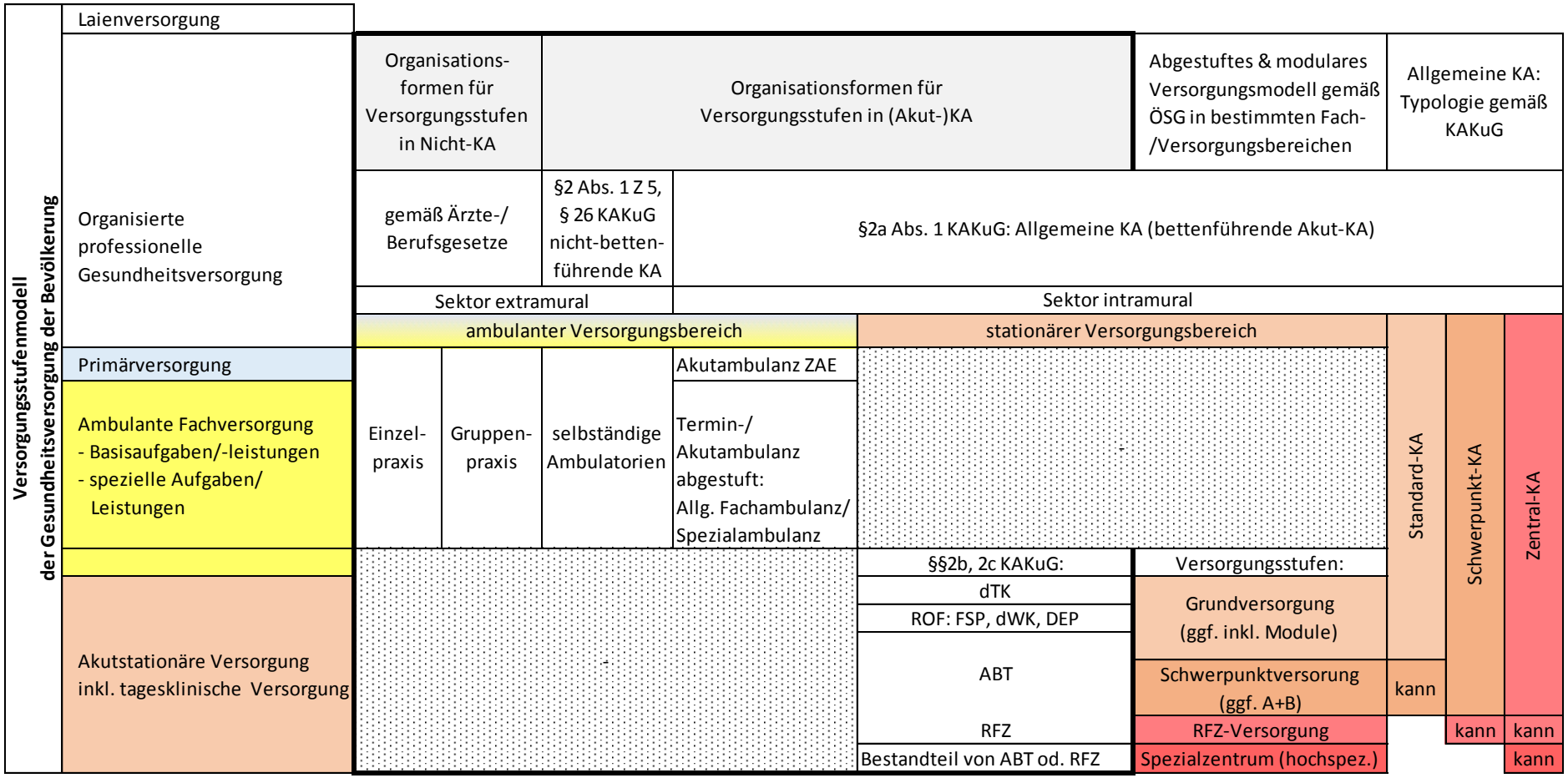
Das Versorgungsstufenkonzept beschreibt die großen Teilbereiche der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und deren Aufgaben.

Innerhalb dieser Versorgungstufen ergeben sich durch die Art der Leistungserbringung bzw. das Leistungsspektrum in den einzelnen Anbieterstrukturen weitere Abstufungen, zu denen in Abhängigkeit vom erforderlichen Versorgungsniveau unterschiedliche Anforderungen an den planerischen und organisatorischen Rahmen sowie an die Qualität bestehen.

Um diesen Anforderungen situationsgerecht zu entsprechen, gelten die in den Kapiteln 2 Planung und 3 Qualitätskriterien angeführten Richtwerte und Regelungen als Rahmenbedingungen für die Planung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlich vertretbaren Gesundheitsversorgung. Die Bausteine für die Gestaltung der Versorgungsstruktur sind im regionalen Kontext in unterschiedlicher Zusammensetzung mit dem Ziel einzusetzen, dass die Bevölkerung unter Beachtung der nachhaltigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens einen qualitativ hochwertigen und möglichst gleichmäßigen Zugang zum Gesundheitssystem erhält.

Die **nachfolgende Darstellung** gibt eine Orientierung über die **Einordnung** der einzelnen **Gestaltungselemente der Gesundheitsversorgung in das Versorgungsstufenmodell** inkl. Hinweisen über die näheren Ausführungen dazu in den einzelnen Kapiteln des ÖSG.

GESTALTUNGSELEMENTE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG



Versorgungsstufenmodell Kap. 2.1.3	Organistationsformen ambulant Kap. 2.3.1	Organisationsformen stationär Kap. 2.3.2.2	abgestufte & modulare Versorgung Kap. 3.2	KA-Typologie Kap. 2.3.2.1
Details in den ÖSG-Kapiteln nachzulesen				

2.1.4 Rehabilitation

Rehabilitation ist die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes der PatientInnen mit dem Ziel, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einnehmen zu können.

Die Grundsätze und Ziele sind:

- Gewährleistung **ausreichender** Rehabilitationskapazitäten für sämtliche Indikationsgruppen entsprechend dem Versorgungsbedarf innerhalb und außerhalb des jeweiligen Bundeslandes bzw. der jeweiligen Versorgungszone
- Teilweise **Substitution der stationären durch ambulante Rehabilitation**: Die Verlagerung von Rehabilitationsleistungen ist dann anzustreben, wenn diese Leistungen bei zumindest gleicher Qualität gesamtwirtschaftlich günstiger erbracht werden können
- **Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation** einschließlich innovativer Versorgungsmodelle auf Basis der vorliegenden Evidenz sowie von Evaluierungsergebnissen
- **Ausgleich** von regional stark über- oder unterdurchschnittlicher Versorgung unter Berücksichtigung historisch gewachsener Strukturen
- Primäre Analyse- und Planungs-Ebene der stationären Rehabilitation sind die Versorgungszonen; im Bereich der ambulanten Rehabilitation sind auch tiefere Ebenen in der Analyse und Planung zu berücksichtigen (z.B. Bundesländer und Eignungszonen für die ambulante Rehabilitation).
- Erhaltung bzw. Verbesserung von vorhandenen **Qualitätsstandards** (inkl. der Dimensionen der Prozessqualität und der Ergebnisqualität) sowie Sicherstellung eines auf die Patientenbedürfnisse abgestimmten **Versorgungsprozesses**

2.1.5 Nahtstellen zum Sozialbereich

Zur möglichst nachhaltigen Absicherung der Ergebnisse einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für PatientInnen bedarf es in vielen Fällen auch einer institutionellen aber individuell gestalteten Organisation der Versorgungsübergänge zwischen Gesundheits- und Sozialbereich.

Wesentliche Grundsätze und Ziele sind:

- **Quantitativ und qualitativ bedarfsgerechte Angebote** von Pflegeplätzen für stationäre Langzeit- und Übergangspflege (siehe → *Glossar*), an mobilen Diensten sowie von Tagespflege und Kurzzeitpflege zur Entlastung von pflegenden Angehörigen
- **Vermeiden** von medizinisch nicht indizierten **KA-Aufenthalten** inkl. Vermindern von **Drehtür-Versorgungsmustern**
- Fördern von **komplementären Einrichtungen** im Sozialbereich zur Entlastung der Akut-Krankenanstalten (insbesondere PSY, KJP, PAL/HOS)
- Institutionalisierung von **Koordination und Kooperation** der stationären und mobilen Dienste verschiedener Leistungsanbieter im Gesundheits- und Sozialbereich; Unterstützung der Abstimmung auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene
- Verbesserung des sektorenübergreifenden **Nahtstellenmanagements**

2.2 Planungsgrundlagen und Richtwerte

2.2.1 Rahmenbedingungen der Angebotsplanung

Ausreichende Angebote zur Gesundheitsversorgung sind den folgenden Prinzipien entsprechend zu planen:

Prinzipien der Angebotsplanung

- Sicherstellung des offenen Patientenzugangs zum evidenzgesicherten **medizinischen Fortschritt**[32]
- Sicherstellung von **fachlicher Expertise** in den Behandlungsteams (ÄrztInnen und Angehörige pflegerischer und therapeutischer Gesundheitsberufe) durch Qualifikation (Aus-, Fort- und Weiterbildung) und Routine
- Einhaltung der im ÖSG enthaltenen **Qualitätskriterien** (siehe → *Kap. 3)*
- Einhaltung **ökonomischer Grundprinzipien** im Hinblick auf ausreichende Leistungsmengen, Fixkostendegression und Nutzungsgrad von eingesetzten Ressourcen und Kapazitäten ohne Qualitätseinbußen

Die Angebotsplanung im Bereich der gesamten stationären, ambulanten und rehabilitativen Versorgung geht – unter Berücksichtigung der jeweils verfügbaren Datengrundlagen – grundsätzlich von den nachfolgend dargestellten Überlegungen zu Planungskriterien aus:

Kriterien der Angebotsplanung[33]

- **Demografie**: Bevölkerungsdichte und Altersstruktur im Zeitverlauf (inkl. Prognose)
- **Epidemiologie**: Berücksichtigung regionaler epidemiologischer Unterschiede (soweit Daten dazu verfügbar sind), insbesondere auch der Spezifika von urbanen Ballungsräumen
- **Inanspruchnahmeverhalten**: Berücksichtigung von Unterschieden in der Leistungsinanspruchnahme durch die regionale Bevölkerung sowie - in Ballungsräumen - auch durch die Bevölkerung des mitversorgten Umlands (Behandlungsfälle pro Kopf bzw. Anspruchsberechtigten)
- **Leistungsfähigkeit der AnbieterInnen:** Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der bestehenden LeistungsanbieterInnen pro Region in Relation zu einem Referenzwert (z.B. Auslastung von Abteilungen bzw. Fallzahlen pro Leistungsanbieter und Jahr)
- **Wartezeiten**: Differenzierte Beurteilung von Wartezeiten je nach Dringlichkeit des Leistungsbedarfs (akut, elektiv) inkl. Veränderung der Wartezeiten im zeitlichen Verlauf
- **Wegstrecken**: Berücksichtigung regional bestehender Erreichbarkeiten der Leistungserbringer (z.B. Fahrzeiten im Straßenverkehr)

Den Rahmen zur Angebotsplanung auf regionaler Ebene bilden die **Planungsrichtwerte** im ÖSG. Ausgangspunkt für die Planungsrichtwerte ist dabei ein **bundesweiter Referenzwert**, der sich am Bundesdurchschnitt der Kapazitätsdichte bzw. der Versorgungsdichte (siehe → *Glossar*) in den einzelnen Sektoren und Versorgungsbereichen orientiert. Bei der Festlegung des jeweils anzuwendenden Referenzwertes sind regionale Besonderheiten sektorenspezifisch zu berücksichtigen (z.B. Bundesdurchschnitt mit/ohne Wien, Berücksichtigung der regionalen und/oder sozioökonomischen Struktur, Großstadtfaktor).

Die Festlegung ausreichender Versorgungsangebote in einer Region in Art und Umfang ist abhängig von den spezifischen regionalen **Rahmenbedingungen**, die sich aus der vernetzten Versorgungswirkung aller Systempartner in den komplementären Versorgungssektoren im Gesundheitswesen und

[32] Nutzung von Erkenntnissen in der medizinischen Wissenschaft und in der technologischen Entwicklung in der Medizin; Weiterentwicklung der Behandlungsmethodik v. a. in Richtung Erhöhen von Überlebensraten; Einsatz patientenschonender Methoden - insbesondere minimal-invasiver Eingriffe - und Nutzung der damit verbundenen Verweildauer-Verkürzung bzw. der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, inkl. vertretbare Konzentration von teurem Ressourceneinsatz

[33] Die ersten drei Kriterien liegen der Rahmenplanung im ÖSG zugrunde, die weiteren Kriterien sind in der Folge auf der regionalen Ebene (RSG, Bedarfsprüfungen, etc.) zusätzlich zu berücksichtigen.

im angrenzenden Sozialwesen ergeben. Der Ansatz der integrativen regionalen Versorgungsplanung (siehe → *Kap. 2.1.1*) berücksichtigt diese Wechselwirkungen weitgehend.

Zur Unterstützung der spezifisch notwendigen regionalen Ausgestaltung von Versorgungsangeboten bzw. zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten werden **Bandbreiten** (Ober- und Untergrenzen) für Planungsrichtwerte angegeben. Ziel ist es, durch das Festlegen von **Obergrenzen** negative Auswirkungen von allfälliger Angebotsinduktion zu vermeiden sowie durch **Untergrenzen** Minimalanforderungen an das Leistungsspektrum bzw. an den Versorgungsauftrag in Art und Umfang festzulegen. Die Einhaltung dieser Grenzen ist in der **Leistungssteuerung** und/oder im Rahmen von regionalen Detailplanungen (RSG) zu beachten.

Generell beruhen die Planungsrichtwerte für die Angebotsplanung im ambulanten Bereich (siehe → *Kap. 2.2.2*) und im akutstationären inklusive tagesklinischen Bereich (siehe → *Kap. 2.2.3*) auf folgenden **Annahmen** in Bezug auf komplementäre Versorgungsbereiche:

- Sicherstellung einer **präklinischen Notfallversorgung** (siehe → *Kap. 2.1.2*) durch ein verlässliches Notfallversorgungssystem unter zentraler Einbindung des Notarzt-/Rettungswesens[34].
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Verfügbarkeit von **Betreuungsangeboten** (Rehabilitation, Sozial- und Pflegebereich, Hauskrankenpflege, therapeutisches Angebot) und Unterstützen von Laienhilfe, Selbsthilfegruppen, etc.

Wird eine dieser Rahmenbedingungen in regionalen Versorgungs-Situationen nicht gewährleistet, sind adäquate Anpassungen im Leistungsangebot in den von der integrativen Planung betroffenen Bereichen (unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Regelungs- und Finanzierungskompetenzen) im Sinne **kommunizierender Gefäße** erforderlich[35].

Die Angebotsplanung bezieht sich für einzelne Fachrichtungen entweder auf **Kapazitäten** (z.B. Bettenanzahl, Personal) und auf Organisationsstrukturen und/oder auf **Leistungsmengen** (siehe → *Versorgungsmatrix*) in Verbindung mit Qualitätskriterien und Mindestfrequenzen (siehe → *Kap. 3*)[36].

Darüber hinaus erfolgt für spezielle Leistungen mit – bezogen auf die Bevölkerung – geringer Fallhäufigkeit eine **überregionale Versorgungsplanung** (ÜRVP), um – bei vertretbarer Erreichbarkeit – die effiziente Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen (siehe → *Kap. 2.2.5*).

Die Rahmenbedingungen für die Angebotsplanung in der **Rehabilitation** sind in → *Kap. 2.2.6* ausgeführt.

Planungsgrundlagenmatrix

Eine wesentliche Grundlage für die regionale Angebotsplanung stellt die Planungsgrundlagenmatrix (siehe → *Anhang 5*) dar. Sie beschreibt quantitativ die Versorgungssituation 2014 in jeder Versorgungsregion nach Fachrichtungen bzw. Versorgungsbereichen für Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH und SAN), ambulante ärztliche Versorgung, extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung (insoweit dazu aktuelle und valide Datengrundlagen verfügbar sind) sowie für die Alten- und Langzeitversorgung.

[34] Das System der präklinischen Notfallversorgung bzw. des Rettungs- und Krankentransportdienstes wird derzeit im Rahmen des ÖSG nur im Sinne einer notwendigen Rahmenbedingung für die Angebotsplanung erfasst, jedoch hinsichtlich Ist-Situation und Soll-Vorgaben keinen weiteren Analysen bzw. Planungsvorgaben zugeführt.

[35] Dazu ist das Einvernehmen im Kooperationsbereich in den Entscheidungsgremien auf Landesebene sowie anlassbezogen ggf. auch mit Entscheidungsträgern komplementärer Versorgungsbereiche (z. B. Sozialbereich) herzustellen.

[36] Eine **integrative Leistungsmengenrahmenplanung** sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich ist zukünftig vorrangig für Leistungen bzw. Leistungsbündel vorzusehen, die hohe qualitative und infrastrukturelle Anforderungen an die Leistungsanbieter stellen bzw. einzeln gesehen oder in Summe ihrer Frequenzen kostenintensiv sind.

2.2.2 Ambulante Versorgung

2.2.2.1 Primärversorgung

Die Planung der Primärversorgung bezieht sich grundsätzlich auf alle an einer multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung beteiligten Leistungserbringer. Die Festlegungen zur Angebotsplanung beschränken sich vorerst auf die **Allgemeinmedizin,** da zu allen weiteren vorgesehenen Gesundheitsberufen derzeit keine ausreichenden Datengrundlagen verfügbar sind.

Die Planung von Primärversorgungseinheiten hat auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation in den jeweiligen Versorgungsgebieten nach folgenden Kriterien zu erfolgen[37]:

1. Kriterien für die Planung von Primärversorgungseinheiten:
    a. Primärversorgungseinheiten sind **wohnortnah** – jedenfalls unter Einhaltung der ÖSG-Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich pro Versorgungsregion (Erreichbarkeit und Versorgungsdichte) – zu planen.
    b. Primärversorgungseinheiten haben **verkehrsmäßig,** auch im öffentlichen Verkehr, **gut erreichbar** (z.B. Bezirkshauptorte, Verkehrsknotenpunkte, Standorte entlang von Verkehrsachsen) zu sein.
2. Kriterien für die Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation, deren Ergebnisse in der Planung von Primärversorgungseinheiten zu berücksichtigen sind:
    a. Demographische, sozioökonomische und epidemiologische Merkmale der Bevölkerung in der Region bzw. im Einzugsgebiet
    b. Altersstruktur der bestehenden primär versorgenden GesundheitsdiensteanbieterInnen (insbesondere AllgemeinmedizinerInnen) mit Kassenvertrag im Einzugsgebiet
    c. Inanspruchnahme und Auslastung von regional bestehenden Versorgungsangeboten, insoweit diese sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen
    d. Überweisungsverhalten der primär versorgenden GesundheitsdiensteanbieterInnen (insbesondere AllgemeinmedizinerInnen) mit Kassenvertrag im Einzugsgebiet (z.B. Anteil der PatientInnen mit Überweisungen mit Ausnahme von Röntgen und Labor)
    e. Anzahl der Kontakte in Spitalsambulanzen im Einzugsgebiet (z.B. in Relation zur Bevölkerung, %-Anteil an allen ambulanten Kontakten)
    f. Leitlinienkonforme Versorgung chronisch Kranker (z.B. Anteil der PatientInnen in Disease-Management-Programmen)

Für den Fall, dass die Umsetzung von PV-Einheiten von verfügbaren Kassenplanstellen bzw. der jeweils zu erfüllenden Behandlungskapazität abhängig sein sollte, können vakante Kassenplanstellen entsprechend den Ergebnissen der Gesamtvertragsverhandlungen zur Umsetzung der geplanten PV-Einheiten verwendet werden.

2.2.2.2 Ambulante Fachversorgung

Die Planung der ambulanten Fachversorgung umfasst grundsätzlich alle Gesundheitsberufe, die in den einzelnen Fachbereichen im spitalsambulanten und im extramuralen Bereich tätig sind. Die Festlegungen zur Angebotsplanung müssen sich allerdings bis zur Verfügbarkeit ausreichender Datengrundlagen vorerst auf die **fachärztlichen Kapazitäten** beschränken.

Die Bedarfsfeststellung und regionale Planung von Kapazitäten für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung hat auf Basis von im ÖSG festgelegten Kriterien zu erfol-

[37] vgl. Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 6 Abs. 3 Z 1 und 2

gen. Diese Kriterien fokussieren auf Kriterien für die Standortplanung und auf Anforderungen an die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung vor dem Hintergrund der bestehenden Versorgungssituation in der jeweiligen Region[38]:

1. Kriterien für die Standortplanung:
   a. Standorte von Versorgungsangeboten sind flächendeckend und regional gleichmäßig verteilt – jedenfalls unter Einhaltung der ÖSG-Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich pro Versorgungsregion (Erreichbarkeit und Versorgungsdichte) – zu planen.
   b. Standorte von Versorgungsangeboten sind verkehrsmäßig, auch im öffentlichen Verkehr, gut erreichbar (z.B. Bezirkshauptorte, Verkehrsknotenpunkte, Standorte entlang von Verkehrsachsen).
2. Kriterien für die Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation:
   a. Demographische, sozioökonomische und epidemiologische Merkmale der Bevölkerung in der Region bzw. im Einzugsgebiet
   b. Altersstruktur der bestehenden jeweiligen GesundheitsdiensteanbieterInnen (insbesondere FachärztInnen) mit Kassenvertrag im Einzugsgebiet
   c. Inanspruchnahme und Auslastung von regional bestehenden Versorgungsangeboten, insoweit diese sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen
   d. Anzahl der Besuche und Kontakte in Spitalsambulanzen der jeweiligen Fachbereiche im Einzugsgebiet (z.B. in Relation zur Bevölkerung, %-Anteil an allen ambulanten Kontakten)

2.2.2.3 Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich

Die **Planungsmethoden** haben den oben festgelegten Planungsprinzipien und -kriterien zu genügen, transparent und nachvollziehbar zu sein und sollen bundesweit vergleichbare Ergebnisse liefern. Analyse und Planung der ambulanten Versorgung sollen in folgenden **Phasen** ablaufen:

Phasen der Angebotsplanung im ambulanten Bereich

- **Akkordierte** Darstellung der **Ist-Situation** (korrekte und abgestimmte Abbildung der aktuellen regionalen Ist-Situation als Ausgangspunkt der Versorgungsplanung)
- **Regional differenzierte Planung** unter Heranziehen aussagekräftiger Kriterien (insbesondere Berücksichtigung regional bereits bestehender Strukturen und Netzwerke, besonderer Erfordernisse der jeweiligen Region sowie von wechselseitigen Austauschbeziehungen zwischen bestimmten Fachrichtungen, v. a. zwischen AM, IM bzw. KIJU)
- Ergänzende **globale Sicht** auf die **Planungsergebnisse** (Vermeiden ungerechtfertigter regionaler Abweichungen in den Ergebnissen; Sicherstellen einer Regionen- und Bundesländergrenzen-übergreifenden Abstimmung von Versorgungsangeboten)

Die **quantitative Rahmenplanung** des ambulanten Bereichs im Sinne einer groben Orientierung auf Ebene der 32 Versorgungsregionen besteht – solange noch keine validen Datengrundlagen aus der „Dokumentation im ambulanten Bereich“ verfügbar sind – in einer Erhebung und Planung von **Kapazitäten** im ambulanten allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Bereich. Basis für diese Rahmenplanung des ÖSG ist die bundesweit einheitliche Messgröße der versorgungswirksamen **„ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten“** (ÄAVE) im Sinne des Regiomed-Systems der Sozialversicherung[39]. Werden als Planungsgrundlage und in der Darstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung im jeweiligen RSG in Ersatz zu ÄAVE andere Planungsgrößen verwendet, so ist auf Ebene des Bundeslandes je Fachrichtung ein Umrechnungsschlüssel auf ÄAVE anzugeben.

[38] vgl. Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 6 Abs. 5 Z 1 und 2
[39] zur Berechnungsmethodik vgl. Legende zur Planungsgrundlagenmatrix → *im Anhang*

Die festgelegten **Planungsrichtwerte** berücksichtigen die im Jahr 2014 versorgungswirksamen ÄAVE im gesamten ambulanten Versorgungsbereich, die regionale Bevölkerungsstruktur und Besiedelungsdichte sowie die Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßen-Individualverkehr (vorerst ausschließlich auf Basis des aktuell verfügbaren Datenstandes 2014 und somit noch ohne Betrachtung künftiger Entwicklungen). Künftighin sind bei Ableitung von Planungsrichtwerten **Entwicklungstendenzen** in der modernen Medizin zu berücksichtigen (inkl. der sich ergebenen Möglichkeiten für ein verstärktes Umlagern der ambulanten Leistungserbringung zwischen den Gesundheitsberufen im Rahmen neuer Versorgungsformen sowie weiterer Entwicklungstendenzen, die den Bedarf an fachärztlichen Leistungen beeinflussen).

Die Versorgungswirksamkeit von ÄrztInnen im ambulanten Bereich in Form von ÄAVE wird für den überwiegenden Teil der Fachrichtungen dargestellt. In den „technischen Fachrichtungen" RAD, NUK, PAT, LAB und PMR hängt die Patientenversorgung ganz wesentlich auch von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen und von medizinisch-technischen (Groß-)Geräten ab. Zur Darstellung dieser Versorgungsleistung bedarf es erweiterter Datengrundlagen.

Ein zentraler Richtwert für den gesamten ambulanten Bereich ist die „**Versorgungsdichte**" (ÄAVE pro 100.000 EW) pro Fachrichtung. Auf Basis der im Jahr 2014 bestehenden Versorgungsdichte im Bundesdurchschnitt (ohne Wien) wurde durch Heranziehen einer **Bandbreite von +/-30 %** das **Versorgungsdichte-Soll-Intervall** ermittelt. Die Versorgungsdichte soll in jeder Versorgungsregion (unter Berücksichtigung von regionalen Austauschbeziehungen) im angegebenen Intervall liegen. Durch die Umsetzung dieses Versorgungsdichte-Soll-Intervalls im Rahmen von regionalen Detailplanungen (RSG) sollen ungerechtfertigte regionale Abweichungen in der ambulanten Versorgungsdichte vermieden und eine Regionen übergreifende Abstimmung der Versorgungsangebote sichergestellt werden. Die unten angeführten Planungsrichtwerte sind bei der Erstellung bzw. bei der Aktualisierung von RSG heranzuziehen. Die Planungshorizonte sind österreichweit einheitlich in 5-Jahres-Schritten zu wählen (2020, 2025, 2030 usw.).

Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich (Planungshorizont 2020)

Fachrichtung/Fachbereich **	Err. (Min.)	VDmin	VDmax	VD2014	BEVmin
Allgemeinmedizin (AM)**	10	34,8	64,7	49,8	2.000
Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)**	20	4,1	7,7	5,9	17.000
Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)	*	*	*	*	*
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)[1]	30	0,6	1,2	0,4	120.000
Chirurgie (CH)	*	4,1	7,7	5,9	*
Neurochirurgie (NCH)	*	*	*	*	*
Innere Medizin (IM)**	20	10,3	19,1	14,7	6.800
- davon Pulmologie (PUL) / Innere Medizin-Pneumologie (IM-PUL)	*	1,3	2,4	1,9	54.000
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH)	30	6,4	11,9	9,2	11.000
Neurologie (NEU)	30	1,9	3,5	2,7	37.000
Psychiatrie (PSY)	30	2,4	4,4	3,4	30.000
Dermatologie (DER)	30	2,9	5,5	4,2	24.000
Augenheilkunde (AU)	30	4,3	8,0	6,2	16.000
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	30	2,7	5,0	3,9	26.000
Urologie (URO)	30	2,1	4,0	3,1	33.000
Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (PCH)	*	*	*	*	*
Orthopädie und Traumatologie (ORTR)	30	6,7	12,5	9,6	10.000
- davon Orthopädie/orthopädische Chirurgie (OR)	30	2,7	5,0	3,9	26.000
- davon Unfallchirurgie (UCH)	*	4,0	7,5	5,7	17.000
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK)[2]	30	27,0	50,1	38,6	2.600

[1] vorrangig in multiprofessionellen niederschwelligen Versorgungsangeboten im ambulanten Bereich; auf Grund des in Aufbau befindlichen Fachbereichs erfolgt die Festlegung der PRW für KJP in Anlehnung an die Bedarfsplanungsrichtlinie in Deutschland.

[2] derzeit inkl. MKG, wird zukünftig getrennt nach ZMK und MKG dargestellt.

Legende:

Err. (Min.) Erreichbarkeitsfrist in Minuten, binnen welcher **zumindest 90 %** der Wohnbevölkerung des betreffenden Bundeslandes den jeweils nächstgelegenen leistungsanbietenden Standort[x)] der betreffenden Fachrichtung erreichen können sollen (Kriterium zur Standortplanung, daher ausschließlich im Sinne der Erreichbarkeit im Straßen-Individualverkehr (ohne Berücksichtigung wetter-/verkehrsbedingter Verzögerungen) und unabhängig von Tageszeiten/Öffnungszeiten zu interpretieren; nicht anzuwenden auf medizinische Leistungen in Spitalsambulanzen i. S. von § 26 (1) KAKuG – für solche spitalsambulanten Leistungen vgl. Erreichbarkeits-Richtwerte für Akut-KA in Kap. 2.2.3 des ÖSG)

[x)] leistungsanbietende Standorte bzw. ÄAVE: Unmittelbar versorgungswirksame ärztliche LeistungserbringerInnen (niedergelassene ÄrztInnen mit Kassenvertrag, ÄrztInnen in Kassenambulatorien/Vertragsinstituten und in Spitalsambulanzen, letztere bei Erreichbarkeitsanalysen nur als Ist-Bestandsgröße einzubeziehen)

VD Versorgungsdichte - ÄAVE (inkl. „abrechnungsrelevante“ Wahlärzte) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung

VDmin Untere Grenze des Versorgungsdichte-Soll-Intervalls, das von VDmin und VDmax begrenzt wird

VDmax Obere Grenze des Versorgungsdichte-Soll-Intervalls, das von VDmin und VDmax begrenzt wird

VD2014 Versorgungsdichte (ÄAVE pro 100.000 EW der Wohnbevölkerung; ohne Wien) 2014

BEVmin Mindest-Bevölkerung pro ÄAVE zur Gewährleistung der medizinischen/wirtschaftlichen Tragfähigkeit (zu überprüfen über Bevölkerungs-/Patientenströme in Abhängigkeit von Leistungsangeboten und Reisezeit-Entfernungen, ohne Berücksichtigung räumlicher oder administrativer Grenzen); Ermittlung von BEVmin: Anzahl Einwohner 2014 (ohne Wien) / Anzahl ÄAVE 2014 (ohne Wien)

* Angaben derzeit nicht sinnvoll bzw. nicht verfügbar

** Wechselseitige Austauschbeziehungen zwischen den Fachrichtungen (insbesondere zwischen AM bzw. Primärversorgungseinheiten sowie KIJU und IM) in regional unterschiedlicher Ausprägung zu beachten und in regionaler Detailplanung speziell zu analysieren bzw. zu berücksichtigen; die Fachrichtung KIJU deckt sowohl Teile der Primärversorgung als auch die ambulante Fachversorgung ab

Anm.: Wohnbevölkerung 2014: 8.507.786 (ohne Wien: 6.741.040); Wohnbevölkerung 2020: 8.981.218 (ohne Wien: 7.035.450); Ermittlung der Richtwerte in den Spalten „VDmin“, „VDmax“ und „BEVmin“ auf Basis des Bundesdurchschnitts ohne Wien; Fachbereiche, für die keine Angaben auf Basis ÄAVE angeführt werden, da ab dem Vorliegen einer einheitlichen Dokumentation im gesamten ambulanten Bereich eine Leistungsmengenrahmenplanung vorgesehen ist: RAD, LAB, NUK, PAT, PMR

Quellen: HVSVT – Regiomed 2014; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2014; Berechnungen: GÖG

Die Grobabschätzung des Bedarfs auf Basis der o.a. Richtwerte kann keinesfalls eine regionale sektorenübergreifende Angebotsplanung für den ambulanten Versorgungsbereich ersetzen. Daher sind eine **detaillierte** Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf **regionaler** Ebene (Versorgungsregionen, ggf. auch Bezirke, Standortgemeinden) im Rahmen regionaler Detailplanungen (RSG) durchzuführen, wobei die lokalen Spezifika (inkl. Wechselwirkungen zwischen den Regionen wie z.B. Pendlerbewegungen) ebenso zu berücksichtigen sind wie die bundesweiten Vorgaben. Die Planungsrichtwerte sollen nur in begründeten Ausnahmefällen über- bzw. unterschritten werden. Sofern im Rahmen von RSG gegebenenfalls zu ÄAVE analoge Messgrößen wie z.B. Standardversorgungseinheiten (SVE) herangezogen werden, ist die bundesweite Vergleichbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen.

2.2.3 Akutstationäre inklusive tagesklinische Versorgung

Im Bereich der akutstationären Versorgung sind **Planungsgrundlagen und -richtwerte** aufgrund der vorhandenen Datenbasen sowie aufgrund der wesentlich komplexeren und vielfältigeren Versorgungsstrukturen **mehrdimensional**. Neben Richtwerten für Erreichbarkeit und Kapazitäten (Betten) werden auch Richtwerte für Leistungsmengen angegeben *(→ Versorgungsmatrix und Planungsgrundlagenmatrix)* sowie ergänzende spezielle Planungsgrundlagen für ausgewählte Versorgungsbereiche angeführt.

2.2.3.1 Planungsrichtwerte für den akutstationären Bereich

Zur Darstellung der **vollstationären Versorgung**[40] werden die vorzuhaltenden **Bettenkapazitäten** in **Akutkrankenanstalten**[41] abgebildet. **Kapazitäten zur tagesklinischen Behandlung** werden als Teilbereich der akutstationären Versorgung berücksichtigt[42].

Das **Intervall der Bettenmessziffer** (inkl. Tagesklinikplätze) ist Ausdruck der erforderlichen **Kapazitätsdichte** und bezieht sich auf die Versorgung der Wohnbevölkerung pro Bundesland. Das Intervall ermöglicht, epidemiologische und intersektorale Versorgungs-Spezifika einer Region zu berücksichtigen. Die Zurechnung von ausländischen **GastpatientenInnen** erfolgt zielbezogen (zum Leistungsstandort) gemäß Inanspruchnahme 2014. Im Rahmen der regionsspezifischen Detailplanung sind Patientenströme zu berücksichtigen.

Planungsrichtwerte zur Kapazitätsdichte für bettenführende und tagesklinische Strukturen berücksichtigen die regionale Bevölkerungsstruktur und Besiedelungsdichte, die Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßen-Individualverkehr (ohne Berücksichtigung wetter-/verkehrsbedingter Verzögerungen), die beobachtete Auslastung bereits bestehender stationärer Einheiten sowie die Entwicklungstendenzen in der modernen Medizin (inkl. der mit dem medizinischen Fortschritt sich ergebenen Möglichkeiten für eine verstärkte Verlagerung in die tagesklinische bzw. ambulante Leistungserbringung).

Aufgrund der Änderung der Sonderfach-Gliederung gemäß Novellierung der Ärzteausbildung im Zeitraum 2014 bis 2016 werden die betroffenen Fachbereiche (Innere Medizin bzw. Pulmologie; Unfallchirurgie und Orthopädie bzw. Orthopädie und Traumatologie) in den nachfolgend dargestellten **Planungsrichtwerten** unter Berücksichtigung der Übergangsfrist (bis zum Jahr 2027) bis auf Weiteres speziell dargestellt. Die unten angeführten Planungsrichtwerte sind bei der Erstellung bzw. bei der Aktualisierung von RSG heranzuziehen. Die Planungshorizonte sind österreichweit einheitlich in 5-Jahres-Schritten zu wählen (2020, 2025, 2030 usw.).

[40] geplante und ungeplante akutstationäre Aufenthalte mit mindestens einem Belagstag (Mitternachtsstand)

[41] Landesgesundheitsfondsfinanzierte KA, UKH und Sanatorien (letztere gemäß Kap. 2.3.2)

[42] Derzeitige „Nulltagesaufenthalte“, die entsprechend dem „Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich“ künftighin dem spitalsambulanten Bereich zuzuordnen sind, sind nicht der tagesklinischen Versorgung zuzurechnen (zur Anzahl der von dieser Regelung betroffenen „Nulltagesaufenthalte“ vgl. Spalte „Anzahl spitalsambulante Besuche (Verlagerungspotenzial aus dem vollstationären Bereich)“ in der Versorgungsmatrix im Anhang).

Planungsrichtwerte für die Normalpflege- und Intensivbereiche in Akutkrankenanstalten (Planungshorizont 2020)

Fachbereiche/Versorgungsbereiche	Err. (Min.)	BMZmin	BMZmax	BMZ 2014	MBZ
Intensivbehandlungsbereiche (INT/IS)	60	0,22	0,36	0,18	6
Intensivüberwachungsbereiche (INT/UE)	45			0,10	4
Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)	45	0,12	0,20	0,16	20
Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)	*	0,02	0,03	0,03	20
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) [1]	60	0,08	0,13	0,04	30
Chirurgie (CH)	45	0,42	0,70	0,73	30
Neurochirurgie (NCH)	60	0,05	0,08	0,06	30
Innere Medizin (IM)	45	1,08	1,81	1,58	30
- davon Pulmologie (PUL) / Innere Medizin-Pneumologie (IM-PUL)	*	0,07	0,12	0,12	30
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH)	45	0,19	0,32	0,36	20
Neurologie (NEU)	60	0,18	0,31	0,23	30
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe B (NEU-ANB/B)	60	0,03	0,08	0,04	3
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe C (NEU-ANB/C)	90	0,05	0,09	0,08	8
Psychiatrie (PSY, exkl. PSY-ABH und PSY-FOR)	60	0,30	0,50	0,41	30
Haut- und Geschlechtskrankheiten (DER)	90	0,04	0,07	0,08	25
Augenheilkunde (AU)	90	0,04	0,07	0,09	20
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	60	0,07	0,12	0,13	25
Urologie (URO)	60	0,10	0,16	0,15	25
Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (PCH)	*	0,02	0,03	0,03	15
Orthopädie und Traumatologie (ORTR)	45	0,50	0,82	0,74	30
- Orthopädie und orth. Chirurgie (OR)	45	0,21	0,34	0,29	30
- Unfallchirurgie (UCH)	45	0,29	0,48	0,45	20
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	*	*	*	0,02	15
Strahlentherapie-Radioonkologie (STR)	90	*	*	0,03	*
Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)	*	*	*	0,01	*
Psychosomatik / Erwachsene (PSO-E)	90	0,04	0,07	0,05	20
Psychosomatik / Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSO-KJ) [1]	90	0,02	0,03	0,02	6
Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	45	0,26	0,43	0,19	24
Remobilisation/Nachsorge (RNS)	*	0,03	0,06	0,03	24
Palliativmedizin (PAL) / Erwachsene	60	0,05	0,08	0,04	8
Palliativmedizin (PAL) / Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	*	*	*	*	*
Gemischter Belag (GEM)	*	*	*	0,36	*
Summe (exkl. PSY-ABH und PSY-FOR) [2]	*	**3,94**	**6,56**	**5,97**	*

[1] gültig bis zum Aufbau stationär ersetzender ambulanter Versorgungsstrukturen
[2] Summen enthalten auch Fachbereiche/Versorgungsbereiche ohne ausgewiesene Planungsrichtwerte oder IST-Werte (*)
* Angaben nicht sinnvoll bzw. nicht verfügbar

Legende:

Err. (Min.) Erreichbarkeitsfrist in Minuten für jeweils nächstgelegene Abteilung (ABT, ohne Berücksichtigung von ROF bzw. für NEU-ANB, PSO, AG/R, RNS und PAL für alle bettenführende Einheiten anzuwenden); zu erfüllen für 90 % der Wohnbevölkerung jedes Bundeslandes (unter Berücksichtigung auch Bundesländer übergreifender Versorgungsbeziehungen)
BMZ Bettenmessziffer (systemisierte Akutbetten in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EW; umfasst alle Betten in sämtlichen bettenführenden Organisationsformen des stationären Bereichs); CH inkl. HCH, GCH, TCH, TXC;
BMZmin untere Grenze des BMZ-Soll-Intervalls, das von BMZmin und BMZmax begrenzt wird
BMZmax obere Grenze des BMZ-Soll-Intervalls, das von BMZmin und BMZmax begrenzt wird
BMZ 2014 BMZ in Akut-KA im Jahr 2014 gemäß Krankenanstalten-Statistik des BMGF

MBZ Mindestbettenanzahl für ABT: Qualitativ und wirtschaftlich optimierte-minimale Betriebsgröße einer Abteilung (ABT); systemisierte Betten/Planbetten inkl. Tagesklinikplätze und Anrechnung ambulanter Betreuungsplätze gemäß Anhang 2 Bemessung ambulanter Betreuungsplätze (ambBP); bezüglich INT, NEU-ANB, PSO-KJ und PAL für alle bettenführenden Einheiten anzuwenden - unabhängig von der Organisationsform); Einrichtung ABT: führendes Kriterium Versorgungsfunktion gem. § 2b Abs. 1 KAKuG (vgl. auch Kap. 2.3.2.2)

Anmerkungen zu MBZ:
Tagesklinikplätze sind Teil der einer ABT zugeordneten Betten zur ausschließlichen Nutzung für Tagesklinikaufenthalte mit im Durchschnitt 1,5-facher Belegung pro Platz an 250 Betriebstagen/Jahr und 90%-iger Auslastung; standardisierte Festlegung unabhängig von der organisatorischen Ausgestaltung entsprechend KA-spezifischer Rahmenbedingungen als Teil der fachbereichsspezifischen Organisationsform. Werden abweichend davon andere Betriebstage/Jahr oder ein anderer Mehrfachbelegungsfaktor der Kapazitätsermittlung und -darstellung zugrunde gelegt, so sind diese im RSG bzw. LKAP offenzulegen. Betten auf Wochenstationen sind entsprechend ihrer eingeschränkten Betriebszeit mit 250 Betriebstagen/Jahr zu betrachten.

Anmerkungen zu BMZmin:
BMZmin Wurde unter der Annahme bereits realisierter ambulanter Verlagerungspotenziale bzw. in Anlehnung an internationale Vergleiche festgelegt

Wohnbevölkerung 2014: 8.508.126; Wohnbevölkerung 2020: 8.981.218

Anmerkungen zu den Fachbereichen/Versorgungsbereichen:
INT: Intensivbereiche aller Fachrichtungen zusammengefasst; Anzahl an INT-Betten in Abhängigkeit von der Fächerstruktur der betreffenden KA individuell festzulegen; inkl. NI(M)CU und PI(M)CU
KIJU: aufgrund Altersdifferenzierung im Belegungsmanagement mit hohem Akutanteil Sollauslastung 75 %
IM bzw. AG/R und RNS: Der überwiegende Teil der Betten für AG/R bzw. RNS ist durch Umwidmung von Akutbetten in den von der Verlagerung betroffenen Fachrichtungen (v. a. IM, OR, UCH bzw. ORTR) zu realisieren; Einhaltung der BMZ und der Erreichbarkeits-Richtwerte für AG/R- und RNS-Betten gemeinsam zu beurteilen
NEU: Bettenaufbau für NEU-ANB/B zumindest zum Teil durch Umwidmung von NEU-Betten zu realisieren; für die Erfüllung der BMZmin für NEU-ANB/C sind auch die entsprechenden Kapazitäten für RIG NEU in Reha-Einrichtungen i.S. des Sozialversicherungsrechts zu berücksichtigen
PSY: BMZ-Intervall ist nur nach vollständigem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar (siehe Planungsrichtwert für ambulanten Bereich); BMZmin und BMZmax inkl. akuter Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (akuter Entzug), jedoch exkl. langfristiger Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen (Funktionscode 1-6215); Anwendung dieses Planungsrichtwerts unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Sichtweise und regionaler Gegebenheiten unter Einbeziehung der Bereiche Krankenanstalten, extramurale Versorgung und Sozialbereich; PSY-ABH = Psychiatrie-Abhängigkeitserkrankungen (Entwöhnung exkl. akuter Entzug); PSY-FOR = Psychiatrie-Forensik (Funktionscode 1-6249)
GEM: Akutbetten in GEM sind – auch im Falle interdisziplinärer Organisation des Normalpflegebereichs – entsprechend den dort abgedeckten MHG auf Fachrichtungen/Fachbereiche zuzuordnen.

Quellen: BMGF – Krankenanstalten-Statistik 2014; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2014; GÖG-eigene Berechnungen

Die Grobabschätzung des Bedarfs auf Basis der o. a. Richtwerte kann keinesfalls eine regionale sektorenübergreifende Angebotsplanung für den akutstationären Versorgungsbereich ersetzen. Daher sind eine **detaillierte** Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf **regionaler** Ebene (Versorgungsregionen, ggf. auch Bezirke, Standortgemeinden) im Rahmen regionaler Detailplanungen (RSG) durchzuführen, wobei die lokalen Spezifika (inkl. Wechselwirkungen zwischen den Regionen) ebenso zu berücksichtigen sind wie die bundesweiten Vorgaben. Diese Planungsrichtwerte sollen nur in **begründeten** Ausnahmefällen über- bzw. unterschritten werden.

2.2.3.2 Versorgungsmatrix und Planungsgrundlagenmatrix

Ergänzend zu den oben dargestellten Richtwerten zur Kapazitätsdichte an Akutbetten werden in der **Versorgungsmatrix** *(→ Anhang 6)* **Planungsrichtwerte zur Anzahl stationärer Aufenthalte** pro Indikationsgruppe (VMMHG[43]) und Versorgungsregion und somit zur angestrebten Leistungsdichte angegeben[44].

Die Richtwerte in der VM wurden unter Berücksichtigung der Häufigkeit stationärer Aufenthalte pro VMMHG bzw. im Bundesdurchschnitt (Jahr 2014; FKA, UKH und SAN), der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2020 bzw. 2025 sowie der Auswirkungen der medizinischen und technischen Entwicklung auf den Leistungsbedarf in den einzelnen MHG festgelegt.

[43] VMMHG = die in der Versorgungsmatrix (VM) verwendete homogene Obergruppen der MHG

[44] Die in der „Versorgungsmatrix" enthaltenen Richtwerte zur Anzahl stationärer Aufenthalte pro VMMHG im Jahr 2020 bzw. im Jahr 2025 basieren u.a. auf den Ergebnissen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation des Jahres 2014. Regional unterschiedliche Dokumentationsgewohnheiten sowie die Zuordnungsungenauigkeit der Leistungen bzw. Diagnosen zu den MHG können für einzelne Versorgungsregionen bzw. VMMHG zu erheblich von der derzeitigen Versorgungssituation abweichenden Ergebnissen führen, weshalb eine laufende Evaluierung der „Versorgungsmatrix" erforderlich ist. Die Richtwerte zur Anzahl stationärer Aufenthalte in der VM bilden weiters auch die Grundlage für die Ermittlung der Richtintervalle zu den Bettenmessziffern in der oben dargestellten Planungsrichtwerte-Tabelle.

Die Richtwerte sind **„quellbezogen“** (also bezogen auf den Wohnort der PatientInnen) definiert, inkludieren die aktuelle Zahl ausländischer GastpatientInnen und sollen in jeder der 32 Versorgungsregionen bzw. in jeder der vier Versorgungszonen (vgl. Karte 1 im Anhang 11) nicht um mehr als **25 % über- bzw. unterschritten** werden.

Darüber hinaus weist die Versorgungsmatrix zu Informationszwecken auch die Anzahl jener im Jahr 2014 angefallenen „**Nulltagesaufenthalte**“ aus, die entsprechend dem „Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich“ ab 2017 (verpflichtend ab 2019) dem spitalsambulanten Bereich zuzuordnen sind (vgl. Spalte „Anzahl spitalsambulante Kontakte (Verlagerungspotenzial aus dem vollstationären Bereich)“).

Eine wesentliche Grundlage für die regionale Angebotsplanung stellt die **Planungsgrundlagenmatrix** *(→ Anhang 5)* dar. In dieser sind – neben der quantitativen Beschreibung der Inanspruchnahme 2014 im akutstationären Bereich sowie der verfügbaren Kapazitäten in allen Versorgungssystemen in der jeweiligen Versorgungsregion – pro Fachrichtung Richtwerte zur Anzahl der insgesamt aus der jeweiligen Region heraus im Jahr 2020 entstehenden stationären Aufenthalte sowie Soll-Werte zur Anzahl von durch tagesklinische Aufenthalte begründete sog. „Nulltagesaufenthalten“ festgelegt.

Die in der Versorgungsmatrix und Planungsgrundlagenmatrix dargestellten Zahlen beinhalten keine stationären Aufenthalte in Bereichen mit den Funktionscodes 1-6215 (Abhängigkeitskrankheit) und 1-6249 (Forensik); weiters ist die MHG "(LANGZEIT) Ausgesteuerter Langzeitpflegefall (Asylierungsfall)"exkludiert. Zur genaueren Erläuterung der Matrizeninhalte vgl. Ausführungen zur Planungsgrundlagenmatrix im Anhang 5 sowie zur Versorgungsmatrix im Anhang 6.

2.2.4 Ergänzende Planungsgrundlagen für ausgewählte Versorgungsbereiche

Ergänzend zu den Planungsrichtwerten zum ambulanten und akutstationären Bereich werden nachfolgend für ausgewählte Versorgungsbereiche zusätzliche Planungsgrundsätze, Erreichbarkeits- und Einwohner-Richtwerte definiert. Diese Planungsrichtwerte sind bei der Weiterentwicklung dieser ausgewählten Versorgungsbereiche zu berücksichtigen.

Die Angaben zu **Einwohner-Richtwerten** bzw. **Einzugsbereichen** beziehen sich grundsätzlich auf die gesamte Wohnbevölkerung und sind als Vorgaben für die Einwohner-Mindestanzahl im Einzugsbereich zu verstehen, die überschritten werden kann, aber nicht unterschritten werden soll.

Die **Einwohner-Richtwerte** sowie ggf. auch die Leistungsangebotsplanungs-Richtwerte (LAP-RW) für ausgewählte Bereiche gemäß Leistungsmatrix-stationär sind als Mindestanforderung zum Erreichen von ausreichenden Fallzahlen für eine ausreichende Nutzung der erforderlichen spezifischen Ressourcen und Kapazitäten anzustreben.

Die **Erreichbarkeit** wird in Minuten angegeben. Innerhalb dieser Frist sollte die nächstgelegene Abteilung bzw. das Spezial- oder Referenzzentrum im Straßen-Individualverkehr zu erreichen sein, wobei diese Regel für 90 % der Wohnbevölkerung jedes Bundeslandes (unter Berücksichtigung auch Bundesländer übergreifender Versorgungsbeziehungen) zur Anwendung zu bringen ist.

Die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Grundsätze und Richtwerte sind für eine sukzessive Annäherung an eine idealtypischen Versorgungsstruktur in der Planung bundesländergrenzenüberschreitend und sowohl hinsichtlich der Erreichbarkeit als auch der Einwohnerrichtwerte anzuwenden, wobei - insbesondere in den Versorgungsbereichen mit hohem Anteil an Notfallversorgung (Erfordernis einer möglichst kurzfristigen Intervention) - die Erreichbarkeit das führende Kriterium darstellt. Bei regionalen Sondersituationen sind in begründeten Ausnahmefällen Abweichungen möglich.

Die Anwendung der Planungsrichtwerte für Normal- und Intensivpflegebereiche (Kap. 2.2.3.1) in Kombination mit den Planungsgrundlagen für ausgewählte Versorgungsbereiche (Kap. 2.2.4) soll die Gestaltung einer regional gut verteilten und zugänglichen Versorgungsstruktur bei gleichzeitiger Begrenzung der Anzahl von Leistungsstandorten für (hoch)spezielle Leistungsbereiche unterstützen.

Bei Anwendung dieser Richtwerte und Planungsgrundlagen sind bestehende Strukturen, deren Kapazitäten und Auslastung, sowie die Entwicklung des Krankheitsgeschehens zu berücksichtigen.

Ergänzende Planungsgrundlagen für ausgewählte Versorgungsbereiche

Ausgewählte Versorgungsbereiche	Planungsgrundsätze	Erreichbarkeit (Minuten)	Einzugsbereich Einwohnerrichtwert	ÜRVP
Psychosoziale Versorgungsbereiche				
Kinder- und Jugendpsychiatrie			ABT: mind. 350.000 EW; mind. 1 ambulante KJP-Einheit pro 250.000 EW	
PSY – Abhängigkeitserkrankungen	Behandlung exkl. akuter Entzug		1 Behandlungsplatz[1] pro 6.500 EW - 75 % Alkohol-, Medikamenten-u. substanzungebundene Sucht - 25 % illegale Drogen	
Spezialisierte Versorgungsbereiche (Referenzzentren, Spezialzentren)				
Kinderorthopädisches Zentrum	keine zusätzlichen Standorte	180	KOZ: mind. 2.000.000 EW	
Geburtshilfe[2]: - **Perinatalzentren** - **GH-Schwerpunkt A** - **GH-Schwerpunkt B**		 120 90 60	 PNZ: mind. 500.000 EW GH-SA: mind. 500.000 EW GH-SB: mind. 150.000 EW	
Neonatologie: - **NICU** - **NIMCU**	Nationale und internationale Richtwerte für die Mindestanzahl an Geburten in einer neonatologischen Einrichtung zur Evaluierung bestehender Standorte		Geburten im Einzugsgebiet des KA-Standorts: NICU: 2.500 NIMCU: 1.000	
Traumazentrum[2]		120	TRZ: mind. 400.000 EW	
Schwerbrandverletzten-Zentrum	internationale Vernetzung für Beherrschung von Großschadenereignissen	180	BRA: mind. 2.000.000 EW	X
Kardiologie - endovaskulär[2]		60	KARZ oder KARS: mind. 200.000 EW	
Gefäßchirurgisches Zentrum[2]		60	GCHZ: mind. 300.000 EW	
NEU-Stroke Unit		60	SU: mind. 200.000 EW	
NEU/NCH-Spezialzentren	keine zusätzlichen Standorte	180	NEU/NCH-SPZ: mind. 2.000.000 EW	
SPZ Endovaskuläre Neurointervention		90	-	
Onkologische Versorgung[2]: - **ONK-Zentrum** - **ONK-Schwerpunkt**		 120 60	 ONKZ: mind. 500.000 EW ONKS: mind. 300.000 EW	
Stammzelltransplantation (allogen)	keine zusätzlichen Standorte	180	SZTall: mind. 1.600.000 EW	X
Brustgesundheitszentrum		90	BRZ: mind. 250.000 EW	
Transplantationschirurgie	keine zusätzlichen Standorte	180	TXC: mind. 1.600.000 EW	X
Herzchirurgie	keine zusätzlichen Standorte	120	HCH: mind. 800.000 EW	X
Thoraxchirurgie		90	TCH: mind. 500.000 EW	
Nuklearmedizinisches Referenzzentrum (stationäre Therapie)	keine zusätzlichen Standorte	120	NUKT: mind. 800.000 EW	
Nephrologisches Zentrum[2]		120	NEPZ: mind. 800.000 EW	
Dialyseeinheit	Neuerrichtungen von HDia-Standorten nur dann, wenn Aufstockungen nicht durchführbar bzw. Erreichbarkeitsrichtwert nicht einhaltbar; unter Beachtung standortbezogener Richtwerte von 3.000 HD p.a.	45	-	

Ausgewählte Versorgungsbereiche	Planungsgrundsätze	Erreichbarkeit (Minuten)	Einzugsbereich Einwohnerrichtwert	ÜRVP
Hämodialyseplätze (HDia-Plätze)	Ambulante Hämodialyseplätze pro 100.000 EW (in Bezug auf die zu versorgende Bevölkerung) auf Basis eines 3-2-Schicht-Betriebes und eines österreichweit anzustrebenden PDia-Versorgungsanteils von 15 % bzw. 10 % (bei alternativer Schichtbetrieb-Organisation bzw. anderem PDia-Versorgungsanteil ist Platzanzahl entsprechend zu adaptieren); zusätzlich 15 % Reserve für Backup-Funktion (im intramuralen Bereich) sowie Plätze für Gastdialysen und Plätze für PatientInnen in der Rehabilitation; exklusive Plätze für Kinderdialyse	-	Richtwerte für das Jahr 2020 pro 100.000 EW bei Anteil 15 % PDia (bzw. *10 % PDia):* Burgenland 8,9 *(9,5)* Kärnten 11,5 *(12,2)* Niederösterreich 9,0 *(9,5)* Oberösterreich 9,6 *(10,2)* Salzburg 9,7 *(10,3)* Steiermark 11,0 *(11,6)* Tirol 7,7 *(8,1)* Vorarlberg 9,7 (*10,3)* Wien 10,5 *(11,2)*	
Peritonealdialyse (PDia)	an zumindest einem HDia-Standort pro BL (auch durch Bundesländer übergreifende Kooperation möglich); weitere PDia-Standorte jeweils in Anbindung an HDia-Standorte mit PDia-Erfahrung; unter Beachtung standortbezogene Mindestbetreuungsfrequenz von 10 PDia-Pat. p.a.	-	-	
Spezielle Versorgungsbereiche				
Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	ABT vorrangig an KA mit breiter Fächerstruktur bzw. bestehende Geriatrie-Zentren; Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten	-	-	
Palliativ- und Hospizversogung[3]	bis 2020 Ausbau PAL ca. 400 Betten in Ö; Palliativstation im Rahmen ABT mit hohen Anteilen an PAL-PatientInnen und PAL-Interesse; Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten Palliativ-Konsiliardienst (PKD) Teil jeder bettenführenden PAL-Einheit; in jeder Akut-KH verfügbar (PKD KH-übergreifend tätig)	60	-	
	Pädiatrische Palliativbetten: bedarfsorientiert innerhalb von ABT für KIJU; Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten	-	-	

[1] Abstimmung der Planung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich bzw. Suchtkoordination im Sinne einer regionalen Gesamtplanung (auch im Rahmen von Kooperationen bundesländerübergreifend)

[2] Im Falle ausreichender Kapazitäten eines Referenzzentrums muss auch bei größeren Einzugsbereichen kein Schwerpunkt eingerichtet werden.

[3] Expertenempfehlungen für andere Angebote der Palliativ- und Hospizversorgung siehe Broschüre *„Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene“,* siehe → *Kap. 3.2.4.4*

2.2.5 Überregionale Versorgungsplanung

➔ *Die für eine Verordnung zum ÖSG vorgesehenen Inhalte aus dem Kapitel 2.2.5 sind blau unterlegt.*

Zur Sicherstellung der Abstimmung für die Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung ausgewählter hochspezialisierter komplexer Leistungen hat eine überregionale Versorgung gemäß den in diesem Kapitel enthaltenen Tabellen zur Überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP) zu erfolgen.

Im Rahmen der ÜRVP werden bundesweit Leistungsstandorte für folgende Versorgungsbereiche definiert:

- Ausgewählte Referenzzentren im Sinne der Leistungsmatrix (z.B. HCH, TXC)
- Spezialzentren (z.B. Zentren für Medizinische Genetik, Schwerbrandverletzten-Versorgung)
- Expertisezentren für Seltene Erkrankungen gemäß Designationsprozess
- Besondere Versorgungsbereiche (z.B. Neurochirurgie akut)

Darüber hinaus gilt auch für Referenz- oder Spezialzentren, die nicht in der ÜRVP abgebildet sind, weiterhin die Versorgungsverpflichtung im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Die Versorgungsbereiche erfüllen folgende **Kriterien**:

- Komplexe spezialisierte Leistungsbereiche mit besonderen und vergleichsweise kostenintensiven Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität (v. a. hinsichtlich Personalqualifikation, Geräteausstattung und Prozessorganisation)

  und

- medizinisch (z.B. hinsichtlich ausreichender Erfahrung und Routine der Behandlungsteams auch bei seltenen Komplikationen) sowie auch ökonomisch begründete Notwendigkeit der überregionalen Bündelung der Leistungserbringung (resultierend in Planungsrichtwerten; mit zusätzlicher Relevanz auch für die (Ärzte-)Ausbildung)

  und

- Leistungserbringung nicht an Standorten in allen Bundesländern sinnvoll und notwendig – iVm überwiegender oder ausschließlicher „Fremdversorgung“ eines oder mehrerer Bundesländer über benachbarte Bundesländer bzw. benachbarte Staaten

  oder

- überregionale bzw. internationale Abstimmungserfordernisse (z.B. iVm mit den EU-weiten Designationsprozessen im Bereich der Expertisezentren für Seltene Erkrankungen).

In der ÜRVP werden die **Leistungsstandorte** mit deren Zuständigkeit für **Versorgungsgebiete** auf Ebene der Versorgungsregionen definiert, wobei nicht zwischen inländischen GastpatientInnen sowie PatientInnen mit Wohnsitz im eigenen Bundesland unterschieden wird. Die Länder stellen die Übernahme der spezialisierten Versorgungsfunktionen durch die – in den in diesem Kapitel enthaltenen Tabellen – angeführten Leistungsstandorte primär für deren jeweilige Versorgungsgebiete unabhängig von räumlich-administrativen Grenzen sicher. Im Bedarfsfall sind inländische GastpatientInnen an jedem ÜRVP-Leistungsstandort zu versorgen.

Die Festlegungen der ÜRVP erfolgen - je nach Notwendigkeit aus medizinischer Sicht - in Differenzierung nach Alters- und Bevölkerungsgruppen (Kinder, Erwachsene bzw. Bevölkerung insgesamt).

Entsprechend ihrer Planbarkeit werden die der ÜRVP unterliegenden Versorgungsbereiche in drei Gruppen (siehe nachfolgende Grafik) gegliedert:

1. ÜRVP Bereiche, für die SOLL-Leistungsstandorte und deren zugehörige Versorgungsgebiete sowie die Kapazitätsplanung für Österreich insgesamt festgelegt sind (in der Grafik: rot hinterlegter Bereich)
2. ÜRVP Bereiche, für die lediglich die SOLL-Leistungsstandorte festgelegt sind (in der Grafik: gelb hinterlegter Bereich)
3. ÜRVP Bereiche, für die SOLL-Leistungsstandorte mit den jeweiligen Kapazitäten und mit den zugehörigen Versorgungsgebieten sowie die Kapazitätsplanung für Österreich insgesamt festgelegt sind (in der Grafik: blau hinterlegter Bereich):

ÜBERSICHT ÜBER ÜRVP-GRUPPEN

Erwachsene	Kinder und Jugendliche	K/J und Erwachsene
○ **Herzchirurgie** ○ **Transplantationschirurgie** ○ **Neurochirurgie** – akut	○ **Kinder-Herzzentren** (Herz-CH und Kardiologie) ○ **Pädiatrische onkologische Versorgung**	○ Zentren für **medizinische Genetik** (inkl. BRCA) ○ Expertisezentrum für **pädiatrische Onkologie** ○ Expertisezentrum für **seltene genetisch bedingte Hauterkrankungen** (Genodermatosen) mit Schwerpunkt auf Epidermolysis bullosa (EB)
○ **Schwerbrandverletzten-Versorgung** ○ **Stammzell-Transplantation** – allogen	○ **Kinder-Schwerbrandverletzten-Versorgung** ○ **Kinder-Stammzell-Transplantation** – allogen	○ Sonderisolierstationen **für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen** (HKLE)

1. Planung Standorte/Versorgungsgebiete & Kapazitätsplanung für Österreich insgesamt
2. Planung Standorte; keine Kapazitätsplanung
3. Planung Standorte/Versorgungsgebiete & Kapazitätsplanung pro KA-Standort

Für die ÜRVP-Gruppen 1 und 3 sind die Bettenkapazitäten im Ist-Stand in Form von „Bettenäquivalenten (BÄ)“ auf Basis der tatsächlichen Inanspruchnahme im Jahr 2014 – unter Berücksichtigung einer Soll-Auslastung von 85 % bzw. bei der Schwerbrandverletzten-Versorgung von 75 % und unter Annahme von bis zum Jahr 2020 unveränderten Patientenströmen zwischen den Bundesländern – ausgewiesen. Abweichend davon erfolgte bei der Schwerbrandverletztenversorgung und bei den Sonderisolierstationen für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen eine Bedarfsschätzung basierend auf internationalen Vergleichen mit Deutschland und mit der Schweiz. Der spezifische Bettenbedarf 2020 wurde auf Basis der beobachteten Inanspruchnahme-Entwicklung im Zeitraum 2002-2014 festgelegt und inkludiert anteilig auch die Intensivbetten-Kapazitäten.

Diese bundesweiten Festlegungen sind als **integraler Bestandteil** der regionalen Detailplanungen in den **RSG** in nachvollziehbarer Weise zu berücksichtigen.

Wesentliche Änderungen zu den in den in diesem Kapitel enthaltenen Tabellen ausgewiesenen Leistungskapazitäten bzw. -volumina (Betten, Fallzahlen) sind aufgrund ihrer Auswirkungen jedenfalls im Hinblick auf die jeweils betroffenen Versorgungsgebiete in Österreich bundesländerübergreifend abzustimmen und durch die Bundes-Zielsteuerungskommission zu behandeln. Wesentliche Änderungen liegen vor, wenn:

1. bestehende Leistungsstandorte wegfallen oder neue Leistungsstandorte geschaffen werden oder
2. die Kapazitäten eines Leistungsstandorts gegenüber dem derzeitigen Status quo in größerem Umfang reduziert oder ausgebaut werden; dies ist dann der Fall, wenn die Änderung der maßgeblichen Planungsgröße (Betten) die vereinbarte Bandbreite von 10 % (inländische PatientInnen) und zumindest +/- 1 Bettenäquivalent über- bzw. unterschreitet.

Bei Reduktion von Kapazitäten (Betten) eines Leistungsstandortes infolge von realisierten Effizienzsteigerungen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Versorgungsniveaus bezogen auf Fallzahlen

(Aufenthalte), Herkunftsbundesland der PatientInnen sowie Leistungsumfang ist die Bundes-Zielsteuerungskommission über die neue Angebotsstruktur zu informieren und die ÜRVP gegebenenfalls anzupassen.

Im Rahmen des ÖSG/RSG-Monitorings erfolgt eine regelmäßige Beobachtung der Entwicklungen zu den ÜRVP-Angeboten (Betten, Fallzahlen, Leistungen, regionale Patientenströme), um ggf. wesentliche Änderungen des ÜRVP-Angebots aufzuzeigen.

Die im ÖSG enthaltenen Planungsaussagen zur ÜRVP sind in RSG-Arbeiten ab dem Jahr 2017 zu berücksichtigen und berühren nicht die Inhalte bereits zuvor in Kraft gesetzter RSG.

Überregionale Versorgungsplanung – Standort-/Kapazitätsplanung (Kinder, Jugendliche)

		Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet"																																	
Ziel-Krankenanstalt bzw. Ziel-Versorgungsregion	**Bettenäquivalente inkl. INT 2014 ***	11 Burgenland-Nord	12 Burgenland-Süd	21 Kärnten-Ost	22 Kärnten-West	31 NÖ Mitte	32 Waldviertel	33 Weinviertel	34 Thermenregion	35 Mostviertel	41 OÖ Zentralraum Linz	42 OÖ Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzkammergut	46 Innviertel	51 Salzburg-Nord	52 Pinzgau-Pongau-Lungau	61 Graz	62 Liezen	63 Östliche Obersteiermark	64 Oststeiermark	65 West-/Südsteiermark	66 Westliche Obersteiermark	71 Tirol-Zentralraum	72 Tirol-West	73 Tirol-Nordost	74 Osttirol	81 Rheintal-Bregenzerwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost	**Spezifischer Bettenbedarf 2020***
Kinder-Herzzentren (Kinder-Herzchirurgie und Kinder-Kardiologie) (KHZ), *vgl. Kap. 3.2.3.11*[1]																																			
Kinder-Herzchirurgie (KHCH)																																			
K470 KUK Linz	**30 (≈ 86 % INT)**	-	-	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-			
K612 Graz LKH		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x		x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
K901 Wien AKH		x	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Österreich Insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		34
Kinder-Kardiologie(KKAR)																																			
K470 KUK Linz	**21 (≈ 83 % INT)**	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	x	-	-	-	x	x	-	-	-	-		
K612 Graz LKH		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x		x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
K706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-		
K901 Wien AKH		x	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x		
Österreich Insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		**26**
Kinder-Schwerbrandverletzten-Versorgung (KBRA), *vgl. Kap. 3.2.3.6*[2]																																			
K612 Graz LKH			x	x	x						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				3		
K956 Wien SMZ OST		x				x	x	x	x	x	x		x				x	x						x	x	x	x	x	x	x	x	x	3		
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		**6**
Pädiatrische onkologische Versorgung (KJONK), *vgl. Kap. 3.2.3.9*[3]																																			
K470.3 KUK Linz, MC IV	**82 (≈ 33 % INT)**	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
K524 Salzburg LKA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
K612 Graz LKH		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
K706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-		
K901 Wien AKH		x	x	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x		
K952 St Anna KISP																																			
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		**82**[4]
Kinder-Stammzelltransplantation-allogen (KSZT-all), *vgl. Kap. 3.2.3.9*[3]																																			
K612 Graz LKH	**11 (≈10 % INT**		x	x	x						x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				4		
K952 St Anna KISP		x				x	x	x	x	x	x		x	x																x	x	x	7		
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		**11**

* Grobabschätzung des Bettenbedarfs für Österreich insgesamt auf Basis der spezifischen Betteninanspruchnahme im Jahr 2014, inkl. durchschnittlicher Anteil der Inanspruchnahme von INT-Betten (ausgenommen KBRA, hier Bedarfsschätzung basierend auf internationalen Vergleichen mit Deutschland und mit der Schweiz); Grundlage für die Festlegung des spezifischen Bettenbedarfs pro Leistungsstandort 2020; Bettenbedarf ausgedrückt in Form von Betten-äquivalenten (bei Soll-Auslastung von 85%) inkl. INT-Versorgung

[1] Berechnungsgrundlage: Inanspruchnahme durch PatientInnen bis 15. LJ

[2] normative Festlegung für Kinder bis zum 15. LJ

[3] Berechnungsgrundlage: Inanspruchnahme durch PatientInnen bis 19. LJ

[4] exklusive Weiterbetreuung außerhalb von KJONK Zentren

x Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts

ANM: Da die Zuordnung der VR zu den ÜRVP-Soll-Standorten primär auf Basis der tatsächlichen Patientenströme bzw. Einzugsbereiche im Jahr 2014 erfolgte, kann eine VR (in Fällen nicht eindeutig zuordenbarer Patientenströme) auch mehreren ÜRVP-Soll-Standorten zugeordnet sein.

Die Zuordnung der Versorgungsregionen wird insbesondere in der KHCH im Hinblick auf die Neuausrichtung der vorgesehenen Standorte im Rahmen des ÜRVP Monitorings evaluiert und entsprechend dem Ergebnis spätestens 2018 angepasst.

Quellen: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2014; Berechnungen: GÖG

Überregionale Versorgungsplanung - Standort-/Kapazitätsplanung (Erwachsene)

Ziel-Krankenanstalt bzw. Ziel-Versorgungsregion	Bettenäquivalente inkl. INT 2014 *	Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet": 11 Burgenland-Nord	12 Burgenland-Süd	21 Kärnten-Ost	22 Kärnten-West	31 NÖ Mitte	32 Waldviertel	33 Weinviertel	34 Thermenregion	35 Mostviertel	41 OÖ Zentralraum Linz	42 OÖ Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzkammergut	46 Innviertel	51 Salzburg-Nord	52 Pinzgau-Pongau-Lungau	61 Graz	62 Liezen	63 Östliche Obersteiermark	64 Oststeiermark	65 West-/Südsteiermark	66 Westliche Obersteiermark	71 Tirol-Zentralraum	72 Tirol-West	73 Tirol-Nordost	74 Osttirol	81 Rheintal-Bregenzerwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost	Spezifischer Bettenbedarf 2020*
Herzchirurgie (HCH), *vgl. Kap. 3.2.3.11*																																		
K205 Klinikum Klagenfurt	428 (davon ≈ 36 % INT)	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	
K382 St. Pölten-LF UnivKL		-	-	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K470.1 KUK Linz, MC III, standortübergreifend mit K434.1 Klinikum Wels-Grieskirchen, Standort Wels		-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K524 Salzburg LKA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	
K612 Graz LKH		-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	
K901 Wien AKH		x	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	
K916 Hietzing-Rosenhügel KH																																		
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**446**
Transplantationschirurgie (TXC), *vgl. Kap. 3.2.3.13*																																		
K419 Linz ELISAB KH[1]	65 (≈ 32 % INT)	-	-	-	-	-	n	-	-	n	n	n	n	n	n	n	n	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K612 Graz LKH		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K706 Innsbruck LKH		-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	
K901 Wien AKH		x	x	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**65**
Neurochirurgie akut (NCHa; MEL AC020-AC040, AD010-AD070, EA020, EA030, LA010), *vgl. Kap. 3.2.3.7*																																		
K205 Klinikum Klagenfurt	245 (davon ≈ 42 % INT)	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	
K356 Wr. Neustadt LKL		x	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K382 St. Pölten-LF UnivKL		-	-	-	-	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K470.2 KUK Linz, NeuromedC		-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K528 Salzburg LNKL		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K612 Graz LKH		-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	
K830 Feldkirch LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	
K901 Wien AKH																																		
K917 Rudolfstiftung KH		x	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	
K956 Wien SMZ OST																																		
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**256**
Schwerbrandverletzten-Versorgung in BRA-Einheit (BRA)[2], *vgl. Kap. 3.2.3.6*																																		
K612 Graz LKH	22 (≈ 2 % INT)	-	x	x	x	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
K706 Innsbruck LKH**		-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	2
K901 Wien AKH		x	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	6
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**14**
Stammzelltransplantation-allogen (SZT-all), *vgl. Kap. 3.2.3.9*																																		
K419 Linz ELISAB KH		-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
K612 Graz LKH		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8[3]
K706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	5
K901 Wien AKH		x	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x		7
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**28**

* Grobabschätzung des Bettenbedarfs für Österreich insgesamt auf Basis der spezifischen Betteninanspruchnahme im Jahr 2014, inkl. durchschnittlicher Anteil der Inanspruchnahme von INT-Betten (ausgenommen BRA, hier Bedarfsschätzung basierend auf internationalen Vergleichen mit Deutschland und mit der Schweiz); Grundlage für die Festlegung des spezifischen Bettenbedarfs pro Leistungsstandort 2020; Bettenbedarf ausgedrückt in Form von Bettenäquivalenten (bei Soll-Auslastung von 85%) inkl. INT-Versorgung

** Der Planungshorizont für die BRA-Einheit im LKH Innsbruck ist das Jahr 2025. Die Versorgung der dem LKH Innsbruck zugeordneten Versorgungsgebiete erfolgt bis dahin entweder durch die Leistungsstandorte LKH Graz und AKH Wien oder im Rahmen von Kooperationen im Ausland.

[1] TXC eingeschränkt auf NTX; Angaben "n" zum Versorgungsgebiet daher nur für NTX gültig

[2] Idealtypische Kapazitätsplanung für INT-Bereiche im Rahmen der BRA auf Basis Erreichbarkeit/Nächstgelegenheit

[3] inkl. Vor- und Nachsorgebetten

x Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts

ANM: Da die Zuordnung der VR zu den ÜRVP-Soll-Standorten primär auf Basis der tatsächlichen Patientenströme bzw. Einzugsbereiche im Jahr 2014 erfolgte, kann eine VR (in Fällen nicht eindeutig zuordenbarer Patientenströme) auch mehreren ÜRVP-Soll-Standorten zugeordnet sein.

Quellen: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2014; Berechnungen: GÖG

Überregionale Versorgungsplanung - Standort-/Kapazitätsplanung (Kinder/Jugendliche und Erwachsene)

Ziel-Krankenanstalt bzw. Ziel-Versorgungsregion	Bettenäqivalente inkl. INT 2014	Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet"																													Spezifischer Bettenbedarf 2020*
		11 Burgenland-Nord	12 Burgenland-Süd	21 Kärnten-Ost	22 Kärnten-West	31 NÖ Mitte	32 Waldviertel	33 Weinviertel	34 Thermenregion	35 Mostviertel	41 OÖ Zentralraum Linz	42 OÖ Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzkammergut	46 Innviertel	51 Salzburg-Nord	52 Pinzgau-Pongau-Lungau	61 Graz	62 Liezen	63 Östliche Obersteiermark	64 Oststeiermark	65 West-/Südsteiermark	66 Westliche Obersteiermark	71 Tirol-Zentralraum	72 Tirol-West	73 Tirol-Nordost	74 Osttirol	81 Rheintal-Bregenzerwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost	
Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen – Sonderisolierstation (HKLE)*, *vgl. Kap. 3.2.3.17*																																	
K910 Wien SMZ SÜD KFJ/Preyer	n.v.	x	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	3
K673 Graz LKH Süd-West		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	3
K706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	2
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**8**

x Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts

* Grobabschätzung des Bettenbedarfs für Österreich basierend auf internationalen Vergleichen mit Deutschland und mit der Schweiz

Ziel-Krankenanstalt bzw. Ziel-Versorgungsregion	Fälle BRCA 2014 *	Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet"																													Leistungsbedarf BRCA 2020 *
		11 Burgenland-Nord	12 Burgenland-Süd	21 Kärnten-Ost	22 Kärnten-West	31 NÖ Mitte	32 Waldviertel	33 Weinviertel	34 Thermenregion	35 Mostviertel	41 OÖ Zentralraum Linz	42 OÖ Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzkammergut	46 Innviertel	51 Salzburg-Nord	52 Pinzgau-Pongau-Lungau	61 Graz	62 Liezen	63 Östliche Obersteiermark	64 Oststeiermark	65 West-/Südsteiermark	66 Westliche Obersteiermark	71 Tirol-Zentralraum	72 Tirol-West	73 Tirol-Nordost	74 Osttirol	81 Rheintal-Bregenzerwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost	
Zentren für medizinische Genetik (inkl. BRCA), *vgl. Kap. 3.2.3.15**																																	
K470.3 KUK Linz, MC IV[1]	n.v.	Versorgungsgebiet innerhalb Österreichs: Bundesgebiet																															
K524 Salzburg LKH																																	
K612 Graz LKH																																	
K706 Innsbruck LKH																																	
K901 Wien AKH																																	
K912 Hanusch KH																																	
Österreich insgesamt																																	z.e.

* Festlegung der Leistungsstandorte; Erhebung des Leistungsbedarfs im IST und SOLL wird im Rahmen der nächsten ÖSG-Revision ergänzt

x Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts

[1] K470 KUK, Med Campus IV (Institut für Medizinische Genetik) in Kooperation mit K418 BHS Linz (Labor für Molekularbiologie und Tumorzytogenetik)

Ziel-Krankenanstalt bzw. Ziel-Versorgungsregion	Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet"																														Spezifischer Bettenbedarf 20**
	11 Burgenland-Nord	12 Burgenland-Süd	21 Kärnten-Ost	22 Kärnten-West	31 NÖ Mitte	32 Waldviertel	33 Weinviertel	34 Thermenregion	35 Mostviertel	41 OÖ Zentralraum Linz	42 OÖ Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzkammergut	46 Innviertel	51 Salzburg-Nord	52 Pinzgau-Pongau-Lungau	61 Graz	62 Liezen	63 Östliche Obersteiermark	64 Oststeiermark	65 West-/Südsteiermark	66 Westliche Obersteiermark	71 Tirol-Zentralraum	72 Tirol-West	73 Tirol-Nordost	74 Osttirol	81 Rheintal-Bregenzerwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost	
Pädiatrische Onkologie – Expertisezentren (Typ B), *vgl. Kap. 3.2.3.16*																																	
K952 St Anna KISP (ab 04/2017; European Reference Network on paediatric cancer (haemato-oncology) (ERN PaedCan))*	Versorgungsgebiet innerhalb Österreichs: Bundesgebiet																																
Seltene genetisch bedingte Hauterkrankungen (Genodermatosen) mit Schwerpunkt auf Epidermolysis bullosa (EB) – Expertisezentren (Typ B), *vgl. Kap. 3.2.3.16*																																	
K524 Salzburg LKA (ab 12/2016; European Reference Network on skin disorders (ERN Skin))**	Versorgungsgebiet innerhalb Österreichs: Bundesgebiet																																

* http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ern/docs/ernpaedcan_factsheet_en.pdf

** http://www.genodermatoses-network.org/spip.php?rubrique256

Quellen: GÖG- Erhebungen

2.2.6 Rehabilitation

Die Planung des Rehabilitationsbereichs umfasst die **stationären** und **ambulanten** Kapazitäten der antragspflichtigen[45] **medizinischen Rehabilitation im Sinne des Sozialversicherungsrechts**. Im Rahmen der Ist-Analyse sind auch die gegenwärtig von den SV-Trägern beschickten Einrichtungen im angrenzenden Ausland zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Abschätzung des **Bettenbedarfs** in der **stationären Rehabilitation** auf Ebene der vier Versorgungszonen wird zusätzlich zu den allgemeinen Planungskriterien (z.B. Inanspruchnahme und Auslastung der bestehenden Rehabilitationseinrichtungen, demografische Entwicklung) in Differenzierung nach den Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) auch das Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen in den bettenführenden SKA für Rehabilitation berücksichtigt[46].

Der Bedarf an **ambulanter Rehabilitation** für Erwachsene auf Ebene der vier Versorgungszonen wird auf Basis der Einheit „ambulanter Therapieplatz“[47]abgeschätzt.

Der Bedarf an ambulanten Therapieplätzen wird derzeit ausschließlich in Bezug auf die „**stationär ersetzende** ambulante Rehabilitation“ (**Phase II** im Sinne des Rehabilitationsplans 2016) ermittelt. Umgekehrt wird die bedarfsnotwendige Bettenvorhaltung in der stationären Rehabilitation abzüglich der durch Umlagerung des Versorgungsgeschehens in die ambulante Rehabilitation der Phase II verzichtbaren Bettenkapazitäten ermittelt. Zur ambulanten Rehabilitation der **Phase III**, die zur Stabilisierung der in Phase II erreichten Effekte sowie zur langfristigen Verhinderung einer Progression der bestehenden Erkrankung bzw. zur Vermeidung neuer Erkrankungen dient, werden derzeit keine Aussagen getroffen. Bei der noch zu erarbeitenden Planung der ambulanten Rehabilitation der **Phase III** sind bestehende integrierte Versorgungsstrukturen (insbesondere im Bereich der Primärversorgung), die fachärztliche Versorgung und die vorhandenen Evidenzen zu berücksichtigen[48]. Dabei sind die Qualitätskriterien (insbesondere auch die medizinischen Leistungsprofile der PVA zur ambulanten Rehabilitation der Phase III) jedenfalls zu berücksichtigen.

Die nachfolgend dargestellten Planungsrichtwerte zur stationären und ambulanten Rehabilitation für Erwachsene basieren auf den Bedarfsschätzungen im Rahmen des **Rehabilitationsplans 2016** (d. h. auf Datenbasis 2003-2014, vgl. dazu auch detaillierte Bedarfsschätzung zur stationären und ambulanten Rehabilitation für den Planungshorizont 2020 in Differenzierung nach RIG und Versorgungszonen in den nachfolgenden Tabellen). Die Darstellung der Ist-Situation berücksichtigt auch ergänzende Daten bzw. Informationen bis inkl. 1. Halbjahr 2016.

Im Rahmen von Bedarfsprüfungs- und Bewilligungsverfahren bzw. von Vertragsvergabeverfahren der SV sind neben diesen Planungsrichtwerten die im Wege des VUG 2017 ergänzten Bestimmungen im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz[49] zu berücksichtigen.

---

[45] „Um Maßnahmen der Rehabilitation gewähren zu können, ist ein Antrag erforderlich. Die medizinische Notwendigkeit ist durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu begründen“ Quelle: http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvaportal/content?contentid=10007.756536

[46] Tatsächliche Inanspruchnahme von bettenführenden SKA für Rehabilitation 2003-2014 (z.B. Frequentierung und Auslastung der Betten in den SKA für Rehabilitation differenziert nach RIG); Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen in bettenführenden SKA für Rehabilitation; relevante Morbidität der Bevölkerung (insbesondere bezogen auf das Versorgungsgeschehen in den Akut-KA, z.B. unter Berücksichtigung von „Rehabilitationsquoten“); prognostizierte demografische Struktur und Entwicklung 2015-2020 (insbesondere auch die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung in den vier Versorgungszonen)

[47] Zur Umrechnung von Patientenzahlen in ambulante Therapieplätze und vice versa vgl. ergänzende Erläuterungen zu nachfolgender Tabelle über Ambulante Therapieplätze.

[48] vgl. Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 5 Abs. 4 Z 5

[49] §§ 3 und 3a KAKuG

2.2.6.1 Rehabilitation für Erwachsene

➔ *Die für eine Verordnung zum ÖSG vorgesehenen Inhalte aus dem Kapitel 2.2.6.1 sind blau unterlegt.*

Die Planung des Rehabilitationsbereichs für Erwachsene umfasst die **stationären** und **ambulanten** Kapazitäten der antragspflichtigen medizinischen Rehabilitation im Sinne des Sozialversicherungsrechts für **Personen ab dem 19. Lebensjahr** in den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung und in den Vertragspartner-Einrichtungen. Kureinrichtungen sowie die ambulante Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen bzw. TherapeutInnen außerhalb des gesetzlich definierten Bereichs „Rehabilitation" finden in der Rehabilitationsplanung keine Berücksichtigung.

Die stationären und ambulanten Kapazitäten der medizinischen Rehabilitation für Erwachsene sind differenziert nach den folgenden **Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG)** dargestellt:

1. Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)
2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)
3. Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)
4. Onkologische Rehabilitation (ONK)
5. Psychiatrische Rehabilitation (PSY)
6. Atmungsorgane (PUL)
7. Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)
8. Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)
9. Spezialbereich Lymphologie (LYMPH)

Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG), die nicht in dieser Aufzählung enthalten sind, können nur durch Anpassung des ÖSG geschaffen werden.

Für die Bettenvorhaltung (Bettenmessziffern – BMZ) in der **stationären Rehabilitation** von Erwachsenen wird die Anzahl der vorzuhaltenden Bettenäquivalente pro 100.000 EinwohnerInnen und Rehabilitations-Indikationsgruppe als Soll-Vorgabe für 2020 wie folgt festgelegt:

Tabelle R1: Planungsrichtwerte* für die stationäre Rehabilitation für Erwachsene
(Alter ab dem 19. Lebensjahr) nach Rehabilitations-Indikationsgruppen, Planungshorizont 2020

Rehabilitations-Indikationsgruppe	BMZ Soll 2020	BMZ 2014
Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)	44,7	45,4
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)	18,3	18,7
Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)	18,5	18,4
Onkologische Rehabilitation (ONK)	6,5	6,6
Psychiatrische Rehabilitation (PSY)	16,7	13,5
Atmungsorgane (PUL)	5,6	5,8
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)	6,9	6,9
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)	6,0	6,1
Spezialbereich Lymphologie (LYMPH)	1,2	1,2
gesamt	**124,4**	**122,4**

* Abgeleitet aus der bundesweiten Bedarfsschätzung gemäß Rehabilitationsplan 2016, gleichermaßen für alle vier Versorgungszonen gültig; von primärer Planungsrelevanz ist die auf die vier Versorgungszonen bezogene Umsetzung dieser Richtwerte (vgl. nachfolgende Tab.).

Legende:

BMZ	Bettenmessziffer (Betten in stationären Rehabilitationseinrichtungen pro 100.000 EW)
BMZ Soll 2020	Idealtypische Soll-Bettenmessziffer; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2020
BMZ 2014	Bettenmessziffer 2014 (Bettenäquivalente in RZ pro 100.000 EW 2020; Ist-Betten 2014 unter Berücksichtigung zusätzlicher Daten bzw. Informationen bis zum 1. Halbjahr 2016)

Quelle: HVSVT – Rehabilitationsplan 2016; Darstellung: GÖG

Aus den Bettenmessziffern gemäß Tabelle R1 ergibt sich für den Planungshorizont 2020 der nachfolgende Bettenbedarf pro Versorgungszone (VZ) und RIG:

Tabelle R2: Bettenäquivalente in RZ nach Rehabilitations-Indikationsgruppen - Bedarf 2020

SOLL 2020	EW 2020	BSR	HKE	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	LYMPH	gesamt
VZ 1 (Ost)	3.776.303	1.717	705	710	251	640	214	264	232	45	4.780
VZ 2 (Süd)	1.888.463	859	353	355	126	320	107	132	116	22	2.390
VZ 3 (Nord)	2.015.962	917	376	379	134	342	114	141	124	24	2.552
VZ 4 (West)	1.147.378	522	214	216	76	195	65	80	71	14	1.452
Österreich	**8.828.106**	**4.015**	**1.648**	**1.660**	**587**	**1.497**	**501**	**618**	**543**	**104**	**11.174**

In der **Planungsgrundlagenmatrix** (vgl. Anhang 5) wird – für den Vergleich zwischen Ist-Situation 2014 und Soll-Vorgabe 2020 – die Versorgungssituation in der stationären Rehabilitation von Erwachsenen auf Ebene der vier Versorgungszonen und für Österreich insgesamt beschrieben.

Die nachfolgenden **Richtwerte** zur Vorhaltung von Therapieplätzen in der **ambulanten Rehabilitation der Phase II** beziehen sich ebenfalls auf Personen ab dem 19. LJ. Sie berücksichtigen auch die gemeinsam mit ExpertInnen abgeschätzten Auslagerungspotenziale von der stationären in die ambulante Rehabilitation der Phase II. Im Rahmen von Bedarfsprüfungs- und Bewilligungsverfahren bzw. von Vertragsvergabeverfahren der SV sind neben diesen Planungsrichtwerten die „Empfehlungen für den Auf- und Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote der Phase II“[50] in Bezug auf Eignungsstandorte, Eignungszonen, Mindestgrößen, Mindestanzahl an EinwohnerInnen im natürlichen Einzugsbereich sowie auf das Prinzip „Engpassbeseitigung vor Schaffung neuer Einrichtungen“ zu beachten.

Der Bedarf an ambulanter Rehabilitation für Erwachsene auf Ebene der vier Versorgungszonen wird auf Basis der Einheit „ambulanter Therapieplatz“ (ambTP) pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie pro Rehabilitations-Indikationsgruppe als Soll-Vorgabe für 2020 wie folgt festgelegt, wobei auch die Auslagerungspotenziale von der stationären in die ambulante Rehabilitation der Phase II berücksichtigt sind:

Tabelle R3: Planungsrichtwerte* für die ambulante Rehabilitation für Erwachsene**
(Alter ab dem 19. Lebensjahr) nach Rehabilitations-Indikationsgruppen, Planungshorizont 2020

Rehabilitations-Indikationsgruppe	ambTP/EW Soll 2020	ambTP/EW 2014
Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)	5,4	4,8
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)	2,1	2,1
Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)	0,6	0,7
Onkologische Rehabilitation (ONK)	0,5	0,4
Psychiatrische Rehabilitation (PSY)	3,3	1,4
Atmungsorgane (PUL)	0,9	0,6
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)	0,8	0,4
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)	0,0	0,1
Spezialbereich Lymphologie (LYMPH)	0,0	0,0
gesamt	**13,8**	**10,5**

* Abgeleitet aus der bundesweiten Bedarfsschätzung gemäß Rehabilitationsplan 2016 und berechnet mit einer Verweildauer von 6 Wochen (für die Kapazitätsbemessung von Einrichtungen mit anderer durchschnittlicher Verweildauer sind Richtwerte „Anzahl der Verfahren“ der nachfolgenden Tabelle – entsprechend den „maximal behandelbaren Patienten“ pro Jahr gemäß Rehabilitationsplan 2016 - heranzuziehen); gleichermaßen für alle vier Versorgungszonen sowie auch für darunter liegende regionale Ebenen (z.B. Bundesländer, Eignungszonen, natürliche Einzugsbereiche) gültig; von primärer Planungsrelevanz ist die auf die neun Bundesländer bezogene Umsetzung dieser Richtwerte (vgl. nachfolgende Tab.), wobei der pro Bundesland insgesamt pro RIG ermittelte Bedarf gemäß der nachfolgenden Tabelle nicht zu überschreiten ist; weiters sind bei der regional differenzierten Bedarfs-Beurteilung auch die für die Einzugsbereiche der Eignungsstandorte zu ermittelnden Bedarfswerte unter Berücksichtigung auch von Bundesländergrenzen übergreifenden Versorgungswirkungen zu berücksichtigen.

** Stationär ersetzende ambulante Rehabilitation (Phase II)

[50] vgl. Rehabilitationsplan 2016, S. 145-147

Legende:

ambTP/EW	Messziffer (ambulante Therapieplätze pro 100.000 EW; jeweils bezogen auf die gesamte Wohnbevölkerung)
ambTP/EW Soll 2020	Idealtypisches Soll bezüglich TP/EW; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2020
ambTP/EW 2014	Ambulante Therapieplätze pro 100.000 EW 2014; Ist-TP 2014 unter Berücksichtigung zusätzlicher Daten bzw. Informationen bis zum 1. Halbjahr 2016

Quelle: HVSVT – Rehabilitationsplan 2016; Darstellung: GÖG

Aus der Zahl der pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner erforderlichen ambulanten Therapieplätze gemäß vorhergehendem Absatz ergeben sich für den Planungshorizont 2020 die nachfolgenden im Rahmen der ambulanten Rehabilitation von Erwachsenen in der Phase II vorzuhaltenden ambulanten Therapieplätze bzw. durchzuführenden Verfahren pro Bundesland und Rehabilitations-Indikationsgruppe:

Tabelle R4: Ambulante Therapieplätze und Anzahl der Verfahren in der ambulanten Rehabilitation der Phase II nach Rehabilitations-Indikationsgruppen und Bundesländern 2020

ambTP – SOLL 2020*	EW*	BSR	HKE	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	LYMPH	gesamt
Burgenland	259.978	15	6	2	2	9	3	2	0	0	39
Kärnten	507.812	30	12	3	3	18	5	5	0	0	76
Niederösterreich	1.566.800	92	37	9	9	56	16	14	0	0	234
Oberösterreich	1.397.923	83	33	8	8	50	14	13	0	0	209
Salzburg	505.708	30	12	3	3	18	5	5	0	0	76
Steiermark	1.100.597	65	26	7	7	39	11	10	0	0	165
Tirol	622.024	37	15	4	4	22	6	6	0	0	93
Vorarlberg	384.251	23	9	2	2	14	4	3	0	0	57
Wien	1.907.581	113	44	12	11	68	20	17	0	0	285
Österreich	**8.252.674**	**487**	**192**	**50**	**49**	**296**	**85**	**74**	**0**	**0**	**1.235**
Verfahren – SOLL 2020	**EW***	**BSR**	**HKE**	**NEU**	**ONK**	**PSY**	**PUL**	**STV**	**UCNC**	**LYMPH**	**gesamt**
Burgenland	259.978	126	50	13	13	77	22	19	0	0	320
Kärnten	507.812	247	97	25	25	150	43	38	0	0	626
Niederösterreich	1.566.800	761	301	78	77	462	133	116	0	1	1.930
Oberösterreich	1.397.923	679	268	70	69	412	119	104	0	1	1.722
Salzburg	505.708	246	97	25	25	149	43	38	0	0	623
Steiermark	1.100.597	535	211	55	54	325	94	82	0	0	1.356
Tirol	622.024	302	119	31	31	184	53	46	0	0	766
Vorarlberg	384.251	187	74	19	19	113	33	29	0	0	473
Wien	1.907.581	927	366	95	94	563	162	141	0	1	2.350
Österreich	**8.252.674**	**4.011**	**1.584**	**412**	**407**	**2.435**	**703**	**612**	**0**	**3**	**10.166**

Legende:

ambTP = Anzahl ambulante Therapieplätze

* EW = EinwohnerInnen pro VZ innerhalb der 45-Minuten-Isochronen rund um die Eignungsstandorte im Sinne des Rehabilitationsplans 2016, entsprechend rund 94 % der Gesamt-Bevölkerung (Verteilung von ambTP und Verfahren über die Bundesländer in oben stehender Tabelle proportional zu den EinwohnerInnen in den Einzugsgebieten der Eignungsstandorte gemäß 45-Minuten-Isochrone; vgl. Rehabilitationsplan 2016, Karte 11 in Anhang 3)

Zur **Umrechnung von ambTP auf jährliche Patientenzahlen** bzw. **Anzahl an Verfahren** in der ambulanten Rehabilitation der Phase II ist folgende Berechnungsvorschrift heranzuziehen (vgl. Rehabilitationsplan 2016, S. 150): **ambTP = ambRP x ambVD/52/95 %**

ambTP = Anzahl ambulante Therapieplätze
ambRP = Anzahl der in ambulanter Rehabilitation jährlich zu versorgenden PatientInnen bzw. abzuwickelnder Rehabilitationsverfahren
ambVD = durchschnittliche Verweildauer in der ambulanten Rehabilitation (für die ambulante Rehabilitation der Phase II bis auf weiteres einheitlich mit 6 Wochen angenommen)

Anm.: Bei einer Verweildauer von **6 Wochen** können somit auf **einem** ambulanten Therapieplatz innerhalb eines Jahres **8,23 Rehabilitationsverfahren** abgeschlossen werden; umgekehrt werden bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 6 Wochen **12,15** ambulante Therapieplätze benötigt, **um in einem Jahr 100 Rehabilitationsverfahren** abschließen zu können.

Die Soll-Vorgaben je Versorgungszone gemäß Tabelle R2 und Tabelle R4 bilden den für das Jahr 2020 errechneten Bedarf ab. Bestehende Einrichtungen mit aufrechter krankenanstaltenrechtlicher Betriebsbewilligung, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des ÖSG 2017 über Verträge mit einem oder mehreren Sozialversicherungsträgern verfügten, gelten solange als plankonform als diese Verträge bestehen, auch wenn es in dieser Versorgungszone eine Überversorgung in der jeweiligen RIG gibt.

Diese Regelung erfolgt vor dem Hintergrund, dass im Falle einer Kündigung der Vertrauensschutz zu gewährleisten ist. Für den Fall, dass ein Vertrag mit einem Anbieter geschlossen werden soll, der (bzw. dessen Tochtergesellschaften) auch in einer anderen Versorgungszone Betten und/oder Therapieplätze betreibt und diese andere Versorgungszone mit dem Ist-Stand solcher Behandlungsstellen bereits über dem Soll-Stand liegt, ist danach zu trachten, dessen Angebot in der bereits abgedeckten Versorgungszone in angemessener Zeit zurückzuführen.

2.2.6.2 Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche

➔ *Die für eine Verordnung zum ÖSG vorgesehenen Inhalte aus dem Kapitel 2.2.6.2 sind blau unterlegt.*

Die Planung des Rehabilitationsbereichs für Kinder und Jugendliche umfasst die stationären Kapazitäten der antragspflichtigen medizinischen Rehabilitation im Sinne des Sozialversicherungsrechts für Personen bis zum 19. Lebensjahr in den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung und in den Vertragspartner-Einrichtungen. Kureinrichtungen finden keine Berücksichtigung.

Die stationären Kapazitäten der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche sind grundsätzlich differenziert nach den folgenden Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) dargestellt:

1. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates sowie Rheumatologie (BSR)
2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)
3. Kinderchirurgische Erkrankungen (KJC)
4. Neurologische Erkrankungen (NEU)
5. Neurochirurgie (NC)
6. Pulmologische Erkrankungen (PUL)
7. Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates (STV)
8. Rehabilitation nach Krebserkrankungen (ONK)
9. Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen (KJP)
10. Entwicklungsstörungen und Erkrankungen im Bereich der sozialpädiatrischen Versorgung sowie pädiatrische psychosomatische Erkrankungen (ESP)

Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG), die nicht in dieser Aufzählung enthalten sind, können nur durch Anpassung des ÖSG geschaffen werden.

Zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 18 Jahren werden **Bedarfszahlen** zur Bettenvorhaltung für den Planungshorizont 2020 auf Basis einer morbiditätsbezogenen Bedarfsschätzung festgelegt.

Der Bettenbedarf in der stationären Rehabilitation für Kinder und Jugendliche wird nach Rehabilitations-Indikationsgruppen als Soll-Vorgabe für den Planungshorizont 2020 wie folgt festgelegt:

Tabelle R5: Bettenbedarf für Kinder und Jugendliche (0-18 Jahre) im Jahr 2020
nach Rehabilitations-Indikationsgruppen

Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG)	Bettenbedarf 2020 (0-18 Jahre)
Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates sowie Rheumatologie (BSR)	22
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)	15
Kinderchirurgische Erkrankungen (KJC)	28
Neurologische Erkrankungen (NEU)	95
Neurochirurgie (NC)	5
Pulmologische Erkrankungen (PUL)	30
Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates (STV)	12
Rehabilitation nach Krebserkrankungen (ONK)	20*
Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen (KJP)	42
Entwicklungsstörungen und Erkrankungen im Bereich der sozialpädiatrischen Versorgung sowie pädiatrische psychosomatische Erkrankungen (ESP)	68
Sonstige (SON)	6
gesamt	**343***

* Betten für PatientInnen; der Bedarf für Angehörigenbetten im Bereich der familienorientierten Rehabilitation liegt bei 50 Betten

Im Zuge des Ausbaus der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation sind aufgrund des relativ geringen Bettenbedarfs RIG-übergreifende Einrichtungen unter Berücksichtigung der im Rehabilitationsplan 2012 definierten „**RIG-Bündel**“ bzw. „**RIG-Cluster**“ zu forcieren. Um Einrichtungen in einer wirtschaftlich und medizinisch sinnvollen Form zu gewährleisten, sollen **Synergie-Effekte** durch **Anbindung** dieser Einrichtungen an bereits bestehende Rehabilitationseinrichtungen bzw. Krankenanstalten genutzt werden, dies jedoch jedenfalls in Form eigener Bereiche mit spezieller kind-/jugendgerechter Struktur und Gestaltung.

Die Anzahl der im Rahmen der **stationären** Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen vorzuhaltenden **Bettenäquivalente** pro Versorgungszone und „RIG-Cluster“ werden als Soll-Vorgabe für den Planungshorizont 2020 – exklusive 50 Angehörigenbetten in der RIG ONK – wie folgt festgelegt:

Tabelle R6: Bettenbedarf für Kinder und Jugendliche (0-18 Jahre) im Jahr 2020
nach RIG-Clustern und empfohlene Verteilung auf die Versorgungszonen

SOLL 2020	Mobilisierender Schwerpunkt (BSR, KJC, NEU, NC, SON)	HKE, PUL	ONK, STV	ESP, KJP	Gesamt
VZ 1 (Ost)	67	-	-	47	114
VZ 2 (Süd)	31	28	-	24	83
VZ 3 (Nord)	36	17	32*	24	109*
VZ 4 (West)	22	-	-	15	37
Österreich	**156**	**45**	**32***	**110**	**343***

* exkl. 50 Angehörigenbetten in der RIG ONK

Die Soll-Vorgaben je Versorgungszone gemäß Tabelle R6 bilden den für das Jahr 2020 errechneten Bedarf ab. Bestehende Einrichtungen mit aufrechter krankenanstaltenrechtlicher Betriebsbewilligung, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung über Verträge mit einem oder mehreren Sozialversicherungsträgern verfügten, gelten solange als plankonform als diese Verträge bestehen, auch wenn es in dieser Versorgungszone eine Überversorgung in der jeweiligen RIG gibt.

Diese Regelung erfolgt vor dem Hintergrund, dass im Falle einer Kündigung der Vertrauensschutz zu gewährleisten ist. Für den Fall, dass ein Vertrag mit einem Anbieter geschlossen werden soll, der (bzw. dessen Tochtergesellschaften) auch in einer anderen Versorgungszone Betten und/oder Therapieplätze betreibt und diese andere Versorgungszone mit dem Ist-Stand solcher Behandlungsstellen bereits über dem Soll-Stand liegt, ist danach zu trachten, dessen Angebot in der bereits abgedeckten Versorgungszone in angemessener Zeit zurückzuführen.

Zur **ambulanten** Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen können derzeit keine Aussagen getroffen werden.

2.2.6.3 Weiterentwicklung der Rehabilitationsplanung

In der Weiterentwicklung der Rehabilitationsplanung im Rahmen der integrativen Versorgungsplanung sollen folgende **Zielrichtungen** verfolgt werden:

- Betrachtung der gesamten rehabilitativen Versorgungskette im Sinne einer integrativen Gesamtkonzeption von Akut-Bereichen und Rehabilitations-Bereichen
- Weiterentwicklung in Richtung „innovativer Versorgungsformen“ (v.a. an der Schnittstelle ambulante Rehabilitation der Phasen II und III) unter Berücksichtigung bereits bestehender Lösungen
- Integration stationärer und ambulanter Rehabilitation in eine „vernetzte Versorgung“
- Indikationsübergreifende ambulante Rehabilitation
- Stärkung der ambulanten Rehabilitation gegenüber der stationären Rehabilitation

2.3 Organisation

Das abgestufte Versorgungsmodell sieht für die Leistungsanbieter auf den einzelnen Versorgungsstufen **in Abhängigkeit von zugeordneten Aufgaben und Betriebsbereitschaft** unterschiedliche **Organisationsformen** vor. Die jeweils geeignete Organisationsform ist abhängig vom Leistungsspektrum; leitende Kriterien für die Zuordnung von Aufgaben und Leistungen sind:

Leitende Kriterien für die Zuordnung von Aufgaben und Leistungen

- Notwendige Personalqualifikation und Infrastruktur für die Leistungserbringung
- Komplexität der Leistungserbringung
- Komplikationsmanagement
- Anstaltsbedürftigkeit
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen medizinischen und/oder pflegerischen Versorgung und Betreuung
- Regionale Erreichbarkeit
- „Best Point of Service" (siehe → *Glossar)* im Hinblick auf Vermeiden von Parallelstrukturen

2.3.1 Ambulante Versorgung

Für den ambulanten Bereich kommen als mögliche Organisationsformen im **extramuralen Bereich** sowohl für die Primärversorgung als auch die ambulante Fachversorgung in Betracht:

Organisationsformen in der ambulanten Versorgung (Primärversorgung und ambulante Fachversorgung) im extramuralen Bereich

Organisatonsformen[1]	Spezifizierung Berufsausübung/Leistungsspektrum gemäß regionalem Versorgungauftrag		Berufsgesetze/ KAKuG	Unternehmens-/Gesellschaftsrecht	Behandlungs-/ Kassenvertrag	Betriebsformen	
						Öffnungszeiten	akut/ geplant
Einzelpraxis	ÄrztIn/ZahnärztIn oder zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigte Angehörige(r) anderer Gesundheitsberufe rechtlich einzeln tätig	Basisaufgaben/-leistungen und/oder spezielle Aufgaben/Leistungen gemäß regionalem Versorgungsauftrag	ÄrztInnen: Ordination gem. Ärztegesetz/ Zahnärztegesetz andere Gesundheitsberufe: gem. Berufsgesetze; zumeist ohne spezifische Bezeichnung der Organisationsform	freiberufliche Tätigkeit; auch bei Zusammenschlüssen bleibt Einzelperson Träger der Berufsbefugnis; eine Gesellschaft ist nur mit Wirtschaftsfunktion[2] in verschiedenen Rechtsformen möglich; Anstellung von Gesundheitsberufen möglich, jedoch keine Anstellung von ÄrztInnen/ZahnärztInnen.	direkt mit Angehörigen des jeweiligen Gesundheitsberufs	gemäß regionalem Versorgungsauftrag und vertraglicher Regelung	gemäß regionalem Versorgungsauftrag
Gruppenpraxis - monodisziplinär - interdisziplinär	mehrere ÄrztInnen/ZahnärztInnen treten gegenüber PatientIn und gegenüber SV-Träger rechtlich als Einheit auf		Gruppenpraxis gem. Ärztegesetz/ Zahnärztegesetz	Rechtsträger: OG oder GmbH; Anstellung von Gesundheitsberufen in begrenztem Ausmaß möglich, jedoch keine Anstellung von ÄrztInnen/ZahnärztInnen.	mit OG bzw. GmbH		
Selbständige Ambulatorien - monodisziplinär - interdisziplinär	Berufsausübung im Rahmen nichtbettenführender Krankenanstalt		KAKuG	Rechtsträger: natürliche od. juristische Person in jeglicher Rechtsform; Anstellung von ÄrztInnen/ ZahnärztInnen und anderen Gesundheitsberufen möglich.	mit dem Rechtsträger der KA		

[1] Organisationsformen gemäß Verordnung zur Dokumentation im ambulanten Bereich, BGBl II Nr. 305/2013; siehe dazu Satzart L01 – Stammdaten LeistungserbringerIn

[2] Gesellschaft mit Wirtschaftsfunktion im Unterschied zur Behandlungsgesellschaft, siehe Schneider: Zusammenarbeit, Rechtsformgestaltung, Gruppenpraxen, in Aigner et.al, Handbuch Medizinrecht für die Praxis (2016), IV/54 und IV/58/a

Diese Organisationsformen sollen durch eine möglichst verbindliche multiprofessionelle und interdisziplinäre Vernetzung in ihrer Versorgungswirkung gestärkt werden.

Im **intramuralen Bereich** stehen für die ambulante Versorgung Anstaltsambulatorien[51] („Spitalsambulanzen“) zur Verfügung.

Spitalsambulanzen werden zumeist im Rahmen eines Fach- bzw. Versorgungsbereichs betrieben, der in einer bettenführenden Krankenanstalt mit einer stationären Organisationsform eingerichtet ist. Sofern im RSG eine Spitalsambulanz in einem Fachbereich vorgesehen ist, der nicht im Rahmen einer stationären Organisationsform am KA-Standort geführt wird, ist diese entweder als Spitalsambulanz am jeweiligen KA-Standort oder als dislozierte Ambulanz einer Partner- oder Mutterabteilung an einem anderen Standort einzurichten.

Optionen für Ausgestaltung von Spitalsambulanzen in bettenführenden Krankenanstalten

		Varianten von Betriebsformen[1,2]		
		Akut-Ambulanz		Termin-Ambulanz
Ambulanz-Typen	**Leistungsspektrum gemäß regionalem Versorgungauftrag**	Öffnungszeit 7/24	fixe Öffnungszeiten	fixe Öffnungszeiten
Allgemeine Fachambulanz	Diagnostik und/oder Therapie im Rahmen von Basisaufgaben und/oder speziellen Aufgaben der Fachbereiche; präoperative/prästationäre Abklärung; ggf. postoperative/poststationäre Kontrolle	x	x	x
Spezialambulanz	Diagnostik und/oder Therapie im Rahmen spezieller Aufgaben der Fachbereiche	-	x	x
Zentrale ambulante Erstversorgung (ZAE)	Erstversorgung von Notfällen und Akutfällen	x	x	-

[1] zeitliche Ausprägung gemäß regionalem Versorgungsauftrag
[2] Raumnutzung mono- oder interdisziplinär

Die **„Zentrale ambulante Erstversorgung“ (ZAE)** übernimmt die Erstversorgung von Akut- und NotfallpatientInnen. In der KA ist festzulegen, für welche Fachbereiche zu welchen Zeiten die Erstversorgung in der ZAE erfolgen soll.

PatientInnen werden nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung (Triage) ambulant begutachtet und erst- oder abschließend behandelt. Akutfälle können ambulant bis zu 24 Stunden beobachtet und/oder nach Erstversorgung bei Bedarf in eine geeignete Versorgungsstruktur bzw. zur Aufnahme in den stationären Bereich in derselben KA oder an eine andere für die Erkrankung geeignete KA weitergeleitet werden. Der ZAE kann eine interdisziplinäre Aufnahmestation direkt angeschlossen werden („Zentrale Notfallaufnahme“ - ZNA).

[51] gemäß § 26 KAKuG

2.3.1.1 Primärversorgung

Primärversorgung wird vorrangig durch **ÄrztInnen für Allgemeinmedizin** im Zusammenwirken mit Angehörigen therapeutisch und pflegerisch tätiger Gesundheitsberufe geleistet. Zur Stärkung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems in der Grundversorgung sollen neben den bisher zumeist bestehenden Einzelordinationen vermehrt Versorgungsteams – z.B. in Form von um weitere Gesundheitsberufe erweiterten Gruppenpraxen – zum Einsatz kommen, um einerseits für PatientInnen längere Öffnungszeiten und andererseits für LeistungserbringerInnen attraktivere Arbeitsbedingungen (z.B. durch inhaltliche und zeitliche Arbeitsteilung) zu schaffen[52].

Primärversorgungseinheiten sind zur Umsetzung eines breiten multiprofessionellen Ansatzes in der Primärversorgung (i.S. Primary Health Care) idealtypische Formen, in denen AllgemeinmedizinerInnen und andere in der Grundversorgung häufig erforderliche Gesundheitsberufe rechtlich verbunden zusammenarbeiten. Dies kann unabhängig von der Rechtskonstruktion geschehen:

- in einem räumlichen Verbund (ein Standort – **PV-Zentrum**)
- in einem Netzwerk von Anbietern (mehrere Standorte - **PV-Netzwerk**)

Zur Verbesserung der zeitlichen Zugänglichkeit haben Primärversorgungseinheiten bedarfsgerechte Öffnungszeiten jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten aufzuweisen. Für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten ist die Erreichbarkeit in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und gegebenenfalls unter Einbindung von Bereitschaftsdiensten zu organisieren; in das Erreichbarkeitskonzept sind vorhandene telefon- und internetbasierten Dienste einzubinden.[53]

Innerorganisatorisch bestehen **Primärversorgungseinheiten** aus einem **Kernteam**, das die nachfolgend angeführten **Kernkompetenzen** mitbringt. Das Kernteam kann um strukturiert eingebundene Angehörige weiterer Gesundheits- und Sozialberufe zu einem **Primärversorgungsteam** erweitert werden.

Kernkompetenzen werden entweder vor Ort oder dezentral unter ärztlicher Leitung durch berufsrechtlich befugte Personen abgedeckt, die angestellt oder freiberuflich, jedenfalls aber verbindlich und strukturiert, in dieses Primärversorgungsteam eingebunden sind.

Die **personelle Ausstattung** orientiert sich an den Anforderungen des Leistungsspektrums von Primärversorgungsstrukturen bezogen auf die allgemeine Akutbehandlung, auf die Langzeittherapie chronisch Kranker sowie auf Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention.

[52] Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich siehe: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf

[53] vgl. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 6 Abs. 3 Z 3

Personalausstattung und Kernkompetenzen in PV-Einheiten

Primärversorgung – Kernteam	Primärversorgung – Kernkompetenzen
– ÄrztInnen für AM – Angehörige des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes – OrdinationsassistentInnen	– Versorgung von PatientInnen aller Altersgruppen mit besonderer Berücksichtigung von ○ Kindern und Jugendlichen ○ älteren Personen – Versorgung von chronisch Kranken – Medikationsmanagement – Gesundheitsförderung und Prävention – Psychosoziale Versorgung – Versorgung von PalliativpatientInnen
Erweitertes Primärversorgungsteam Häufig und strukturiert einzubeziehende Gesundheits- und Sozialberufe sind u.a. (in alphabethischer Reihenfolge): – DiätologInnen – ErgotherapeutInnen – FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde – Gesundheitsberufe mit einer anerkannten „PSY-Kompetenz“ (über die Kompetenzen des Kernteams hinausgehend); diese Kompetenz kann alternativ abgedeckt sein durch ÄrztInnen mit PSY-III-Modul, eine Qualifikation als PsychotherapeutIn oder als Gesundheits- oder Klinische/r PsychologIn[54] – Hebammen – LogopädInnen – PhysiotherapeutInnen – SozialarbeiterInnen	

Darüber hinaus stehen die Primärversorgungseinheiten in häufigem und strukturiert gestaltetem Kontakt mit Institutionen und weiteren Primärversorgungspartnern im Gesundheits- und Sozialbereich (z.B. KA, mobile Pflegedienste, sozialmedizinische und psychosoziale Dienste, Apotheken, SV-Träger u. a. m.), um die **Lotsenfunktion** für von ihnen betreute PatientInnen zur Optimierung des patientenbezogenen Versorgungsprozesses wahrzunehmen.

Art und Anzahl der in Primärversorgungsteams vertretenen Berufsgruppen werden entsprechend den regionalen Erfordernissen und verfügbaren Ressourcen festgelegt.

Primärversorgungsteams betreuen die Klientel eines **definierten Einzugsbereichs (Servicepopulation)** und treten gegenüber den PatientInnen und den Sozialversicherungsträgern als Einheit auf. PV-Einrichtungen können als Zentrum mit Konzentration aller im Primärversorgungsteam eingebundenen Mitglieder unterschiedlicher Gesundheitsberufe an einem Standort oder als Netzwerk von an unterschiedlichen Standorten tätigen Mitgliedern installiert werden. Kooperationen sind dabei verbindlich vertraglich festzulegen. In einem Organisationskonzept sind das Zusammenwirken der Teammitglieder sowie Kooperationen festgelegt.

Als **Organisationsformen** stehen für die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit aktuell z.B. Gruppenpraxen sowie vertraglich vernetzte Einzel- oder Gemeinschaftspraxen wie auch selbständige Ambulatorien zur Disposition.

2.3.1.2 Ambulante Fachversorgung

Da auch in den Fachbereichen vermehrt Teambildung und strukturierte Vernetzung zwischen den häufig zusammenarbeitenden Gesundheitsberufen erforderlich werden, um die umfassende Patientenversorgung innerhalb der Versorgungsstufe analog zur Primärversorgung zu gewährleisten, ist die Entwicklung von **multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsformen** zu unterstützen. Dafür sollen in der Regel vorhandene Kapazitäten im intra- und extramuralen ambulanten Bereich genutzt werden.

[54] allenfalls auch FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung werden in Form von **ambulanten Zentren oder Netzwerken** im extramuralen Bereich (niedergelassener Bereich, selbstständige Ambulatorien) und/oder im spitalsambulanten Bereich geplant und umgesetzt.[55]

2.3.2 Akutstationäre inklusive tagesklinische Versorgung

2.3.2.1 Krankenanstalten-Typen

Innerhalb der (akut-)stationären Versorgungsstufe wird das Prinzip der abgestuften Versorgung – abhängig von Häufigkeit und Komplexität der Leistungserbringung – fortgesetzt. Während für häufige Leistungen mit geringer Komplexität und geringen Anforderungen an die Infrastruktur Wohnortnähe und gute Erreichbarkeit für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung führende Kriterien sind, sind Leistungen mit geringerer Fallzahl und/oder hoher Komplexität bzw. mit hohen Anforderung an kostenintensive Infrastruktur und personelle Ausstattung (in Anzahl und Qualifikation) weitgehend zu konzentrieren, um die erforderliche Infrastruktur und Personalressourcen bestmöglich zu nutzen.

Darauf ausgerichtet sind auch die Versorgungsstufen in der Typologie der Krankenanstalten[56] jeweils mit definierten Anforderungen an zu führende Fachbereiche in Form von Abteilungen oder reduzierten Organisationsformen (mit abgestuften Regelungen zu den Anforderungen an den ärztlichen Dienst und Qualitätskriterien).

- **Allgemeine Krankenanstalten** sind nicht auf bestimmte Patientengruppen beschränkte KA und können in folgenden Formen geführt werden:
  - **Standard-Krankenanstalten** führen zumindest zwei Abteilungen (eine davon jedenfalls für Innere Medizin) und stellen eine ambulante chirurgische bzw. unfallchirurgische Basisversorgung sicher. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, Röntgendiagnostik und Obduktionen vorhanden sein und entsprechend fachärztlich betreut werden. Sie können darüber hinaus weitere Fach- und Versorgungsbereiche in regional jeweils erforderlichen Organisationsformen einrichten. Standard-KA übernehmen in den jeweils eingerichteten Fach-/Versorgungsbereichen in der Regel die Basis- und Grundversorgung, können jedoch auch punktuell Schwerpunktversorgungsfunktionen mit daran geknüpften Anforderungen gemäß KAKuG und ÖSG übernehmen.
  - **Schwerpunkt-Krankenanstalten** haben in mehreren Fachbereichen Abteilungen vorzuhalten[57], können jedoch im regionalen Kontext manche davon auch in reduzierten Organisationsformen führen oder aufgrund der Verortung in anderen KA im Einzugsbereich der Schwerpunkt-KA davon auch entbunden werden. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, Hämodialyse, Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, und für Intensivpflege (inklusive Intensivpflege für Neonatologie und Pädiatrie), eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik vorhanden sein und entsprechend fachärztlich betreut werden. Schwerpunkt-KA übernehmen in den Fach-/ Versorgungsbereichen neben der Grundversorgung in der Regel die Schwerpunktversorgungsfunktion; sie können in regionaler Abstimmung jedoch auch Standorte für Referenzzentren sein.
  - **Zentral-Krankenanstalten** führen grundsätzlich in allen Fachbereichen Abteilungen und decken darin jeweils das gesamte fachbereichsspezifische Leistungsspektrum ab. Sie sind vorrangig Standorte für Referenz- und Spezialzentren für eine österreichweit relativ kleine Patientengruppe.

[55] vgl. Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 6 Abs. 4
[56] nach §§ 2 und 2a KAKuG
[57] vgl. § 2a Abs. 1 lit. b KAKuG

Es ist möglich, **Krankenanstalten mit mehreren Standorten** (als Einheit) zu führen. Dabei sind an den jeweiligen KA-Standorten die jeweils übernommenen Versorgungsstufen der Leistungserbringung festzulegen und die daran geknüpften Anforderungen hinsichtlich personeller Ausstattung und sonstiger Qualitätskriterien gemäß KAKuG und ÖSG zu erfüllen.

Weitere für die akutstationäre und tagesklinische Versorgung relevante Krankanstalten sind:

- **Sonderkrankenanstalten** für Personen mit bestimmten Krankheiten oder für Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke (z.B. Kinderspital, Unfallkrankenhaus),
- **Sanatorien** (oder Privatkrankenanstalten) erfüllen durch ihre besondere Ausstattung höhere Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung und werden von der Gesundheitsplanung nicht umfasst.

2.3.2.2 Organisationsformen

Die Leistungen von in Akutkrankenanstalten eingerichteten bettenführenden Fachbereichen werden im Rahmen von zugeordneten Organisationsformen und stationäre Versorgungsstufen erbracht. Alle in den Akut-KA vorgesehenen Fachbereiche sind mit ihrer jeweiligen Organisationsform und Versorgungsstufe als **Fachstruktur** einer KA in RSG bzw. L-KAP abzubilden. Das der KA zugeordnete Leistungsspektrum ist an diese Fachstruktur gebunden, wobei eine Konkretisierung auf Einzelleistungsebene über die Leistungsmatrix für den stationären Bereich erfolgt (Erläuterung dazu siehe → *Kapitel 3.2.2* sowie → *Anhang 8).*

Die umfassende fachbereichsspezifische Versorgung erfolgt im Rahmen von Abteilungen (ABT) bei dauernder Betriebsbereitschaft. Reduzierte Organisationsformen (ROF) sind hinsichtlich Leistungsspektrum und zum Teil auch hinsichtlich zeitlicher Verfügbarkeit für die Patientenversorgung beschränkt. Als Sonderform von ROF können dislozierte Tageskliniken (dTK) geführt werden, die kein fachgleiches vollstationäres Backup am jeweiligen KA-Standort aufweisen und nur im Tagesbetrieb geführt werden. Spezielle Versorgungsbereiche können im Rahmen von Abteilungen (ABT) oder Departments (DEP) geführt werden, letztere eingegliedert in eine Abteilung einer Fachrichtung, die ähnliche Patientengruppen betreut. Im Rahmen von ROF und DEP können auch Spitalsambulanzen eingerichtet werden; Grundlagen dazu siehe → *Kapitel 2.3.1.*

Standortübergreifende Abteilungen sind im jeweiligen RSG an den entsprechenden Standorten explizit auszuweisen. Bei standortübergreifenden Abteilungen sind an den jeweiligen Standorten hinsichtlich der Vorhaltung als auch im Betrieb die für Abteilungen einzuhaltenden Kriterien zu erfüllen. So sind an jedem Standort die relevanten Festlegungen für die personelle Ausstattung und die sonstigen Qualitätskriterien gemäß KAKuG und ÖSG für Abteilungen zu erfüllen. Dies bedeutet auch, dass an jedem Standort ein akutes Komplikationsmanagement und eine entsprechende Nachversorgung jederzeit sichergestellt sein müssen. Bei standortübergreifenden Abteilungen sind die Bestimmungen gemäß § 3 Abs. 3a KAKuG hinsichtlich Festlegung und Ausweis von Versorgungsstufe und Leistungsangebot analog anzuwenden. Des Weiteren muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren (z.B. Leistungen von Referenzzentren) ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Personalausstattung und Infrastruktur vorbehalten bleiben. Bei standortübergreifenden Organisationsformen, die aus einer ABT und ROF bestehen, gelten für die jeweiligen Standorte die Leistungsspektren und Kriterien der entsprechenden Organisationsform und sind diese jeweils im RSG auszuweisen.

Die **Systematik der Organisationsformen** folgt dem abgestuften Versorgungsmodell im stationären Bereich inkl. Übergang zum ambulanten Bereich für die Erstversorgung von Akutfällen[58]. Abgrenzungskriterien finden sich in der folgenden tabellarischen Übersicht.

[58] Als **Akutfälle** werden alle ungeplanten Kontaktnahmen von PatientInnen mit der KA ohne Termin in einer fachspezifischen Versorgungseinheit verstanden. **Notfälle** beziehen sich auf ungeplante Kontaktnahmen mit einer Versorgungseinheit in der KA, bei denen je nach Schweregrad dringlicher Handlungsbedarf gegeben ist, um weiteren Schaden von der Patientin/dem Patienten abzuhalten.

Organisationsformen in der stationären Versorgung von Fach-/Versorgungsbereichen in Akutkrankenanstalten

	Organisationsform[1]	Planungskriterium	Leistungsspektrum lt. Leistungsmatrix (LM)	MVS-Code (LM-stat)	Fach-bezug	Größe	Betriebszeit, Öffnungszeit[2]	Ausstattung mit ÄrztInnen	Organisatorische Eingliederung in KA	
	Referenzzentrum RFZ	Konzentration von **komplexen Behandlungsfällen** geringer Häufigkeit auf wenige Standorte mit aufwändiger Ausstattung und hoher Expertise durch höhere Fallzahl ("high end"-Bereich, hochspezialisierte Medizin); Mindestfallzahlen für ÄAO/KEF 2015	RFZ-Spezialisierung zumeist innerhalb einer ABT (Additivfach bzw. Schwerpunktausbildung) oder als ABT (bei ausreichender Auslastung für ökonomische Tragfähigkeit)	RFZ	HCH, KAR, KHZ, GCHZ, TCH, TRZ, TXC, ONKZ, KJONK, SZT, NUKT, NEPZ, PNZ, KJZ	keine Vorgabe	uneingeschränkte Betriebs- und Öffnungszeit	siehe spezifische RFZ-Qualitäts-kriterien	ABT oder im Rahmen von ABT am KA-Standort mit selber Sonderfach-Grundausbildung gem. ÄAO	Organisationsformen stationär
	Abteilung ABT	fachbereichsspezifische **Regel-versorgung**, Einhaltung der PRW (stationär) für ABT	fachbereichsspezifi-sches Leistungsspekt-rum exkl. RFZ-Spezialisierung, inkl. Akutfall-Versorgung	ABT	Keine Ein-schränkung auf Fachbereiche	MBZ fachspezi-fisch lt. PRW-Tabelle (Kap. 2.2.3)	uneingeschränkte Betriebs- und Öffnungszeit	Ärztl. Dienst gem. KAKuG bzw. Quali-tätskriterien für jeweilige Versor-gungsstufe	autonom	
Reduzierte Organisationsformen (ROF)*	Fachschwerpunkt FSP	auf **Behandlungen mit gerin-gem Komplikationsrisiko** einge-schränkte Versorgung zur Abdeckung regionaler stationä-rer Versorgungslücken bzw. Herstellung regional ausgewo-gener Versorgung; ABT mangels Auslastung ökonomisch nicht tragbar	**eingeschränkt, MEL lt. LM,** inkl. Akutfallversorgung in Öffnungszeit, ggf. auf elektive Leis-tungserbringung ein-schränkbar (im RSG festzulegen)	ROF	Einschränkung auf Fachbereiche: a) AU, HNO, URO, OR, ORTR, UCH[6], PCH, MKG, DER b) nur an Stan-dard-KA: CH, GYN oder GGH[3], KIJU	mind. 8 Betten (inkl. TK-Plätze); max. 14 Bet-ten[6]	fixe Betriebszeiten, Öffnungszeit tageszeitlich einschränkbar	mind. 2 FA[4]; Rufbereitschaft außerhalb Öff-nungszeit zu regeln (für Kompli-kationsmanage-ment von stationär aufgenommenen PatientInnen)	FSP Typ 1: **autonom** mit Anbindung (für QS, Komplika-tionsmanagement/Sicherung Nachsorge) an Partner-ABT derselben Fachrichtung in anderer KA FSP Typ 2: **Satellit** einer fachgleichen Mutter-ABT in anderer KA / an anderem KA-Standort	
	dislozierte Wochenklinik dWK	geplante Behandlungen mit geringem Komplikationsrisiko und **kurzer erwarteter Verweil-dauer**; eingeschränkte Versorgung zur Abdeckung regionaler Versor-gungslücken bzw. Herstellung regional ausgewogener Versor-gung	**eingeschränkt, (MEL der Basisversorgung lt. LM: BV),** vorrangig elektiv, auch Akutfall-Versorgung während Wochenbetriebszeit	ROF & BV=J	keine Ein-schränkung auf Fachbereiche	keine quantita-tive Vorgabe; Einrichtung durch Um-wandlung vollstationärer systemisierter Betten	Betriebszeit ein-schränkbar auf Wochenbetrieb Mo-Fr, Öffnungszeit tageszeitlich einschränkbar	je nach Umfang: in Betriebszeit mind. 1 FA im Tagdienst anwe-send; NWF Rufbereit-schaft fachgleicher FA	dWK Typ 1: **autonom** mit Anbindung (für QS, Komplika-tionsmanagement/Sicherung Nachsorge) an Partner-ABT derselben Fachrichtung in anderer KA dWK Typ 2: **Satellit** einer fachgleichen Mutter-ABT in anderer KA / an anderem KA-Standort	

	Organisationsform[1]	Planungskriterium	Leistungsspektrum lt. Leistungsmatrix (LM)	MVS-Code (LM-stat)	Fach-bezug	Größe	Betriebszeit, Öffnungszeit[2]	Ausstattung mit ÄrztInnen	Organisatorische Eingliederung in KA	
Reduzierte Organisationsformen (ROF)	dislozierte Tagesklinik dTK	auf **tagesklinische Behandlungen mit geringem Komplikationsrisiko** und erwarteter Verweildauer bis max. 12h; eingeschränkte Versorgung zur Herstellung regional ausgewogener Versorgung	**eingeschränkt**, vorrangig elektiv, MEL lt. LM (MVS dTK)	dTK	keine Einschränkung auf Fachbereiche	keine quantitative Vorgabe; Einrichtung durch Umwandlung vollstationärer systemisierter Betten	Betriebs- und Öffnungszeit eingeschränkt auf Tagesbetrieb an definierten Tagen pro Woche	1 FA und Vertretung	dTK Typ 1: **autonom** mit Anbindung (für QS, Komplikations-management/Sicherung Nachsorge) an Partner-ABT derselben Fachrichtung in anderer KA dTK Typ 2: **Satellit** einer fachgleichen Mutter-ABT in anderer KA/an anderem KA-Standort	**Organisationsformen stationär**
	Department DEP für spezielle Versorgungsbereiche[5]	wohnortnahes Angebot von **Leistungen der speziellen Versorgungsbereiche**	-	-	AG/R RNS PSO	ab 15 Betten PSO: ab 12 Betten	Uneingeschränkte Betriebszeit, Öffnungszeiten einschränkbar	mind. 3 AM/FA[4], Qualifikationserfordernis vgl. Kap. 3.2.5	im Rahmen von ABT: autonom in Fachentscheidungen; organisatorisch abhängig von ABT anderer Fachrichtung am selben oder anderem KA-Standort	

* nach entsprechender Novelle des KAKuG

[1] Ausweis je KA im RSG

[2] **Betriebszeit:** Zeit, in der stationäre PatientInnen in KA versorgt werden; **Öffnungszeit**: Zeit, in der PatientInnen die KA zur fachspezifischen Behandlung aufsuchen können; eingeschränkte Öffnungszeiten sind öffentlich auszuweisen.

[3] FSP GGH (inkl. Geburtshilfe der Grundversorgung): in Ausnahmefällen bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten ABT GGH (gemäß PRW-Tabelle Kap. 2.2.3) zulässig.

[4] davon jeweils 1 LeiterIn.

[5] vgl. Bereiche mit tageweiser Bepunktung in LKF.

[6] für ehemalige SAT-DEP für UCH Weiterführung > 14 Betten innerhalb Übergangsfrist gemäß KAKuG möglich; Anrechnungsmöglichkeiten auf Mindestbettenzahl analog jener Regelung für MBZ für ABT gem. Kap. 2.2.3

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien zur Fachstruktur

Sanatorien (SAN), für die keine Aufnahmeverpflichtung aufgrund eines öffentlichen Versorgungsauftrags gemäß § 18 Abs. 1 KAKuG besteht, können aufgrund vorrangig geplanter Aufnahmen ohne innerorganisatorische Fachgliederung geführt werden, wenn in der Krankenanstalt die (fach)ärztliche Behandlung zur Deckung des patientenspezifischen Behandlungsbedarfs sichergestellt ist.

Um die Kontinuität der Patientenbehandlung und die Versorgung von Komplikationen während des gesamten Aufenthalts in einem SAN auch ohne innerorganisatorische Fachgliederung zu gewährleisten, sind die Vorgaben zu den Organisationsformen in transformiertem Sinn behandlungsprozessbezogen wie folgt sicherzustellen:

- *Aufgrund des Behandlungsvertrags zwischen Belegärztin/-arzt und PatientIn liegt die ärztliche Behandlung im persönlichen Verantwortungsbereich der/des behandelnden Ärztin/Arztes.*
- *Tägliche Visite der in vertraglich vereinbarter Behandlung stehenden PatientInnen ist durch die/den Belegärztin/-arzt oder deren StellvertreterIn während der gesamten Aufenthaltsdauer zu gewährleisten.*
- *Zur Nominierung von Stellvertretungen, die mit den Usancen des jeweiligen Krankenhauses vertraut sind, ist die Invertragnahme von zumindest 3 BelegärztInnen je im SAN vertretenes medizinisches Sonderfach erforderlich.*
- *Jederzeitige Erreichbarkeit der/des behandelnden Belegärztin/-arztes bzw. deren der PatientIn bekanntgemachten Stellvertretung ist durch geeignete organisatorische Maßnahmen zu gewährleisten.*
- *Für die Sicherstellung der jederzeitigen Verfügbarkeit ärztlicher Hilfe sind im Rahmen der Dienstplanung fix zugeordnete StationsärztInnen (ÄrztInnen für Allgemeinmedizin mit Notarztdiplom) vorzusehen.*
- *Ausgehend vom Behandlungsvertrag zwischen BelegärztInnen und PatientInnen wird die Sicherung der ärztlichen Behandlungsqualität durch die ärztliche Leitung gewährleistet.*
- *Durch Einhaltung obiger Kriterien gilt das Qualitätskriterium Organisationsform (ORG) in der stationären Leistungsmatrix als erfüllt, sofern die Leistungserbringung keinem RFZ oder der Schwerpunktversorgungsstufe vorbehalten ist (dazu vgl. RFZ-Transformationsregel für Referenzzentren in → Kap.3.2.3).*
- *Mangels Versorgungsauftrag gemäß § 18 Abs. 1 KAKuG ist die Einhaltung der Erreichbarkeitsrichtwerte sowie der Mindestbettenanzahl je Abteilung nicht erforderlich.*

2.3.2.3 Betriebsformen[59]

Die Behandlung und Betreuung der stationär und tagesklinisch versorgten PatientInnen wird in Betten (inkl. jener zur Nutzung als Tagesklinikplätze) auf Pflegestationen geleistet. Die Belegung kann dabei unterschiedlichen Kriterien folgen, wobei das Zusammenführen von **Patientengruppen mit ähnlichem Pflege-, Behandlungs- und Betreuungsbedarf** in räumlich-organisatorisch abgegrenzten Funktionsbereichen einen effizienten Ressourceneinsatz sowohl in personeller als auch infrastruktureller Hinsicht unterstützt. Dies umso mehr, je mehr Leerkapazitäten durch interdisziplinäre Nutzung[60] von Pflegestationen bei optimalem Bettenmanagement reduziert werden können. Im Fall der Tagesstation können Tagesklinikplätze auch mehrfach pro Tag genutzt werden.

Nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die möglichen Betriebsformen und ihre Abgrenzungskriterien. Die Dimensionierung orientiert sich jeweils an der Größe der in der KA behandelten Patientengruppen mit ähnlichem Pflege- bzw. Versorgungsbedarf.

[59] zur Definition von Betriebsform siehe → *Glossar*

[60] Interdisziplinäre Kapazitätsnutzung bezieht sich auf die Nutzung von Infrastruktur durch mehrere in einer KA eingerichtete Fachrichtungen; die fachärztliche Zuständigkeit gemäß Ärzte-Ausbildungsordnung und ggf. KA-interner Regelungen für die jeweiligen PatientInnen entsprechend ihrem jeweils spezifischen Behandlungsbedarf wird dadurch nicht aufgehoben oder relativiert; Dokumentationsoption „doppelter FUCO“: informiert über FA-Zuständigkeit für PatientInnen und deren räumliche Zuordnung auf jeweiliger Pflegestation.

Betriebsformen stationärer Pflegebereiche in Akutkrankenanstalten

Betriebsform	Kriterium für Einrichtung	Infrastruktur	Betriebszeit	Personelle Ausstattung
Fachbezogene Pflegestation	Pflege von PatientInnen eines Fachbereichs	allgemeine Pflegeausstattung für – Abdeckung des patientenspezifischen Pflegebedarfs (gem. Pflegekategorie) und – Unterstützung der Aufrechterhaltung bzw. Wiedererlangung von Mobilität sowie Vermeidung von Pflegemängeln Spezielle Pflegeausstattung für – Abdeckung der im jeweiligen Fachbereich typischen/ speziellen Pflegeanforderungen	uneingeschränkt	gemäß medizinischen und pflegerischen Anforderungen
Interdisziplinäre Pflegestation	Pflege von PatientInnen unterschiedlicher Fachbereiche in einer Pflegestation; Bettenbelegung mit PatientInnen mit ähnlichem Pflegebedarf unabhängig von behandelnden Fachbereichen	Infrastruktur analog fachbereichsbezogener Pflegestation; organisatorische Unterstützung einer interdisziplinären Belegungsorganisation	uneingeschränkt	gemäß medizinischen und pflegerischen Anforderungen sowie Anforderungen aus Management der interdisziplinären Belegungsorganisation
Wochenstation	Zusammenführung der Pflege von PatientInnen mit kurzer Belagsdauer bzw. erwarteter Entlassungsfähigkeit bis zum Ende der definierten Wochen-Betriebszeit; zumeist interdisziplinärer Belag; vorrangig PatientInnen mit geringer Pflegekategorie	allgemeine Pflegeausstattung; bei operativ versorgten PatientInnen: - prä-anästhesiologische Abklärung sichergestellt - postoperative Monitoringmöglichkeit am KA-Standort	eingeschränkt auf Wochenbetrieb (exkl. Wochenende), Sicherstellung der Nachsorge außerhalb der Betriebszeit	gemäß medizinischen und pflegerischen Anforderungen sowie Anforderungen der (ggf. interdisziplinären) Belegungsorganisation für Kurzaufenthalte
Tagesstation	Zusammenführung der Pflege von PatientInnen mit kurzer Aufenthaltsdauer bzw. erwarteter Entlassungsfähigkeit bis zum Ende der Tages-Betriebszeit; zumeist interdisziplinärer Belag; PatientInnen mit geringer Pflegekategorie	allgemeine Pflegeausstattung; bei operativ versorgten PatientInnen: - prä-anästhesiologische Abklärung sichergestellt - postoperative Monitoringmöglichkeit am KA-Standort	ausschließlicher Tagesbetrieb mit fixen Betriebszeiten Sicherstellung der postoperativen Nachsorge außerhalb der Betriebszeit	gemäß medizinischen und pflegerischen Anforderungen sowie Anforderungen des Patientenmanagements inkl. Belegungsorganisation (Terminvereinbarung, Sicherstellung präoperativer Diagnostik, postoperativer Nachsorge und Organisation häuslicher Betreuung nach Entlassung, etc.)
Interdisziplinäre Aufnahme-/Notfallstation	Erst- oder Kurzaufnahme von PatientInnen im Not- oder Akutfall mit festgestellter Anstaltsbedürftigkeit bis zur Übernahme in andere Pflegestationen für längeren Aufenthalt oder Direktentlassung	Spezielle Pflegeausstattung für – Abdeckung der typischen/ speziellen Pflegeanforderungen der Erst- oder Kurzaufnahme von Not- oder Akutfällen (inkl. gerätetechnischer Monitoringmöglichkeit)	uneingeschränkt	gemäß medizinischen und pflegerischen Anforderungen der Erstaufnahme von Not- bzw. Akutfällen inkl. Sicherstellung Entlassungsmanagement für direkt entlassbare PatientInnen

2.3.3 Rehabilitation

Der Rehabilitationsbereich ist – neben der Akut- und der Langzeitversorgung – ein Element im Rahmen einer integrierten Gesundheitsversorgung.

Die **stationäre medizinische Rehabilitation** im Sinne des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes[61] umfasst u. a. die Unterbringung in KA, die vorwiegend der Rehabilitation dienen (in der Regel in Sonderkrankenanstalten[62]). Die stationäre medizinische Rehabilitation erfolgt künftighin ausschließlich in bettenführenden (Sonder-) Krankenanstalten für Rehabilitation („stationäre Rehabilitationszentren").

Seit 1.1.2011 ist die **ambulante medizinische Rehabilitation** im Bereich der Pensionsversicherung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz erwähnt[63]. Die Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation erfolgt derzeit in Krankenanstalten im Sinne des KAKuG (in der Regel in selbstständigen Ambulatorien[64]). Die ambulante medizinische Rehabilitation der Phase II erfolgt künftighin ausschließlich in selbstständigen Ambulatorien. Aufgrund von noch zu klärenden Schnittstellen der ambulanten Rehabilitation zu anderen Leistungserbringern befindet sich die ambulante Rehabilitation in Österreich derzeit noch im Stadium der Etablierung (dies gilt insbesondere auch für die ambulante Rehabilitation der Phase III).

2.4 Strukturelle Vorgaben für RSG-Inhalte

Die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sind die zentralen Planungsdokumente zur integrativen Versorgungsplanung in den Bundesländern und haben möglichst umfassend alle Teilbereiche der integrativen regionalen Versorgungsplanung abzudecken. Jedenfalls enthalten RSG Planungsgrößen zum akutstationären Bereich, zur ambulanten Fachversorgung und zur Primärversorgung samt Ausweis geplanter Primärversorgungseinheiten, des Weiteren auch überregionale Versorgungsangebote und zugehörige Versorgungsgebiete, wobei die Berücksichtigung der Versorgung von inländischen und ausländischen GastpatientInnen transparent gemacht werden muss[65]. Weiters sind auch Angaben zur Rehabilitation im RSG zu erfassen.

Darüber hinaus sind Festlegungen zu Primärversorgungseinheiten (PVE) insbesondere im Hinblick auf deren Anzahl, Typ (Netzwerk oder Zentrum), Versorgungsgebiet, Größe, Schwerpunkte der Leistungsangebote und den zeitlichen Umsetzungshorizont zu treffen[66].

Für jeden im RSG abgebildeten Teilbereich sind bestehende Angebote (Ist-Stand), die zukünftigen Versorgungsziele sowie die Planungsmethoden und -ergebnisse darzustellen.

2.4.1 RSG-Planungsmatrix

➔ *Die für eine Verordnung zum ÖSG vorgesehenen Inhalte aus dem Kapitel 2.4.1 sind blau unterlegt.*

Das zentrale Instrument der Detailplanungen auf Landesebene in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) ist die RSG-Planungsmatrix (RSG-PM). In dieser sind die Versorgungssituation im ambulanten und akutstationären Versorgungsbereich (sowie möglichst auch zu den Nahtstellen zum Sozialbereich) in der jeweiligen Versorgungsregion (VR) sowie für die stationäre und ambulante Rehabilitation im jeweiligen Bundesland zu beschreiben. Der Ist-Stand ist gemäß der jeweils aktuell verfügbaren Datenbasis darzustellen und das Basis-Daten-Jahr ist auszuweisen. Die Darstellung zum

[61] § 154a, § 189, §§ 300–307c ASVG
[62] im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG
[63] § 302 Abs. 1 Z 1a ASVG
[64] im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG
[65] vgl. Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 3 bis 5 (insbesondere Art. 5)
[66] vgl. Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 6 Abs. 2 Z 2

Plan-Stand betrifft den jeweiligen Planungshorizont, der beginnend mit dem Jahr 2020 oder 2025 jeweils in Fünfjahresschritten (2020, 2025, 2030 etc.) zu wählen ist.

Die RSG-PM hat in Struktur und Aufbau dem Anhang 9 zu entsprechen und kann um weitere bundeslandspezifische Planungsgrößen und Zusatzinformationen ergänzt werden. Die RSG-PM ist in folgende vier Bereiche zu unterteilen:

1. Ambulante ärztliche Versorgung (Allgemeinmedizin/PV und ambulante Fachversorgung)
2. Akut-Krankenanstalten (spitalsambulant, akut-stationär)
3. Großgeräte und Dialyse (extra- und intramural)
4. Rehabilitation (auf Bundeslandebene)

In der RSG-PM ist zumindest folgendes darzustellen[1]:

Detailinhalte	KA-Standort	Versorgungsregion	Bundesland
Ambulante ärztliche Versorgung je Fachrichtung			
ÄAVE spitalsambulant	opt	x	x
ÄAVE niedergelassene ÄrztInnen gesamt (mit Vertrag)		x	x
ÄAVE selbst. Ambulatorien (mit Vertrag)		x	x
ÄAVE Kassenambulatorien (kasseneigene selbst. Ambulatorien)		x	x
ÄAVE gesamt und davon in PV-Einheiten		x	x
ÄAVE WahlärztInnen und selbständige Ambulatorien (ohne Vertrag), nur Ist-Stand		opt	opt
§2-Kassenplanstellen nur Ist-Stand		x	x
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger nur Ist-Stand		x	x
Akut-Krankenanstalten			
Betriebsformen von Spitalsambulanzen je Fach-/Versorgungsbereich	x	opt	
Anzahl der Betten in Normalpflegebereichen (davon TK-Plätze) und Intensivpflegebereichen je Fach-/Versorgungsbereich	x	x	x
Stationäre Organisationsformen je Fach-/Versorgungsbereich	x	opt	
Leistungsstandorte und, wenn vorgesehen auch, Anzahl der Betten von Referenzzentren, Versorgungsbereiche mit ÜRVP, Versorgungsstufen, Spezialzentren, Expertisezentren, Modulen je Versorgungsbereich	x	opt	x
Großgeräte und Dialyse (extramural und intramural)			
Großgeräte gemäß GGP je Großgeräteart	x	opt	x
Anzahl der Plätze in Dialyseeinrichtungen	x	x	x
Rehabilitation			
Bettenäquivalente und Anzahl der Betten in Rehabilitationszentren je RIG			opt
Anzahl der Betten in Versorgungszone je RIG gemäß ÖSG			opt
Anzahl der Betten in Österreich je RIG gemäß ÖSG			opt
Ambulante Verfahren der Phase II je RIG			x
Ambulante Therapieplätze der Phase II je RIG			x

[1] x = verpflichtender Mindestinhalt in Tabellen; opt = optional in Tabellen

Werden als Planungsgrundlage und in der Darstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung im jeweiligen RSG in Ersatz zu ÄAVE andere Planungsgrößen verwendet, so ist auf Ebene des Bundeslandes je Fachrichtung ein Umrechnungsschlüssel auf ÄAVE anzugeben.

2.4.2 Versorgungsaufträge im RSG

Die Grundlagen für Versorgungsaufträge im ambulanten Bereich bilden die **Aufgabenprofile** und **Leistungsmatrix-ambulant** (vgl. Kap. 3.1), die österreichweit einheitlich definiert sind und vorerst für 9 Fachbereiche und für die teambasierte Primärversorgung vorliegen. Weitere Fachbereiche werden laufend ergänzt.

Versorgungsaufträge können nur für niedergelassene ÄrztInnen mit Kassenvertrag, selbstständige Ambulatorien mit Kassenvertrag, Kassenambulatorien (kasseneigene selbstständige Ambulatorien) sowie Spitalsambulanzen von Fonds-KA und UKH festgelegt werden, niedergelassene WahlärztInnen und selbstständige Ambulatorien ohne Kassenvertrag sowie SAN werden bei der Festlegung von Versorgungsaufträgen nicht berücksichtigt.

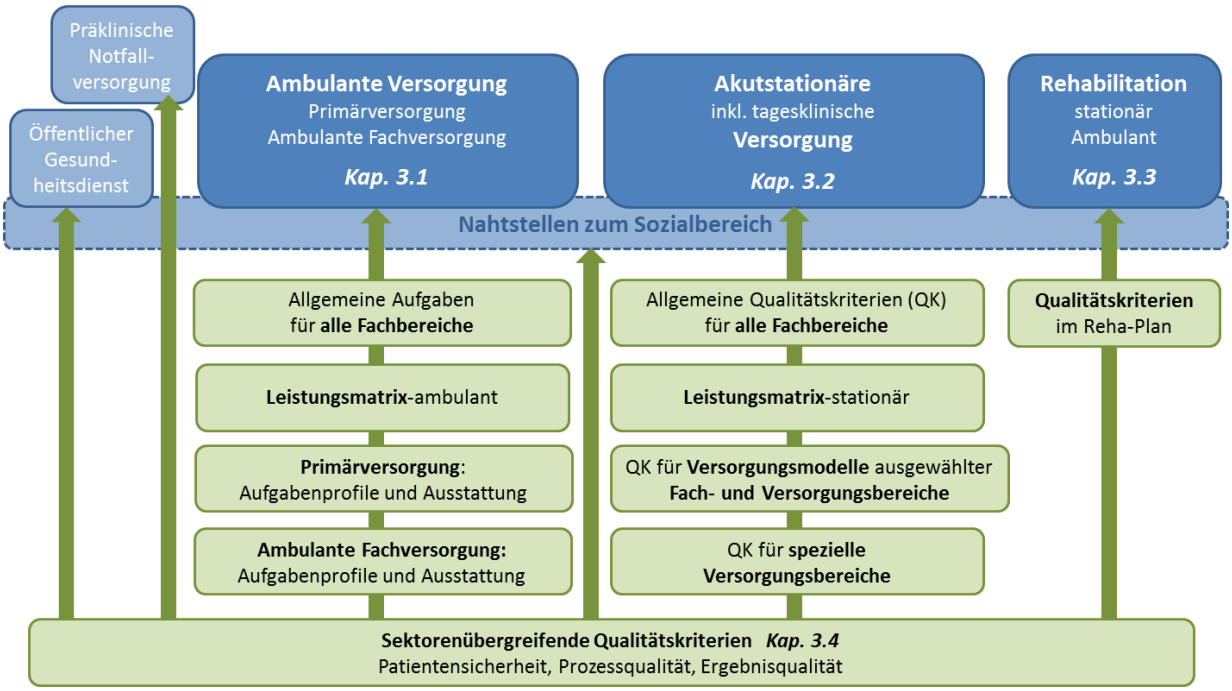
Die Darstellung der Versorgungsaufträge wird noch erarbeitet und zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

3 QUALITÄTSKRITERIEN

Die im ÖSG enthaltenen Qualitätskriterien sind eine wesentliche Voraussetzung für die Leistungserbringung und sind für die Absicherung der Qualität unverzichtbar.

Die Qualitätskriterien (QK) fokussieren im Wesentlichen auf die **Strukturqualität**[67]. Prozessqualitätskriterien werden im Kapitel **Prozessqualität** *(→ Kap. 3.4.2)* in allgemeiner Form und grundsätzlich für das gesamte Gesundheitssystem gültig angesprochen. Darüber hinaus enthält der ÖSG Aussagen zur Prozessqualität in ausgewählten Versorgungsbereichen *(→ Kap. 3.2.2).* Allgemeine Hinweise auf **Ergebnisqualität** enthält *Kap. 3.4.4*.

ÖSG KAPITEL 3 – ÜBERSICHT



Die Qualitätskriterien gliedern sich in allgemeine Qualitätskriterien und spezifische Qualitätskriterien für ausgewählte Versorgungs- bzw. Fachbereiche:

Allgemeine Qualitätskriterien

Allgemeine Qualitätskriterien gelten grundsätzlich für **alle Versorgungsstufen und Fachbereiche**.

> **Fachbereiche** orientieren sich an der Systematik und den Inhalten der **Sonderfächer** gemäß ÄAO, **schließen** aber sämtliche relevante **Gesundheitsberufe**[68] **mit ein**, die in diesem Fachbereich bzw. ausgehend von diesem Fachbereich mit der Übernahme von Aufgaben bzw. Leistungen im Rahmen der jeweiligen Berufsgesetze einen wesentlichen Behandlungsbeitrag leisten.

[67] Das Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.j.g.F.) sowie die zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarte Qualitätsstrategie bilden die Grundlagen der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen. Die Qualitätsarbeit hat die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen, wobei diese Ebenen in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zu einander zu stehen haben. Die Weiterentwicklung, die Sicherung und Evaluierung des flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsgruppenübergreifend, insbesondere auch einschließlich des ambulanten Bereichs zu erfolgen. Die Patientensicherheitsstrategie ist ein wesentlicher Teil der Qualitätsarbeit (§ 7 Abs. 1 G-ZG). Im Bereich der Strukturqualität werden die Kriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt (§ 7 Abs. 4 G-ZG).

[68] Es werden nur solche Gesundheitsberufe explizit angeführt, die gemäß Berufsgesetzen zur selbständigen Berufsausübung berechtigt sind, unabhängig davon, ob die Leistung im konkreten Fall im Rahmen eines Dienstverhältnisses oder in selbständiger Tätigkeit erbracht wird.

Für die umfassende Versorgung der PatientInnen wird ein multiprofessioneller und interdisziplinärer Behandlungsansatz in allen Versorgungsstufen und Fachbereichen gewählt. Die dazu erforderliche – ggf. auch einrichtungsübergreifende – strukturierte **interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit** verschiedener Gesundheitsberufe zeichnet sich durch regelmäßigen wechselseitigen Austausch von patienten- und/oder prozessbezogenen Informationen (Festlegung von standardisierten Abläufen) aus und schließt im Bedarfsfall auch gemeinsame Planung von Versorgungsprozessen sowie deren Evaluierung mit ein.

Ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheits- und Sozialberufe arbeiten in der Versorgung sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Setting im Team. Jede Berufsgruppe und jede Person übernimmt als Teammitglied Aufgaben entsprechend der berufsrechtlichen geregelten Zuständigkeiten und ihrer jeweiligen berufsrechtlichen Kompetenz. Dieses Potenzial gilt es vollinhaltlich zu nutzen. Die Mitglieder des multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Teams stehen dabei nicht in Konkurrenz zueinander, sondern arbeiten eigenständig, partnerschaftlich und synergetisch zusammen. Die Zusammensetzung des multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Teams hängt vom Versorgungsauftrag/Leistungsspektrum der jeweiligen Struktur ab.

Die Einbeziehung der jeweils erforderlichen **Gesundheitsberufe** richtet sich nach dem Versorgungsbedarf im Einzelfall und kann aus dem Team des jeweiligen Fach- bzw. Versorgungsbereichs, aus einem fachbereichsübergreifend eingerichteten Pool oder von außerhalb der jeweiligen Versorgungsstruktur erfolgen; die Ausgestaltung liegt im Entscheidungsbereich der Rechtsträger.

Die **Zuordnung von Gesundheitsberufen zu einem Fachbereich** gilt für die Regelversorgung in der ambulanten und stationären Versorgungsstufe sowie für die Versorgung in der Rehabilitation (Beispiele siehe → *Aufgabenprofile in Kap. 3.1.3)*. Die Ausführungen beziehen sich vorrangig auf zur selbständigen Berufsausübung berechtigte Gesundheits- und Sozialberufe.

Angaben zu DGKP beziehen sich auch auf die Pflegefachassistenz, soweit dies berufsrechtlich möglich ist. Die Pflegefachassistenz ist zur eigenverantwortlichen Durchführung der ihr übertragenen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten ohne verpflichtende Aufsicht berechtigt. Der/die anordnende Arzt/Ärztin bzw. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat im Rahmen der Anordnungsverantwortung zu entscheiden, ob die Durchführung durch die Pflegefachassistenz jeweils im Einzelfall einer Aufsicht bzw. begleitenden Kontrolle bedarf.

- Für die **ambulante Versorgung** erfolgt die Darstellung der Fachbereiche über Aufgabenprofile sowie über die Leistungsmatrix-ambulant inkl. der Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Basisleistungen.
- Für die **stationäre Versorgung** werden für alle Fachbereiche gültige Qualitätskriterien zu Personal und Ausstattung angeführt und für ausgewählte Versorgungsbereiche um weitere spezifische Qualitätskriterien ergänzt. In der Leistungsmatrix-stationär werden für Einzelleistungen erforderliche Qualitätskriterien zu Mindestversorgungsstruktur (inkl. Organisationsform) und zu ausgewählten Leistungsbündeln Mindestfallzahlen zugeordnet.
- Für die **ambulante und stationäre Rehabilitation** wird in *Kap. 3.3*. auf die Qualitätskriterien des Rehabilitationsplans 2016 der Sozialversicherung verwiesen.

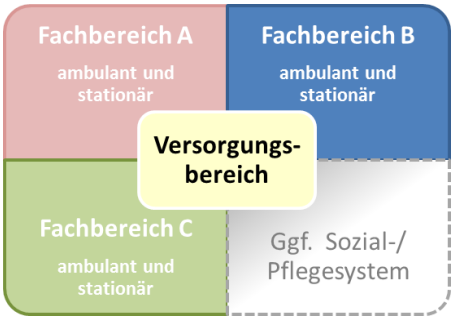
Spezifische Qualitätskriterien

In **ausgewählten Versorgungsbereichen** sind ergänzend zu den allgemeinen Qualitätskriterien zusätzliche spezifische Qualitätskriterien einzuhalten.

Ein **Versorgungsbereich** ist jeweils ein **spezialisierter Teil** eines oder mehrerer Fachbereiche zur Versorgung **bestimmter Patientengruppen**

- mit bestimmten Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen) oder
- in bestimmten Altersgruppen (z.B. Erwachsene, Kinder und Jugendliche) oder
- in einem bestimmten Behandlungsstadium (z.B. intensivmedizinische Versorgung) oder
- bei multidimensionalem Versorgungsbedarf (z.B. Akutgeriatrie/Remobilisation).

VERSORGUNGSBEREICH



und ist nur in Ausnahmen ident mit einem gesamten Fachbereich.

Die im ÖSG dargestellten ausgewählten Versorgungsbereiche sind teilweise nur im stationären Bereich angesiedelt, können aber auch den ambulanten und den stationären Bereich umfassen sowie fallweise auch über das Gesundheitssystem hinaus in das Sozial- bzw. Pflegesystem hineinreichen[69].

Die **qualitätsbezogenen ÖSG-Inhalte gelten grundsätzlich** – unabhängig von organisatorischen Strukturen, Trägerschaft und sektoraler Zugehörigkeit – gleichermaßen **für alle Leistungserbringer** in Österreich.

Der berufsrechtliche Tätigkeits- und Befähigungsumfang ergibt sich für die Angehörigen der **Gesundheitsberufe** generell aus dem jeweiligen Berufsgesetz. Individuell haben die Angehörigen der Gesundheitsberufe auf Grundlage ihrer absolvierten Ausbildung nach bestem Wissen und Gewissen gemäß dem aktuellen Stand der jeweiligen Wissenschaft (vgl. Fort- und Weiterbildungspflichten) tätig zu sein, wobei gleichzeitig auf die Einlassungsfahrlässigkeit zu achten ist.

Legende zu Kapitel 3 – Qualitätskriterien

VERSORGUNGSMODELL
umfasst die unterschiedlichen Versorgungsstufen bzw. -module innerhalb des in der jeweiligen Überschrift benannten Fach- bzw. Versorgungsbereichs

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN
beziehen sich auf den gesamten in der jeweiligen Überschrift benannten Fach- oder Versorgungsbereich

PERSONAL UND AUSSTATTUNG
Qualitätskriterien in Bezug auf Personal (erforderliche Berufsgruppen, Anwesenheit) und apparative (fallweise auch räumliche) Ausstattung werden jeweils für alle Versorgungsstufen bzw. -module des betreffenden Versorgungsmodells angeführt; für PSY, KJP, AG/R, PAL/HOS werden auch Angaben zu Leistungsbereichen erfasst.

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien
Bei Bedarf werden „transformierte" Qualitätskriterien für Sanatorien dargestellt.

Aussagen betreffend die Versorgung von **Kindern und Jugendlichen** werden speziell gekennzeichnet.

[69] Der Versorgungsbeitrag des Sozial- bzw. Pflegebereichs wird, wenn dies in einem Versorgungsbereich unabdingbar erforderlich ist, angeführt und ggf. mit entsprechenden Qualitätskriterien dargestellt. Diese haben aufgrund der Kompetenz und Zuständigkeit außerhalb des Gesundheitssystems nur Empfehlungscharakter.

3.1 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung wird über die Aufgabenprofile und die Leistungsmatrix-ambulant (LM-amb) abgebildet.

Aufgabenprofile und LM-amb bilden die verbindliche fachliche Basis für Versorgungsaufträge, die auf regionaler Ebene (insbesondere Regionale Strukturpläne Gesundheit, Krankenanstaltenpläne, Gesamtverträge und Einzelverträge) unter Berücksichtigung auch der ökonomischen Faktoren und der regionalen Versorgungssituation (Best Point of Service) für alle Leistungsanbieter festzulegen sind. Konkret ist über Versorgungsaufträge je nach regionalem Bedarf zu definieren, von welchen Fachbereichen an welchen Standorten in welchen Organisationsformen (Spitalsambulanz, Ambulatorium, Gruppenpraxis, Einzelpraxis oder zukünftig Primärversorgungseinheit) die Leistung zu erbringen ist.

Aufgabenprofile und die Zuordnung von Leistungen in der LM-amb wurden vorerst für die Primärversorgung und 9 Fachbereiche erstellt. Weitere Fachbereiche werden laufend erarbeitet und in den nächsten Revisionen des ÖSG sukzessive ergänzt.

3.1.1 Leistungsmatrix - ambulant (LM-amb)

Die Leistungsmatrix für den ambulanten Bereich enthält die ambulant erbringbaren Leistungen des BMGF-Leistungskatalogs (vormals KAL) eingeschränkt auf jene Leistungen, die von der ärztlichen Berufsgruppe erbracht werden, und deren Zuordnung auf Primärversorgung bzw. jeweilige Fachbereiche. Ergänzend werden therapeutisch und pflegerisch tätige Berufsgruppen (ohne Einzelleistungszuordnung) der Primärversorgung bzw. den Fachbereichen zugeordnet, in denen sie einen wesentlichen Behandlungsbeitrag leisten.

Die Leistungsmatrix - ambulant (LM-amb, siehe → *Anhang 7*) bildet die Grundlage für die standortspezifische Festlegung von Versorgungsaufträgen auf Leistungsebene und dient mit den je Leistung definierten Strukturqualitätskriterien (Qualifikation und Ausstattung) als Instrument zur Qualitätssicherung von Leistungen im ambulanten Bereich.

Bei der Zuordnung wird zwischen Basisleistungen und speziellen Leistungen differenziert:

- Als **Basisleistungen** (b) werden jene Leistungen eingestuft, die innerhalb einer Versorgungsstufe (Primärversorgung, ambulante Fachversorgung) für die Bevölkerung zur Verfügung stehen müssen und deren Anbieter die erforderlichen Ausbildungs- und Strukturvoraussetzungen erfüllen müssen. Die für die Durchführung von Basisleistungen jeweils erforderliche Grundausstattung ist im Anschluss an die Aufgabenprofile abgebildet.
- **Spezielle Leistungen** (s) sind über Basisleistungen hinausgehende Leistungen eines Fachbereichs, die gemäß Versorgungsbedarf für die Bevölkerung zur Verfügung stehen müssen. Sie bedürfen zur Durchführung
  - spezieller Infrastruktur, die über die fachbereichsspezifische Mindestausstattung hinausgeht **und/oder**
  - einer über die fachspezifische Berufsausbildung hinausgehende Qualifikation, die durch Ausbildungsnachweise zu belegen ist **und/oder**
  - einer für eine qualitativ hochwertige Durchführung besonderen Erfahrung, die in geeigneter Weise zu belegen ist (z.B. mehrjährige Tätigkeit, hohe Fallzahlen).

Strukturqualitätskriterien (SQK) für spezielle (ärztliche) Leistungen hinsichtlich Ausstattung, Qualifikation und Erfahrung sind der jeweiligen Einzelleistung in der LM-amb direkt zugeordnet. Die angeführten Aus- und Fortbildungen sowie die Erfahrung sind für die Erbringung der entsprechenden

Leistungen zu belegen. Für Basisleistungen ist die erforderliche Ausstattung im Anschluss an das jeweilige Aufgabenprofil dargestellt.

Vorerst wurde die Leistungszuordnung in der LM-amb für die Primärversorgung und 9 Fachbereiche erstellt, weitere Fachbereiche werden laufend ergänzt.

Die LM-amb ist jährlich zu warten und den Änderungen im BMGF-Leistungskatalog anzupassen. Sie wird mit dem Folgejahr der Beschlussfassung durch das zuständige BGA-Gremium gemeinsam mit der Leistungsmatrix für den stationären Bereich (LM-stat) gültig.

3.1.2 Aufgabenprofile

Aufgabenprofile beschreiben aggregiert Tätigkeiten der Primärversorgung und der Fachbereiche und ordnen sie Basisaufgaben und speziellen Aufgaben zu.

- **Basisaufgaben** beschreiben das Spektrum des Fachbereichs, das gemäß Ausbildung und der fachbereichsspezifischen Grundausstattung in der jeweiligen Versorgungsstufe erbracht werden kann. Zu Primärversorgungseinheiten sind neben medizinischen auch organisatorische Aufgaben angeführt, die typische Primärversorgungsfunktionen (Versorgungskontinuität und -koordination) darstellen.
- **Spezielle Aufgaben** gehen über das (Basis-)Aufgabenspektrum hinaus (erfordern zusätzliche Qualifikation und/oder Infrastruktur) und sind nach regionalen Erfordernissen durch die Gesundheitsplanung auf Landesebene in den Versorgungsaufträgen festzulegen.

Spezifische Qualitätskriterien für den jeweiligen Fachbereich

Infrastruktur bzw. Ausstattung im ambulanten Bereich haben dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft zu entsprechen. Die im Anschluss an das jeweilige Aufgabenprofil dargestellten SQK sind als **Mindestausstattung** pro Fachbereich für die Erbringung von Basisaufgaben zu verstehen. Die Ausstattungen sind als Voraussetzung für die Leistungserbringung vorzuhalten. Zusätzlich gelten jedenfalls sämtliche Verordnungen, die für den ambulanten Bereich relevant sind (z.B. Hygiene VO, QS-VO zum ÄrzteG).

Allgemeine Aufgaben für alle Fachbereiche

Ergänzend zu den fachbereichsspezifischen Aufgaben listet die folgende Tabelle jene Aufgaben, die in jedem Fachbereich zu leisten sind.

Allgemeine Aufgaben für alle Fachbereiche

Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Gesundheitskompetenz von PatientInnen stärken	Anleitung und Motivation zum Selbstmanagement im Umgang mit Erkrankungen
	Information und Beratung zu Gesundheitsdeterminanten, persönlichen Risikofaktoren und präventiven Maßnahmen
	Patientenzentrierte Gesprächsführung[1] inkl. Herstellen und Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehung
Aufklären der PatientInnen	Kommunikation mit PatientInnen über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen (Patientengespräch bzw. Gespräche mit Angehörigen. Information bzgl. Selbsthilfeinstitutionen)
Interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit	Koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen GesundheitsdienstanbieterInnen
Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen	Administration
	Strukturierte Patientendokumentation (inkl. kodierte Diagnosen- und Leistungsdokumentation unabhängig von Abrechnung)
	Standardisierte Informationsweitergabe / modellbasierte Kommunikation[1]
	Nutzen von Telemedizin
Psychosomatik	Diagnostik, ggf. Therapie (gemäß ÄAO des jeweiligen Fachbereichs) und Weiterleiten
Rehabilitative Maßnahmen	Koordinierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung besonderer fachspezifischer Erfordernisse
Palliativversorgung	Schmerztherapie, Symptomkontrolle, psychosoziale Betreuung, Koordination/Einbindung von PAL/HOS-Diensten unter Berücksichtigung besonderer Erfordernisse des jeweiligen Fachbereichs

[1] Definition Patientenzentrierung, Aufgaben und Beispiel für ein Modell der patientenzentrierte Gesprächsführung siehe → *Glossar*

Zusätzlich werden diese Aufgaben auch in den Aufgabenprofilen jener Fachbereiche (inkl. Primärversorgung) angeführt, in denen sie einen wesentlichen Versorgungsbestandteil darstellen (sollen).

In jedem Aufgabenprofil werden **zur selbstständigen Berufsausübung berechtigte Gesundheitsberufe** ausgewiesen, die bei einem Großteil der im jeweiligen Fachbereich behandelten Erkrankungen einen wesentlichen Beitrag bei der Therapie von PatientInnen leisten. Je nach angebotenem Leistungsspektrum sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, klinische PsychologInnen und PsychotherapeutInnen in jedem Fachbereich bei Bedarf zusätzlich beizuziehen. In der teambasierten Primärversorgung werden neben diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auch OrdinationsassistentInnen angeführt, da sie Teil des Kernteams sind.

Aufgaben und Leistungen (gemäß LM-amb) innerhalb eines Fachbereichs erbringen jene Berufsgruppen, die dafür auf Grund gesetzlicher Bestimmungen (Berufsrecht) berechtigt sind.

Für alle Fachbereiche gilt, dass im Falle einer nicht abschließend möglichen Therapie bzw. bei Bedarf an einer differenzierten Diagnostik oder speziellen Therapie PatientInnen an die dafür **geeignete Versorgungstruktur** (inkl. stationärer Versorgungsstufe) **weiterzuleiten** sind.

Notfälle sind im Rahmen der Rettungskette zu versorgen und der entsprechenden Versorgungsstufe zuzuordnen.

Die Entscheidung, ob eine stationäre Aufnahme notwendig ist, liegt in der Verantwortung der behandelnden AnstaltsärztInnen[70].

[70] gemäß §22 KAKuG

3.1.3 Primärversorgung (PV) – Aufgabenprofil und Ausstattung

3.1.3.1 (Teambasierte) Primärversorgungseinheit (PV-Einheit)

Involvierte Gesundheitsberufe: ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, OrdinationsassistentInnen (PV-Kernteam) sowie DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, Hebammen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde; Zusammenarbeit mit SozialarbeiterInnen (weitere PV-Teammitglieder).

	Aufgabenbereich	Beschreibung	Konkretisierung	Einbeziehung Teammitglieder
Basisaufgaben	**Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein**	Basisdiagnostik, Therapie und Nach- bzw. Verlaufskontrolle bei allen einfachen, episodenhaften Gesundheitsbeschwerden	Abschließende Behandlung unkomplizierter **Infektionen**	PV-Kernteam; bei Bedarf Beiziehung weiterer PV-Teammitglieder
			Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Basisdiagnostik[1], ggf. abschließende Behandlung, bei Bedarf Weiterleiten	
			Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei **Verdacht auf Neubildungen**	
			Abschließende Therapie von **einfachen Verletzungen** und ggf. Weiterleitung zur sozialen Diagnostik (Gewaltprävention und Opferschutz)	
			Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) **Fehlbildungen**	
		Basischirurgie und Nachsorge nach Verletzungen bzw. Operationen	**Kleine Eingriffe** gemäß **LM-amb (b)**, inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren	
		Sofortlabor		
		Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Bei Bedarf Aufsuchen der **PatientInnen in deren Wohnumfeld**	
			Organisation bedarfsspezifisch erforderlicher **aufsuchender Dienste** aus dem (zuständigen) Gesundheits- und/oder Sozialbereich (z.B. mobile Pflege, Krisenintervention)	
Basisaufgaben	**Akutversorgung und Verlaufskontrolle bei komplexen Fällen**	Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von **akuten Problemen** bei **chronisch Kranken**	Leistungen **analog** zum Umfang für **Akutfälle allgemein** unter **besonderer Berücksichtigung** der **chronischen Grunderkrankung** bzw. der Anforderungen bei **Abweichung vom regelhaften Krankheitsverlauf**	PV-Kernteam, bei Bedarf Beiziehung weiterer PV-Teammitglieder
		Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von **akuten Problemen** bei **Menschen mit Behinderung**	Leistungen **analog** zum Umfang für **Akutfälle allgemein** unter **besonderer Berücksichtigung** der **Behinderung**	
		Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	**Koordination** bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste	
Basisaufgaben	**Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider PatientInnen**	Kontinuierliche Begleitung, fortgesetzte Betreuung, Anleitung und Behandlung nach "state of the art" von PatientInnen mit einer oder mehreren **chronischen Erkrankung(en)** in enger Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Fachbereich/Sonderfach	Multidimensionales (bio-psycho-soziales) **"Assessment"**[2] zum individuellen Versorgungsbedarf	PV-Kernteam und weitere PV-Teammit-glieder in Abhängigkeit vom Ergebnis des Assessments
			Diagnostik, Beratung, Therapie (inkl. Medikation, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen) und **Verlaufskontrolle** (inkl. Anpassen des Behandlungsregimes), bei spezialisiertem Versorgungsbedarf Weiterleiten	
			Schmerzmanagement einschließlich Schmerztherapie	
			Strukturiertes **Medikamentenmanagement** (Verringern von Polypharmazie)	
			Versorgung chronischer Wunden	
			Verschreibung und Anpassung von **Heilbehelfen und Hilfsmitteln** inkl. Anleitung	
			Management **besonderer Therapieformen** wie z.B.: Inhalationstherapie, zu- und ableitende Kathetersysteme, Sondennahrung, Inkontinenz, Stomaversorgung, Heimdialyse, …	
			Integrierte Versorgungsprogramme (z.B. Mitwirkung DMP)	

	Aufgabenbereich	Beschreibung	Konkretisierung	Einbeziehung Teammitglieder
Basisaufgaben			**Schulung und Anleitung** im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) **im Lebensumfeld**	
			Anleitung zum selbstbestimmten Umgang mit Erkrankung (**Empowerment**)	
		Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Bei Bedarf Aufsuchen der PatientInnen **im Wohnumfeld**	
			Medizinisch-therapeutische Betreuung von PatientInnen in **Pflegeheimen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen**	
		Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	**Koordination** bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste	
		Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/Angehörige/betreuende Personen von **Menschen mit einer chronischen Erkrankung sowie multimorbiden PatientInnen,** inkl. Beratung bezüglich Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht		
	Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Störungen	Identifizierung und Behandlung von PatientInnen mit **psychischen bzw. psychosomatischen Gesundheitsproblemen** bei Bedarf in **Zusammenarbeit** mit teamexternen Berufsgruppen/Einrichtungen mit **PSY-Kompetenz**[3] in allen Versorgungsstufen	Leistungen **analog** zum Umfang für **Akutfälle allgemein** sowie (Langzeit-)Versorgung **chronisch Kranker** unter **besonderer Berücksichtigung** der **Anforderungen psychisch beeinträchtigter PatientInnen**	PV-Kernteam, bei Bedarf Beiziehung weiterer PV-Teammitglieder
			Erkennen und ggf. Behandlung von **Suchterkrankungen** bzw. bei Bedarf Weiterleiten	
			Erkennen und ggf. Therapie bzw. bei Bedarf Weiterleiten von PatientInnen mit z.B. **Schlafstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen, Essstörungen, psychotische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**	
			Erkennen und ggf. Therapie von PatientInnen mit **psychosomatischen Erkrankungen** bzw. bei Bedarf Weiterleiten	
		Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	**Koordination** bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste	
	Besondere Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen	Basisdiagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle bei **akuten Gesundheitsbeschwerden** und bei Bedarf Weiterleiten an und/oder Zusammenarbeit mit **FA KIJU, KJP** und kinder-/jugendspezifischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen	Leistungen **analog** zum Umfang für **Akutfälle allgemein** sowie für **Menschen mit psychischen Störungen** unter **besonderer Berücksichtigung** der **Anforderungen des Kindes- und Jugendalters**	PV-Kernteam, bei Bedarf Beiziehung weiterer PV-Teammitglieder
			Beurteilung des **physischen und psychischen Entwicklungsstands;** Erkennen und ggf. Therapie bei Auffälligkeiten, bei Bedarf Weiterleiten	
			Beurteilung von **psychosozialen Auffälligkeiten,** Basisdiagnostik, bei Bedarf Weiterleiten der PatientInnen	
		Langzeitversorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in enger Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Fachbereich/Sonderfach	Leistungen **analog** zum Umfang für (Langzeit)-**Versorgung chronisch Kranker** unter **besonderer Berücksichtigung** des **individuellen Entwicklungsstandes**	
			Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) **im Lebensumfeld (inkl. Kindergarten, Schule)**	
		Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Bei Bedarf Aufsuchen der PatientInnen **im Wohnumfeld**	
		Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	**Koordination** bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste unter **Berücksichtigung des Kinderschutzes**	
		Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen, Familien/Angehörige / betreuende Personen von **Kindern und Jugendlichen** insbes. **mit einer chronischen und/oder psychischen Erkrankung bzw. mit Behinderung(en)**		

	Aufgabenbereich	Beschreibung	Konkretisierung	Einbeziehung Teammitglieder
Basisaufgaben	**Besondere Versorgungsanforderungen bei alten Menschen**	Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle **geriatrischer PatientInnen**[4] unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse in Zusammenarbeit mit geriatrischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen	**Geriatrisches Basis-Assessment** zum individuellen Versorgungsbedarf	PV-Kernteam, bei Bedarf Beiziehung weiterer PV-Teammitglieder (in Abhängigkeit vom Ergebnis geriatrisches Basis-Assessement)
			Leistungen **analog** zum Umfang für **Akutfälle allgemein** sowie **Menschen mit chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen** unter **besonderer Berücksichtigung** **altersbedingter Veränderungen**	
			Beurteilung von **psychosozialen Problemen,** Basisdiagnostik, ggf. Therapie/Behandlung, bei Bedarf Weiterleiten der PatientInnen	
			Basisdiagnostik bei **Demenz**, ggf. Therapie/Behandlung, bei Bedarf Weiterleiten der PatientInnen	
			Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) **im Lebensumfeld**	
		Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Bei Bedarf Aufsuchen der PatientInnen **im Wohnumfeld**	
			Medizinisch-therapeutische Betreuung von PatientInnen in **Pflegeheimen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen;** Anordnung von **freiheitsbeschränkenden Maßnahmen**	
		Sicherstellen der psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung	**Koordination** bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste unter Berücksichtigung des **Schutzes der persönlichen Freiheit und der körperlichen Integrität**	
		Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/Angehörige / betreuende Personen **von alten Menschen,** inkl. Beratung bezüglich Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht		
Basisaufgaben	**Rehabilitative Therapie**	Sicherstellen der bedarfsspezifischen rehabilitativen wohnortnahen Versorgung	**Koordination** bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste inkl. **Unterstützung bei administrativen Erfordernissen**	PV-Kernteam, bei Bedarf Beiziehung weiterer PV-Teammitglieder
			Bei Bedarf Aufsuchen und Unterstützung der PatientInnen **im Lebensumfeld**	
Basisaufgaben	**Palliativversorgung**	Verbesserung der Lebensqualität am Lebensende	**Management bezüglich Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf**	PV-Kernteam, bei Bedarf Beiziehung weiterer PV-Teammitglieder
			Symptomkontrolle; Schmerzmanagement inkl. Schmerztherapie	
			Unterstützung des **Erhalts selbstbestimmten Lebens** inkl. bestmöglicher Mobilität	
		Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Bei Bedarf Aufsuchen der PatientInnen **im Wohnumfeld**	
		Sicherstellen psychosoziale und sozialmedizinische Versorgung	**Psychosoziale Unterstützung und Begleitung**	
			Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste	
			Zusammenarbeit mit mobilem Palliativ-/Hospizteam	
		Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/Angehörige / betreuende Personen von **Menschen in ihrer letzten Lebensphase**		

	Aufgabenbereich	Beschreibung	Konkretisierung	Einbeziehung Teammitglieder
Basisaufgaben	Prävention & Gesundheitsförderung	Präventive Maßnahmen betreffend **allgemeine Gesundheitsrisiken**	**Vorsorgeuntersuchung** gemäß nationalem Vorsorgeuntersuchungs-Programm	PV-Kernteam, erweitertes PV-Team
			Früherkennung von Störungen des **Bewegungsapparates** (Fehlhaltungen, Dysbalancen, …)	
			Prävention **sexuell übertragbarer Krankheiten**	
			Impfberatung, Impfungen, Wartung **Impfstatus**	
		Präventive Maßnahmen betreffend **Risiken chronischer Erkrankungen sowie psychische und psychosomatische Gesundheitsrisiken**	Identifizierung von und Beratung **bei Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken** (z.B.: Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes); ggf. Zuführung zu speziellen bestehenden Programmen	
			Basisdiagnostik (z.B. FRAX[5] ab dem mittleren Lebensalter) und Beratung bei **Risikogruppen für Osteoporose**	
			Hausbesuche bei Familien und Personen mit **hohem psychosozialem Risiko** (z.B. Gewaltbereitschaft, Alkoholmissbrauch)	
		Präventive Maßnahmen betreffend **geriatrische Gesundheitsrisiken**	Beratung und Unterstützung insbesondere in Bezug auf **Sturz- und Dekubitusprophylaxe, Demenz, Fehl- bzw. Mangelernährung**	
			Hausbesuche bei **geriatrischen Personen** zur **Risikoevaluierung**	
		Identifikation von **Gesundheitsressourcen** und aktive Unterstützung und Befähigung von Individuen, Gruppen und Familien, **Kontrolle über ihre Gesundheit** zu erlangen und sie zu verbessern	Unterstützung im **Selbstmanagement** (medizinisch, sozial, emotional) / Anleitung in der **Selbstversorgung**, Motivation/Empowerment	
		Gesundheitskompetenz von Individuen, Gruppen und Familien stärken	Kontinuierliche Unterstützung in der **Weiterentwicklung** der Gesundheitskompetenz	
		Mitwirkung an populationsbezogenen und zielgruppenspezifischen **regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen**	Angebote u. a. zu **adäquater Bewegung & Ernährung, psychosozialem Wohlbefinden** für unterschiedliche Zielgruppen unter Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten	
Basisaufgaben	Familienplanung Schwangerschaftsberatung Säuglingsuntersuchung	Beratung hinsichtlich Verhütung und Familienplanung, in **Zusammenarbeit** mit den Fachbereichen **GGH** und **URO**	**Kontrazeption**	PV-Kernteam, bei Bedarf Beiziehung weiterer PV-Teammitglieder
			Fertilität/Sterilität	
			Schwangerschaftsberatung	
			Psychosoziale Beratung einschließlich Vermittlung **Früher Hilfen**	
			Stillberatung	
		Sonderleistungen **Mutter-Kind-Pass**[6]	Durchführung und Koordination der Untersuchungen gemäß **Mutter-Kind-Pass**	
	Todesfeststellung; Entscheidung über Verbringung der Leiche (außerhalb KA)			

	Aufgabenbereich	Beschreibung	Konkretisierung	Einbeziehung Teammitglieder
Spezielle Aufgaben		**Öffentliche Gesundheitsaufgaben**	**Amtliche Totenbeschau**	Arzt/Ärztin AM
			Begutachtung und Beurteilung, ob eine Aufnahme wider Willen **in psychiatrische KA** gerechtfertigt ist (Unterbringung ohne Verlangen)	
			Begutachtungen auf **Haftfähigkeit** außerhalb von Justizvollzugsanstalten od. polizeilichen Anhaltezentren.	
			Kurative Versorgung von kurzfristig **Inhaftierten** außerhalb der Anhaltezentren	
			Beurteilung **Fahrtauglichkeit** gemäß §5StVO	Arzt/Ärztin AM
			Mitwirkung bei Management von **Infektionskrankheiten und Epidemien,** Tuberkulosediagnostik	Kernteam
		Substitutionstherapie		PV-Team
		Traumatologische Basisversorgung	**Traumaversorgung** in Zusammenarbeit mit RAD und ggf. UCH bzw. ORTR (inkl. Röntgen und Gipsversorgung)	
		Basischirurgie und Nachsorge nach Operationen	Eingriffe gemäß LM-amb (s)	
		Kardiologie Diagnostik	Leistungen gemäß LM-amb (s)	
		Pulmologische Diagnostik	Leistungen gemäß LM-amb (s)	
		Behandlung chronischer Wunden		
		Sonographische Diagnostik	Leistungen gemäß LM-amb (s)	
		Physikalische Therapie	Leistungen gemäß LM-amb (s)	
		Ernährungsberatung		

[1] Basisdiagnostik inkludiert Statuserhebung: allgemein, fachspezifisch, berufsgruppenspezifisch inkl. apparativer Diagnostik (Messen von Fieber, Puls, Blutdruck, etc.); Anamnese: allgemein problemabhängig, Sozial-/Berufsanamnese, bei Bedarf Pflegeanamnese

[2] Multidimensionales "Assessment": Statuserhebung und Bewertung unterschiedlicher Dimensionen des Gesundheitszustands inkl. Gesundheitsrisiken und -ressourcen;

[3] PSY-Kompetenz: lt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung abgedeckt durch FÄ für PSY, KJP, ÄrztInnen mit PSY-III-Diplom (soweit nicht in Grundausbildung enthalten), PsychotherapeutInnen sowie Gesundheits- und Klinische PsychologInnen

[4] „Geriatrische PatientInnen“ werden nach der Definition der zentraleuropäischen Arbeitsgemeinschaft Geriatrisch-Gerontologischer Gesellschaften (1990) bestimmt. Darin ist dieser „ein biologisch älterer Patient, der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen im Rahmen von chronischen und akuten Erkrankungen zusätzlich gefährdet ist, zur Multimorbidität neigt und bei dem ein besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somato-psychischer und psychosozialer Hinsicht besteht“. Hinzu kommen im klinischen Alltag die häufig atypische Symptomenpräsentation, verlängerte Krankheitsverläufe und Rehabilitationszeiten, eine vielfach veränderte Reaktion auf Medikamente in Kombination mit Gebrechlichkeit (Frailty), Fehl-/Mangelernährung, Inkontinenz, Stürzen, kognitiven Einschränkungen sowie interventionsbedürftigen psycho-sozialen Symptomen (Quelle: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie, Juni 2014).

[5] FRAX: WHO Fracture Risk Assessment Tool, computer-basierter Algorithmus zur Berechnung des Risikos, in den folgenden zehn Jahren eine Osteoporose-bedingte Fraktur zu erleiden.

[6] Mutter-Kind-Pass dient der gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder (bis zum 5.LJ). Nähere Informationen: https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.082201.html

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Otoskop
- Reflexhammer inkl. Monofilament
- EKG
- Ausstattung für kleine Eingriffe
- Notfallausstattung
- Messeinrichtung für Körpergröße und Gewicht
- RR-Messgerät
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe
- Labor-Ausstattung: Messgeräte für Sofortlabor
- Fieberthermometer
- Stimmgabel
- Instrumentarium für Cerumenentfernung
- Pulsoxymeter

3.1.3.2 Organisatorische Aufgaben in der (teambasierten) Primärversorgung

Organisatorische Aufgaben leistet das Primärversorgungs-Kernteam in Kooperation mit weiteren PV-Teammitgliedern.

Organisatorische Aufgaben	Konkretisierung
Lotsenfunktion für PatientInnen/KlientInnen	Planung, Koordination und Monitoring des erforderlichen Versorgungsprozesses - indikationsbezogene Fallführung
	Organisiertes Weiterleiten an weitere/geeignete Versorgungseinrichtungen (inkl. Zuweisung)
	Mitwirkung am Aufnahme- und Entlassungsmanagement (Nahtstellenmanagement)
	Kooperation & Koordination der Gesundheits- und Sozialberufe inkl. Abstimmung der zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit
	Vernetzung mit anderen Versorgungspartnern
	Informationsaustausch durch standardisierte Dokumentation und Kommunikation inkl. Team- und Fallbesprechungen
	Information über Selbsthilfegruppen und Opferschutzgruppen einschließlich Vermittlung
	Telefonberatung entsprechend den rechtlichen Rahmenbedingungen
Zielgruppenspezifische und populationsbezogene Aufgaben	Management chronisch Kranker
	Aktives Zugehen auf und Unterstützung im Zugang zur Versorgung für vulnerable Gruppen wie z.B. Personen mit Migrationshintergrund, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Risikogruppen
Administrative Aufgaben zur Unterstützung der Lotsenfunktion	Verwaltung, Organisation & Wartezeitenmanagement, Führen von Erinnerungssystemen
	Entsprechend der Dringlichkeit und dem Bedarf Terminorganisation bei Weiterleitung an andere Versorgungspartner/-einrichtungen
	Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen für den jeweils erforderlichen Versorgungspartner unter Berücksichtigung des Datenschutzes
	Elektronische, multiprofessionell zu nutzende Patientendokumentation (kompatible IT-Systeme, ELGA) unter Berücksichtigung des Datenschutzes (z.B. Zugangsberechtigungen)
Qualitätsmanagement als Grundlage für Versorgung „state of the art“ mit Fokus auf Teamarbeit	Klären der Rollen- und Aufgabenteilung im Team
	Regelung der Kommunikation im Team
	Führen eines teambezogenen Qualitäts- und Fehlermanagementsystems einschließlich Bereitschaft zur begleitenden Evaluierung
	Möglichkeit zum PatientInnen-Feedback einschließlich Beschwerdemanagement
	Teilnahme an/ Organisation von Qualitätszirkeln
	Regelmäßige Fortbildung
	Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien
	Erfüllen der Kriterien zur Aus- und Weiterbildungstätigkeit (Lehrpraxis und Praktika)
	Organisation der Einhaltung rechtlicher Auflagen (z.B. Hygienerichtlinien/-verordnung, Medizinproduktegesetz)
	Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen zur Wissensgenerierung als Grundlage zur evidenzbasierten Analyse und Steuerung des Gesundheitssystems

3.1.4 Ambulante Fachversorgung (Aufgabenprofile und Ausstattung)

3.1.4.1 Augenheilkunde und Optometrie (AU)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Augenheilkunde, OrthoptistInnen

	Aufgabenbereich	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachkontrolle** von PatientInnen mit sämtlichen Erkrankungen des Sehorgans, seiner Anhanggebilde und des visuellen Systems	Abschließend behandelbare fachspezifische Reizzustände und **Infektionen**
		Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleitung
		Kleine **chirurgischen Eingriffe** gemäß LM-amb (b) inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren
		Anpassung und Auswahl von **Heil- und Sehbehelfen** bzw. Hilfsmitteln inkl. entsprechender manueller Tätigkeiten; Kontaktologie (Kontaktlinsenanpassung)
		Basisversorgung von Kindern
		Abschließende Therapie von einfachen **Verletzungen** (inkl. Kontrollen, Verbandswechsel)
		Erstversorgung von **Notfällen** und ggf. Weiterleiten
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen**
	Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit **chronischen und komplexen Erkrankungen**	Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei chronisch Kranken bzw. multimorbiden PatientInnen
		Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei PatientInnen mit Behinderungen (inkl. Blinde und Sehschwache)
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf **systemische Erkrankungen** (z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie) mit Augenmanifestation
	Früherkennung/Prävention/ Beratung	Früherkennung von Sehschwächen und pathologischen Augenveränderungen
		Beratung bzgl. Sehbehelfen, Medikation, visuellen Verhaltens
		Augenuntersuchung gemäß Mutter-Kind-Pass
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Spezielle Kinderophthalmologie inkl. neurovisueller Teilleistungsstörungen
		Spezielle Kontaktologie (Kontaktlinsenanpassung)
		Neuroophthalmologie
		Lasertherapie
		Operative Eingriffe gemäß LM-amb (s)
		Strabologie
		Diagnostik und Therapie der altersabhängigen Makuladegeneration (IVOM)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Augenspiegel (Ophthalmoskop)
- Sehprobeneinrichtung
- Messgläser und Messbrille oder Phoropter
- Spaltlampe (Biomikroskop)
- Biomikroskopielinsen
- Ausstattung für kleine Eingriffe
- RR-Messgerät
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe
- Stereotesteinrichtung
- Perimeter
- pseudoisochromatische Farbtafel
- Refraktometer
- Zubehör für orthoptische Diagnostik
- Scheitelbrechwertmesser
- Applanationstonometer
- Kontaktlinsenanpasssätze

3.1.4.2 Haut- und Geschlechtskrankheiten (DER[71])

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten; bei speziellen Fragestellungen DGKP insbesondere mit Wundmanagement-Ausbildung.

	Aufgabenbereich	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachkontrolle** von PatientInnen mit sämtlichen Erkrankungen der Haut, der hautnahen Schleimhäute, der Hautanhangsgebilde, der Venen, der peripheren Arterien, des Lymphsystems sowie sexuell übertragbaren Erkrankungen	Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleiten
		kleine **chirurgische Eingriffe** gemäß LM-amb (b)
		Phlebologische Diagnostik und Therapie
		Diagnostik und Therapie von **sexuell übertragbaren Erkrankungen** (STD)
		Diagnostik und Therapie **infektiöser Hauterkrankungen** (inkl. Reise- und Tropendermatologie)
		Diagnostik, Therapie von **Neubildungen** und ggf. Weiterleiten
		Diagnostik, Therapie bei (angeborenen) **Fehlbildungen** und ggf. Weiterleiten
		Erstversorgung von **Notfällen** und ggf. Weiterleiten
	Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit **chronischen und komplexen Erkrankungen**	fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleiten von **chronisch Kranken** bzw. bei **multimorbiden PatientInnen**; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleiten von **PatientInnen mit Behinderungen**; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		dermatologische **Onkologie**
		Allergologie
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei **Hautmanifestationen von systemischen Erkrankungen**
		Behandlung chronischer Wunden
		Behandlung und Betreuung bei besonders belastenden Zuständen wie Pruritus, Schmerzen, Beeinträchtigung der sexuellen Funktion; ggf. Weiterleiten
	Früherkennung/Prävention/ Beratung	Primäre Prävention und **Früherkennung von Hautkrebs** (z.B. Information bzgl. UV-Strahlung, Sonnenschutz, Anleitung zur Selbstuntersuchung)
		Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen
		Familiäre Beratung bei **Genodermatosen**
		Information, Beratung und Kommunikation von PatientInnen und ggf. Betreuungspersonen bzgl. Therapie, Verhalten sowie Vermeidungs- und Bewältigungsstrategien (z.B. Allergien, Berufsdermatosen, chronische Hauterkrankungen, phlebologische Erkrankungen)
Spezielle Aufgaben	spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Infektiologie (inkl. HIV-Infektion), Erregerdiagnostik
		Umwelt- und Berufsdermatologie
		Phlebologie und periphere Angiologie gemäß LM-amb (s)
		dermatologische Onkologie
		Dermatochirurgie gemäß LM-amb (s)
		Allergologie
		Immundermatologie
		Kinderdermatologie
		Photodermatologie inkl. Photo- und Lasertherapien gemäß LM-amb (s)
		Dermatohistopathologie

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Auflichtmikroskop
- Kaustik
- Kryochirurgiezubehör
- Ausstattung für kleine Eingriffe
- RR-Messgerät
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe
- Phlebologische Verbände
- Allergietestset/Hyposensibilisierung

[71] Die Abkürzung DER von „Dermatologie“ wurde trotz der Umbenennung des Sonderfachs beibehalten.

3.1.4.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH[72])

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hebammen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachkontrolle** bei sämtlichen Erkrankungen der Gebärmutter, der Adnexe, des äußeren und inneren Genitals, der Mamma, mit der Schwangerschaft assoziierten Problemen und anderen fachspezifischen Symptomen	Abschließend behandelbare fachspezifische **Infektionen**
		Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden,** Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleitung
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen**
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) **Fehlbildungen**
		Betreuung während der **Schwangerschaft** und im **Wochenbett**
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge von mit der **Schwangerschaft** assoziierten und **postpartalen Problemen** (Stillen, Beckenbodengymnastik, Erkennen von postpartaler Depression und Weiterleiten …)
		Endokrine Diagnostik und Therapie sowie Betreuung in der **Peri- und Postmenopause**
		Sofortlabor
		Kleine Eingriffe inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren gemäß LM-amb (b)
		Erstversorgung von Notfällen und Weiterleitung der Frauen an die geeignete Versorgungseinheit
	Versorgung und Nachsorge von Patientinnen mit chronischen und **komplexen Krankheiten**	Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle bei fachspezifischen Erkrankungen von **chronisch kranken** und **multimorbiden** Frauen; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle bei fachspezifischen Erkrankungen von **Frauen mit Behinderungen**; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von **Jugendlichen** in Zusammenarbeit mit PV und ggf. FA für KIJU
	Früherkennung/Prävention/Beratung	Screening-Untersuchung zur Früherkennung des Cervixkarzinoms mittels Abstrich
		Beratung und ggf. HPV-Impfung
		Untersuchungen und Beratungen i.R. des Mutter-Kind-Passes
		Beratung zur Brustkrebsfrüherkennung
		Osteoporose Abklärung und Prophylaxe
		Beratung bzgl. Antikonzeption und Durchführung von antikonzeptionellen Maßnahmen
Spezielle Aufgaben	spezielle Diagnostik, ggf. Therapie ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Störungen der Sexualität
		Sterilität/Infertilität
		Pränataldiagnostik
		Urogynäkologie
		Onkologische Gynäkologie inkl. fachspezifische Beratung bez. genetischer Risiken für gynäkologische Tumore (inkl. Mamma; z.B. BRCA – breast cancer gen)
		Kinder- und Jugendgynäkologie
		In-vitro-Fertilisation (Leistungen gemäß LM-amb (s))
		Chirurgische Eingriffe gem. LM-amb (s)
		Psychosomatik

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Untersuchungsstuhl mit Beleuchtung
- Kolposkop
- Ausstattung für kleine Eingriffe
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe
- RR-Messgerät
- Spekulum
- Ultraschallgerät für diagnostische Sonographie inkl. Vaginalsonde
- Messeinrichtung für Körpergewicht
- Mikroskop
- Labor-Ausstattung: Messgeräte für Sofortlabor

[72] Die Abkürzung GGH von „**G**ynäkologie und **G**eburts**h**ilfe“ wurde trotz der Umbenennung des Sonderfachs beibehalten.

3.1.4.4 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, LogopädInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachkontrolle** bei sämtlichen Erkrankungen des Ohres, der Nase/Nasennebenhöhlen / Nasopharynx, Mundhöhle/Rachen, Speicheldrüsen/Halsweichteile, Larynx/Trachea, allergischer Erkrankungen sowie Schwindel und bei anderen fachspezifischen Symptome	Abschließend behandelbare fachspezifische **Infektionen**
		Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden,** Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleitung an andere Fachbereiche
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen**
		Abschließende Therapie von einfachen **Verletzungen** (inkl. Kontrollen, Verbandswechsel)
		Basisdiagnostik und Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) **Fehlbildungen**
		Sofortlabor
		Diagnostik von Hörstörungen (z.B. Audiometrie) inkl. Verordnung von **Hörgeräten**
		Kleine Eingriffe inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren gemäß LM-amb (b)
		Erstversorgung von Notfällen und Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
	Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit chronischen und **komplexen Krankheiten**	Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen **von chronisch Kranken** und **Multimorbiden;** besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen **von Menschen mit Behinderungen;** besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge von fachspezifischen Erkrankungen bei **Kindern und Jugendlichen** in Zusammenarbeit mit PV und FA für KIJU
	Früherkennung/Prävention/Beratung	Untersuchung und Beratung von RaucherInnen
		Hörscreening von Neugeborenen i.R. des Mutter-Kind-Passes
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Fachspezifische Schlafmedizin
		Evozierte Potenziale (AEP, VEMP[1])
		Sprach-, Stimm-, Schluck- und Sprech- Erkrankungen (Phoniatrie)
		Allergologie
		Chirurgische Eingriffe gem. LM-amb (s)
		Fachspezifische Sonographie

[1] AEP: akustisch evozierte Potentiale; VEMP: vestibulär evozierte myogene Potentiale

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Instrumentarium zur Cerumenentfernung
- HNO-Untersuchungsstuhl
- Stimmgabel
- Frenzelbrille
- Behandlungseinheit oder Einzelgeräte wie Sauger, Spülgerät und Möglichkeit der Prüfung des Gleichgewichtssystems
- Ohr-Mikroskop
- Standard-Audiometer, Sprachaudiometer
- Tympanometer mit Stapediusreflexmessung
- Endoskopie für Ohr, Nase, Nasennebenhöhlen, Pharynx und Larynx
- Ausstattung für kleine Eingriffe
- RR-Messgerät
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe

3.1.4.5 Innere Medizin (IM)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Innere Medizin, DiätologInnen, PhysiotherapeutInnen

	Aufgabenbereich	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachkontrolle** bei (akuten) Erkrankungen aus allen Bereichen der Inneren Medizin	Abschließende Behandlung unkomplizierter **Infektionen**
		Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden,** Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleitung der PatientInnen
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) **Fehlbildungen**
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen**
		Sofortlabor
		Erstversorgung von Notfällen, ggf. Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
	Fachversorgung und Nachkontrolle von PatientInnen mit chronischen und **komplexen Krankheiten**	Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle bei Akuterkrankungen von **chronisch Kranken** bzw. **multimorbiden** PatientInnen ggf. Weiterleitung; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle bei Akuterkrankungen von **PatientInnen mit Behinderungen** ggf. Weiterleitung; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
	Langzeitversorgung chronisch Kranker und alter PatientInnen	Betreuung und Behandlung von **chronisch Kranken** und **geriatrischen PatientInnen;** besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements sowie der psychosozialen Situation
		Teilnahme an **integrierten Versorgungsprogrammen**
		Strukturierte Übernahme chronisch kranker Patientinnen/Patienten ab dem 19. LJ, bei Wunsch auch ab dem 15.LJ, aus dem Fachbereich der Kinder- und Jugendheilkunde **(Transition)**
		Bereitstellen von Unterstützung, Information, Anleitung und **Beratung für Familien/Angehörige / betreuende Personen** von PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung
	Früherkennung/Prävention /Beratung	Impfberatung und Durchführung von **Impfungen**
		Untersuchung i.R. des **Mutter-Kind-Passes** (2. MKP-Untersuchung)
		Identifikation und Beratung von **Risikogruppen** bzgl. Lebensstil (z.B. Ernährungs-, Bewegungsberatung; Aufklärung bzgl. Alkohol-, Drogenmissbrauch)
		Vorsorgeuntersuchung gemäß nationalem Vorsorgeuntersuchungs-Programm, inkl. Darmkrebsvorsorge
		Präventive Maßnahmen **betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken** (z.B. Sturz- und Dekubitusprophylaxe)
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Endoskopie des Gastrointestinaltraktes
		Substitutionstherapie
		Onkologie
		Kardiologie
		Pulmologie
		Stoffwechselerkrankungen und Endokrinologie
		Rheumatologie
		Psychosomatik
		Nephrologie
		fachspezifische Organ-Sonographie
		Angiologie

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Messeinrichtung für Körpergröße und Gewicht
- 12 Kanal-EKG
- RR-Messgerät
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe
- Sonographie mit entsprechenden Schallköpfen (Übergangsfrist)
- 24-h Blutdruckmessgerät
- Labor-Ausstattung: Messgeräte für Sofortlabor
- Pulsoxymeter

3.1.4.6 Lungenheilkunde/Innere Medizin – Pneumologie, (PUL[73])

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Lungenkrankheiten/FachärztInnen für Innere Medizin und Pneumologie, PhysiotherapeutInnen.

	Aufgabenbereich	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachkontrolle** bei sämtlichen Erkrankungen mit Auswirkungen auf Lunge und Atmung	Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleiten
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen**
		Interpretation und/oder fachspezifische Befundung von radiologischen Aufnahmen der Thoraxregion
		Sofortlabor
		Erstversorgung von Notfällen und ggf. Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
	Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit **chronischen und komplexen Erkrankungen**	Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleiten von **multimorbiden PatientInnen**; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleiten **PatientInnen mit Behinderungen**; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Versorgung und Nachsorge bei **chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen** (z.B. Asthma, COPD[1], interstitielle Lungenerkrankungen, pulmonale Hypertonie, …)
		Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle bei **systemischen Erkrankungen** mit Manifestationen im Bereich der Lunge, inkl. opportunistischen Infektionen
		Infektiologie (inkl.Tuberkulose)
		Allergische Erkrankungen, Vorgehen auch in Kooperation mit anderen Fachbereichen
		Behandlung bei **respiratorischer Insuffizienz** (inkl. Langzeitsauerstofftherapie)
		Behandlung und Betreuung bei besonders belastenden Zuständen wie chronischem Husten, Atemnot; ggf. Weiterleitung
	Früherkennung/Prävention/ Beratung	Raucherberatung inkl. Tabakentwöhnung
		Impfberatung, Durchführung von Impfungen
		Prävention und Früherkennung von umwelt- und arbeitsbedingten Erkrankungen (inkl. Meldung und ggf. fachspezifisches Weiterleiten)
		Familiäre Beratung unter Einbeziehung genetischer Aspekte
		Information, Beratung und Kommunikation mit PatientInnen und betreuenden Personen bzgl. Therapie, Verhalten sowie Vermeidungs- und Bewältigungsstrategien
		Unterstützung in der Anwendung spezieller Hilfsmittel (z.B. CPAP-Therapie[2], inhalative Therapie, Sekretförderung …)
		Strukturierte Schulung für Asthma, COPD[1]
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Fachspezifische Onkologie
		(Angeborene) Fehlbildungen
		PatientInnen nach Langzeitbeatmung
		Fachspezifische Schlafmedizin
		Fachspezifische Sonographie
		Thoraxröntgen (gemäß ÄAO)
		(Spiro-)Ergometrie
		Tuberkulosediagnostik
		PatientInnen vor/nach Lungentransplantationen

[1] COPD: chronic obstructive pulmonary disease; chronisch obstruktive Lungenerkrankung

[2] CPAP: Continuous Positive Airway Pressure; Beatmungsform, die die Spontanatmung des Patienten mit einem dauerhaften Überdruck (positiver endexspiratorischer Druck - PEEP) kombiniert

[73] Die Abkürzung PUL von „Pulmologie“ wurde beibehalten.

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- 12 Kanal-EKG
- Labor-Ausstattung: Messgeräte für Sofortlabor inkl. Blutgasanalysegerät
- RR-Messgerät
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe
- Ganzkörperplethysmographie-Gerät plus DLCO (Kohlenmonoxid-Diffusionskapazität)
- Messeinrichtung für Körpergröße und Gewicht
- Röntgenschaukasten bzw. entsprechende EDV-Ausrüstung
- Ambulantes Polygrafiegerät
- Allergietestset
- Spirometrie

3.1.4.7 Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FA für Kinder- und Jugendheilkunde sowie DGKP mit Berechtigung zur Kinder- und Jugendlichenpflege, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, Hebammen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen mit jeweils besonderen Kenntnissen und Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen; Zusammenarbeit mit SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, FA für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/ZahnärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen, FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, FA für Kinder- und Jugendchirurgie

	Aufgabenbereich	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Grundversorgung und Nachkontrolle** bei sämtlichen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters	Abschließende Behandlung unkomplizierter **Infektionen**
		Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden,** Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleiten der PatientInnen
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) **Fehlbildungen**
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen**
		Sofortlabor
		Erstversorgung von Notfällen, ggf. Weiterleiten an die geeignete Versorgungseinheit (Verbrennungen, verschluckte Fremdkörper, …)
		Unterstützung durch Bereitstellen von Information, Anleitung und **Beratung für PatientInnen/Familien/Angehörige / betreuende Personen** von Kindern und Jugendlichen (insbesondere bei Vorliegen einer seltenen und/oder chronischen Erkrankung)
	Ambulante Fachversorgung und Nachsorge von Kindern und Jugendlichen mit **chronischen und komplexen Krankheiten**	Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle **von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen** und/oder **besonderen Bedürfnissen** unter Berücksichtigung der psycho-sozialen Situation
		Diagnostik, Therapie von **behandlungsbedürftigen** Wahrnehmungs- und **Entwicklungsstörungen** (z.B.: Sprache und Kommunikation, Sehen, Motorik, Kognition), ggf. Weiterleiten
		Vermittlung frühzeitiger Förderung (u. a. Früher Hilfen)
		Nachsorge für Frühgeborene
		Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von **chronisch kranken Kindern und Jugendlichen** ggf. Weiterleiten; besondere Berücksichtigung des **Medikamentenmanagements** sowie ernährungstherapeutischer Maßnahmen
		Erkennen und Behandeln bzw. Weiterleitung bei **psychischen/psychiatrischen Erkrankungen** unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation
		Transition chronisch kranker Jugendlicher, Adoleszentenmedizin
	Früherkennung/Prävention/ Beratung	Impfberatung und Durchführung von **Impfungen**
		Anpassung und Anfertigung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln inkl. Anleitung
		Früherkennung von Störungen des **Bewegungsapparates** (Fehlhaltungen, Dysbalancen, …), ggf. Weiterleitung an Fachbereich der Orthopädie
		Identifizierung von und Beratung bei **Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken,** ggf. Zuführung zu speziellen bestehenden Programmen
		Screening-Untersuchungen und Beratungen u. a. i.R. des **Mutter-Kind-Passes**
		Neugeborenen- und Säuglingsfürsorge und -pflege
		Still- und Laktationsberatung, Beratung zu Säuglingsernährung und Beikost
		Erkennen und ggf. Weiterleiten bei v. a. **Vernachlässigung, Missbrauch, Misshandlung, Mobbing,** psychosoziale Risiko- und Belastungsfaktoren
		Sexualberatung für Kinder und Jugendliche
	Stärken der Gesundheitskompetenz	Kontinuierliche Unterstützung in der Weiterentwicklung von Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen unter Einbeziehung der betreuenden Personen
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Kinderkardiologie, inkl. Schrittmacherkontrollen
		Neuropädiatrie inkl. neurophysiologische Diagnostik (EEG, ENG, EMG, Evozierte Potentiale)
		Pädiatrische Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechselstörungen
		Pädiatrische Gastroenterologie
		Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
		Pädiatrische Pulmologie und Allergologie
		Fachspezifische Schlafmedizin
		Kindernephrologie
		Lumbalpunktion
		Sonographie der kindlichen Hüfte
		Psychosomatik
		Behandlung früher Regulationsstörungen (z.B. Schreiambulanz)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung altersentsprechend
- Messeinrichtungen für Körpergröße und Gewicht altersentsprechend
- Wickeltisch
- Otoskop
- Instrumentarium zur Cerumenentfernung
- RR-Messgerät altersentsprechend
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe altersentsprechend
- Labor-Ausstattung: Messgeräte für Sofortlabor
- 12-Kanal-EKG

3.1.4.8 Neurologie (NEU)[74]

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Neurologie sowie ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, OrthoptistInnen, PhysiotherapeutInnen, HeilmasseurInnen, Diätologinnen, Klinische PsychologInnen, MusiktherapeutInnen, PsychotherapeutInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachkontrolle** bei sämtlichen Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems, der Muskulatur sowie fachspezifischen Symptome	Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden,** Diagnostik, Therapie, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleitung
		Diagnostik und Therapie und ggf. Weiterleitung bei **Schmerzen** im Rahmen neurologischer Erkrankungen
		Neuropsychologische Diagnostik und Behandlung, ggf. Weiterleitung
		Basisdiagnostik und Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen**
		Basisdiagnostik und Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) **Fehlbildungen**
		Erstversorgung von Notfällen und Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
	Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit chronischen und **komplexen Krankheiten**	Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleitung von **chronisch Kranken** bzw. bei **multimorbiden** PatientInnen**;** besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleitung von **PatientInnen mit Behinderungen;** besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleitung von **Jugendlichen** mit fachspezifischen Erkrankungen in Zusammenarbeit mit PV und ggf. FA für KIJU (insb. Transition)
		Versorgung und Nachsorge nach **Schlaganfall** und **chronischen neurologischen Erkrankungen, inkl. dementielle Erkrankungen** und ggf. Weiterleitung
	Früherkennung/Prävention/ Beratung	Früherkennung dementieller Erkrankungen
		Identifikation von RisikopatientInnen, z.B. Schlaganfall, inkl. Maßnahmen zur Prävention
		Familiäre Beratung unter Einbeziehung genetischer Aspekte
		Information, Beratung und Kommunikation mit PatientInnen und ggf. Angehörigen bzgl. Therapie, Verhalten und Vermeidungs- und Bewältigungsstrategien
	Rehabilitative Therapie	Nachbehandlung nach Akutereignissen, z.B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma
		Begleitende Behandlung von chronischen, chronisch fortschreitenden bzw. remittierenden Erkrankungen
	Palliativversorgung	Phasenspezifische Versorgung bei fortschreitenden neurologischen Erkrankungen in Zusammenarbeit mit der PV
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Psychosomatik
		Neurophysiologische Diagnostik (EEG, ENG, EMG, Evozierte Potentiale)
		Fachspezifische Schlafmedizin
		Fachspezifische Beratung und Abklärung genetischer Risiken für neurologische Erkrankungen
		Komplexe Multiple Sklerose-Fällen und neuro-degenerative Erkrankungen
		Komplexe Anfallserkrankungen
		Komplexe Bewegungsstörungen
		Komplexe neuromuskuläre Erkrankungen
		Neuroonkologie inkl. Auswirkungen von Tumorleiden bzw. Tumortherapien auf das Nervensystem
		Neurosonografie
		Neurootologie
		Neuroophthalmologie
		Manuelle Therapie
		Lumbalpunktion

[74] Für FÄ für Neurologie und Psychiatrie sowie für FÄ für Psychiatrie und Neurologie gelten die Aufgabenprofile sowohl für Neurologie als auch Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, wobei das Aufgabenprofil für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt wird.

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Reflexhammer inkl. Monofilament
- Vorrichtung zur Prüfung von Schmerz und Oberflächensensibilität
- RR-Messgerät
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe
- Frenzelbrille
- Stimmgabel

3.1.4.9 Urologie (URO)

Fachbereichsrelevanter Gesundheitsberuf: FachärztInnen für Urologie

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachkontrolle** bei sämtlichen Erkrankungen des Urogenitalsystems, des Retroperitoneums sowie der Nebennieren	Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden,** Diagnostik, Therapie, ggf. Weiterleitung der PatientInnen
		Fachspezifische **Infektiologie**, inkl. Diagnostik und Therapie von STD[1]
		Kleine **chirurgische Eingriffe** inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren gemäß LM-amb (b)
		Diagnostik, Therapie und Betreuung bei **Inkontinenz**
		Andrologie und **sexuelle Funktionsstörungen**
		Diagnostik, Therapie und ggf. Weiterleiten bei **Neubildungen**
		Diagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) **Fehlbildungen**
		Sofortlabor
		Erstversorgung von Notfällen und ggf. Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
	Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit chronischen und **komplexen Krankheiten**	Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleitung von **chronisch Kranken** bzw. bei **multimorbiden** PatientInnen sowie **PatientInnen mit Behinderungen**
		Betreuung von Patienten vor/nach **Nierentransplantation**
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei urologischen Manifestationen von **systemischen Erkrankungen**
		Behandlung und Betreuung bei **besonders belastenden Zuständen** wie Schmerzen, Beeinträchtigung der sexuellen Funktion; ggf. Weiterleitung
	Früherkennung/Prävention/ Beratung	Früherkennung von urologischen Tumoren
		Prävention **sexuell übertragbarer** Erkrankungen
		Information der, Beratung von und Kommunikation mit PatientInnen und ggf. Angehörigen bzgl. Therapie, Verhalten sowie Vermeidungs- und Bewältigungsstrategien
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Sexualmedizin
		Urogeriatrie
		Kinderurologie
		Urologische Onkologie
		Spezielle Andrologie inkl. Beratung unter Einbeziehung genetischer Aspekte
		Urodynamik
		Anlage/Wechsel von komplexen Harnableitungssystemen
		Chirurgische Eingriffe gem. LM-amb (s)
		Therapie von Steinerkrankungen mittels extrakorporaler Lithotrypsie (ESWL)

[1] STD: sexually transmitted disease, sexuell übertragbare Erkrankungen

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Ausstattung für kleine Eingriffe
- Harnanalysegerät
- Uroflowmeter
- Sonografiegerät mit entsprechenden Schallköpfen
- RR-Messgerät
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe
- Untersuchungstisch (Steinschnittlagerung)
- Endoskop für Urethroskopie, Zystoskopie, Fremdkörperentfernung
- Mikroskop
- Zentrifuge

3.2 Akutstationäre inklusive tagesklinische Versorgung sowie angrenzende Versorgungsbereiche

In diesem Kapitel werden nur Fach- und Versorgungsbereiche beschrieben, deren Regelungsbedarf über die allgemeinen Qualitätskriterien hinausgeht. Regelungen betreffen primär die stationäre Versorgung (Anstaltsbedürftigkeit gemäß KAKuG im Krankheitsfall), inkludieren jedoch punktuell auch andere für einen integrierten Versorgungsprozess relevante Versorgungsbereiche im ambulanten- sowie auch im angrenzenden Sozialbereich.

Die jeweils einleitende Kurzbeschreibung zu den Fach- und Versorgungsbereichen gibt einen Überblick über deren wesentliche Aufgaben in der Patientenversorgung und ist damit Anknüpfungspunkt für die Zuordnung von spezifischen Qualitätskriterien. Der Umfang der zulässigen Berufsausübung der dort tätigen Gesundheitsberufe ist in den jeweiligen Berufsgesetzen[75] geregelt und wird durch die Kurzbeschreibung nicht eingeschränkt.

Die Träger von Krankenanstalten haben Voraussetzungen für interne Maßnahmen der QS zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.[76] Die Qualitätskriterien des ÖSG stellen eine Grundlage für die Maßnahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dar.

Die Qualitätskriterien gelten für alle KA-Typen[77]. Im Fall von Sanatorien sind die Qualitätskriterien gemäß den jeweiligen Transformationsregeln anzuwenden.

3.2.1 Allgemeine Qualitätskriterien für alle Fachbereiche

Die folgenden Qualitätskriterien hinsichtlich Personal und Ausstattung gelten für alle Fachbereiche in der gesamten akutstationären inkl. tagesklinischen Versorgung:

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

Allgemeine Qualitätskriterien für alle Fachbereiche
Personal
– Die quantitative Ausstattung mit Personal der verschiedenen Gesundheitsberufe muss die jeweiligen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Anforderungen der Patientenversorgung erfüllen.
– Interdisziplinäre/multiprofessionelle Zusammenarbeit: Verpflichtung zur strukturierten Kommunikation (inkl. Dokumentation wesentlicher Inhalte) und Teamarbeit v. a. von Angehörigen jener Gesundheitsberufe und anderer Berufsgruppen (z.B. SozialarbeiterInnen), die beim fachbereichsspezifischen Diagnosen- und Behandlungsspektrum häufig einzubinden sind bzw. den Behandlungserfolg nachhaltig stabilisieren (dies gilt unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu Versorgungsstrukturen, in denen diese tätig sind).
– Darüber hinaus ist im Einzelfall erforderliches qualifiziertes Personal anderer Berufsgruppen bedarfsspezifisch in den Behandlungsprozess einzubeziehen sowie der Zugang zu diesen, ggf. auch zu erforderlichen anderen Versorgungseinrichtungen zu ermöglichen bzw. organisatorisch zu unterstützen.
– Der Ärztliche Dienst ist entsprechend den Regelungen des KAKuG unter Berücksichtigung der Anforderungen der Organisationsformen sowie der zugeordneten Versorgungsstufe im jeweiligen Fachbereich einzurichten. Ärztliche Anwesenheiten, die in den → *Kap. 3.2.3 und 3.2.4* für die Fach- und Versorgungsbereiche „in KA“ definiert sind, umfassen immer den/die gemäß KAKuG anwesende(n) Arzt/ÄrztIn des jeweiligen Sonderfachs und sind nicht zusätzlich vorzuhalten.
– Die Voraussetzungen für die Ausbildung von TurnusärztInnen (TÄ) sind in der jeweils gültigen Ärzteausbildungsordnung festgelegt.
– Die Verfügbarkeit von ausreichend DGKP bzw. von PflegefachassistenInnen (PFA) wird grundsätzlich in allen Bereichen vorausgesetzt. [78]

[75] ÄrzteG inkl. ÄAO, GuKG, MTD-Gesetz, etc.
[76] gemäß § 5b Abs. 2 KAKuG
[77] gemäß § 2 KAKuG

Allgemeine Qualitätskriterien für alle Fachbereiche
Ausstattung
– Der Einsatz von und die quantitative wie qualitative Ausstattung mit technischer sowie räumlicher Infrastruktur müssen die jeweiligen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Anforderungen der Patientenversorgung in jedem Fach-/Versorgungsbereich erfüllen und den Genesungsprozess (inkl. Mobilität) der PatientInnen (z.B. durch Barrierefreiheit, Niederflurbetten) sowie die Arbeit von ÄrztInnen, Pflegepersonen und TherapeutInnen (durch entsprechende Raumausstattung) unterstützen.
– Der Zugang zu radiologischer und labormedizinischer Standarddiagnostik in der Akut-KA muss jedenfalls im Tagdienst gewährleistet sein. Darüber hinaus sind für die Abklärung von Akut- und Notfällen ein entsprechendes Notfalllabor rund um die Uhr (7/24) sowie Rufbereitschaft für RT vorzuhalten.

Darüber hinaus gehende oder konkretisierende spezifische Qualitätskriterien für abgestufte, modulare, hochspezialisierte sowie spezielle Versorgungsbereiche sind in den → *Kap. 3.2.3 und 3.2.4* dargestellt.

Zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung in KA zählt auch eine ausreichende Personalausstattung mit allen für das Leistungsangebot am KA-Standort erforderlichen Berufsgruppen. Der Ressourceneinsatz an Personal und Infrastruktur ist entsprechend den betrieblichen Erfordernissen sowie den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall jedenfalls gesetzeskonform sicherzustellen. Die in → *Kap. 3.2* angeführten Qualitätskriterien des ÖSG beziehen sich auf die erforderlichen Mindestanforderungen je Fach- oder Versorgungsbereich.

Eine Übersicht zu bekannten und erprobten Berechnungsmethoden für die Personalplanung gibt das Handbuch für die Personalplanung[79].

TRANSFORMATIONSREGELN für Sanatorien

zur Erfüllung der Qualitätskriterien (Generaltransformationsregel)

- *Die qualitätsbezogenen ÖSG-Inhalte gelten unabhängig von organisatorischen Strukturen, Trägerschaft und sektoraler Zugehörigkeit grundsätzlich für alle Leistungserbringer in Österreich gleichermaßen. Nur dort, wo ÖSG-Inhalte nicht unmittelbar anwendbar sind, sind diese Inhalte entsprechend den Transformationsregeln anzuwenden. Die Qualitätskriterien des ÖSG sind somit auch für alle in Sanatorien (SAN)[80] behandelten Fälle behandlungsprozessbezogen – unabhängig von der Zahlungszuständigkeit – verbindlich.*
- *Alle in Kapitel 3 enthaltenen allgemeinen und spezifischen Qualitätskriterien, insbesondere hinsichtlich Personalausstattung und Infrastruktur, sind **im Anlassfall einer Behandlung einzuhalten:** Ist ein/e PatientIn in einem SAN in stationärer Behandlung, für die Qualitätskriterien definiert sind, ist deren Einhaltung im SAN sicherzustellen. Bei entsprechend großen Fallzahlen sind die Vorgaben für die Behandlung von mehreren PatientInnen gleichzeitig und über längere Zeiträume sicherzustellen.*
- *Die **behandlungsprozessbezogene Einsatzbereitschaftszeit** von entsprechend qualifiziertem Personal beträgt im Anlassfall max. 30 Minuten. Zur Einhaltung ist mit geeigneten organisatorischen Maßnahmen (z.B. Bereitschaftspläne) Vorsorge zu treffen. Zur Überbrückung dieser Frist ist für stationäre PatientInnen die Anwesenheit von notfallmedizinisch qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Personal sicherzustellen.*
- *In einigen Fachrichtungen, insbesondere in der Intensivversorgung, Geburtshilfe sowie Versorgung von Kindern und Jugendlichen, gelten zusätzlich spezielle Transformationsregeln für SAN. Soweit sich die speziellen „Transformationsregeln für SAN" nur auf Teile der Bestimmungen zum jeweiligen Fach- oder Versorgungsbereich bzw. auf spezielle Versorgungsbereiche beziehen, sind die restlichen Vorgaben nach der Generaltransformationsregel zu gewährleisten. Dieser Grundsatz gilt ohne Ausnahme.*

[78] Der Einsatz von Angehörigen von Assistenzberufen (GuKG, MABG) erfolgt im Rahmen der jeweils berufsrechtlichen Möglichkeiten entsprechend der organisatorischen Gestaltung der Versorgungsprozesse und dem Pflegebedarf der PatientInnen in den KA.

[79] Handbuch für die Personalplanung siehe https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/handbuch_personalplanung_2010.pdf

[80] gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG

3.2.2 Leistungsmatrix – stationär (LM-stat)

Die Leistungsmatrix für den stationären Bereich (LM-stat) bildet die Grundlage für die standortspezifische Festlegung des Leistungsspektrums von Akut-KA entsprechend der eingerichteten Fachstruktur. Sie dient als Instrument zur Qualitätssicherung von Leistungen im stationären Bereich.

Gleichzeitig stellt die LM-stat ein Planungsinstrument zur Leistungssteuerung von Fonds-KA dar, das gestützt auf Qualitätskriterien (QK) die Voraussetzungen für das Leistungsspektrum von KA-Standorten definiert. Das tatsächlich abrechenbare Leistungsspektrum einer landesfondsfinanzierten KA im stationären inkl. tagesklinischen Bereich wird auf Basis der LM-stat grundsätzlich durch den jeweiligen Landesgesundheitsfonds festgelegt. Dabei können auf Landesebene auch höhere Qualitätsfestlegungen getroffen werden.

Die in der LM-stat enthaltenen Qualitätskriterien gelten für die in der LM-stat geregelten Einzelleistungen bei elektiven Aufenthalten. Bei **Notfällen** sind grundsätzlich Abweichungen von den Bestimmungen der Leistungsmatrix möglich. Neben den standardisierten QK-Zuordnungen in der LM-stat sind ergänzend auch alle zu den ausgewählten Fach- und Versorgungsbereichen (Kapitel 3.2) angeführten QK-Vorgaben zu erfüllen. Sämtliche Festlegungen gelten für alle Akut-Krankenanstalten (in SAN ggf. in transformierter Form) gleichermaßen[81].

In der LM-stat nicht abgebildet sind:

- MEL bezogen auf Chemotherapien
- MEL im Bereich der Diagnostik, Intensivmedizin, Radiologie, Nuklearmedizin (soweit diese kein Referenzzentrum erfordern) sowie sonstige nicht LKF-abrechnungsrelevante MEL
- MEL in Sonderbereichen, definiert gemäß LKF-Modell (betreffend Bereiche mit tageweiser oder pauschaler Abrechnung)

Sämtliche in der LM-stat ausgewiesene Qualitätskriterien (mit Ausnahme der Orientierungswerte (Planungsrichtwerte) für Leistungsangebotsplanung (LAP-PRW), siehe unten) gelten als „essentielle Qualitätsstandards“ gemäß § 3 Abs. 3 Gesundheitsqualitätsgesetz.

Basisversorgungsleistungen

Als „Basisversorgungsleistung“ (BV) werden solche Leistungen verstanden, die keine besonderen Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur und an das Komplikationsmanagement am KA-Standort (insbesondere auch außerhalb der Tagesroutine bzw. Öffnungszeit der leistungserbringenden Organisationseinheit) stellen. Mit diesen Routineleistungen kann, im Zusammenwirken mit dem extramuralen Bereich, der Großteil des medizinischen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung abgedeckt werden.

Dies betrifft auch viele Leistungen, die derzeit in den Akut-KA noch **tagesklinisch** erbracht werden, aber ebenso **ambulant** erbringbar wären. Die Festlegung von, der Basisversorgung zugeordneten und im Rahmen von dislozierten Tageskliniken (dTK) erbringbaren MEL in der LM-stat ist kein Präjudiz dafür, dass diese Leistungen dem intramuralen Bereich vorbehalten sind bzw. bleiben.

Zur Definition der einzelnen Qualitätskriterien siehe Legende zur LM-stat im → *Anhang 8*.

Mindestversorgungstruktur

Die für das Erbringen der jeweiligen MEL erforderliche Mindestversorgungsstruktur muss in der leistungserbringenden Akut-KA am jeweiligen KA-Standort vorhanden sein:

[81] entsprechend § 3 Abs. 1 Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl. I Nr. 179/2004) sowie Artikel 8 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

- Erforderliche **Organisationsformen** der bettenführenden Einheit sind: ABT, ROF, dTK, RFZ, wobei ROF alle reduzierten Organisationsformen mit vollstationärem Leistungsspektrum inkludieren (dWK, FSP, SAT-DEP); als RFZ wird jeweils nur die höchste Versorgungsstufe innerhalb eines Fachbereichs angesprochen. Im Fall der Leistungszuordnung zu einer abgestuften Versorgung ist die erforderliche Versorgungsstufe in der Spalte VS eingetragen.
- Als Mindestvoraussetzung zur jeweiligen Leistungserbringung **an Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren** gilt die Typisierung von KA nach zugeordneter Versorgungsstufe (KTyp) bzw. als kinderorthopädisches Zentrum (KOZ) (siehe → *Kap. 3.2.3.3 Versorgung von Kindern und Jugendlichen)* in Kombination mit der ggf. erforderlichen pädiatrischen bzw. neonatologischen Intensivversorgung (INT-KJ)
- **Intensivmedizinische Versorgungseinrichtung** für Erwachsene (INT-E)
- Intraoperative **histopathologische Befundung (HP)** mittels Gefrierschnitt (Befundübermittlung an OperateurIn binnen einer Stunde ab Probenentnahme); gilt nur für MEL, die mit der Differenzialdiagnostik von Tumoren im Zusammenhang stehen (diese Anforderung kann auch durch Einsatz von Telepathologie erfüllt werden)

Mindestfallzahlen pro KA-Standort (MFS)

Mindestfallzahlen werden für Bündel komplexer oder risikoreicher medizinischer Leistungen festgelegt, wenn ausreichende wissenschaftliche Evidenz für die qualitative Verbesserung des medizinischen Outcome an KA mit höheren Fallzahlen vorhanden ist. In einschlägigen Studien wird weniger eine konkrete Fallzahl untersucht, sondern i.d.R. „high- and low-volume center" miteinander verglichen. „High- and low-volume center" sind in verschiedenen Ländern unterschiedlich definiert. Die pro Leistungsbündel im ÖSG festgelegte Fallzahl ist ein in Abstimmung mit ExpertInnen und Zielsteuerungspartnern konsensual festgelegter Wert als erster Schritt in der Planung bei Festlegung von Versorgungsstandorten auf derartige Studien zu reagieren und eine lediglich vereinzelte, unregelmäßige Leistungserbringung an einzelnen Krankenanstalten hintanzuhalten. Bei dieser konsensualen Festlegung wurden Studienergebnisse ebenso berücksichtigt wie die Auswirkungen der Bündelung auf die österreichische Versorgungslandschaft (Verlagerungen) und die regionale Ausgewogenheit der Angebote.

Die Einhaltung der MFS ist jährlich auf Basis des Mittelwerts der drei vorangegangenen Jahre zu beurteilen. Die für die Leistungserbringung geeigneten KA-Standorte sind im Rahmen der Leistungsangebotsplanung durch den zuständigen LGF bzw. PRIKRAF im Voraus festzulegen. Diese KA-Standorte sind zur Abrechnung der Leistungen berechtigt. MFS gelten ab dem Jahr des In-Kraft-Tretens der LMstat.

Die MFS werden in einem ständigen Prozess evaluiert und ggf. schrittweise angepasst.

KA-Standorten, an denen zum Zeitpunkt, ab dem eine MFS in Geltung ist, bereits die von der MFS umfassten Leistungen erbracht werden, die jedoch die MFS im 3-jährigen Durchrechnungszeitraum nicht erreichen, sowie KA-Standorten, an denen ein an MFS gebundenes Leistungsspektrum neu aufgenommen werden soll, kann ggf. vom Landesgesundheitsfonds dann eine zunächst befristete Genehmigung für die Leistungsabrechnung gewährt werden (max. 2 Jahre), wenn im Bundesland ein Bedarf an diesen Leistungen nachgewiesen wird und die Abdeckung des Bedarfs an bestehenden Leistungsstandorten (ggf. auch in einem benachbarten Bundesland) nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Von Krankenanstaltenstandorten, an denen ein an MFS gebundenes Leistungsspektrum neu aufgenommen werden soll, kann der Landesgesundheitsfonds in diesem 2-Jahreszeitraum halbjährlich Berichte bezüglich Fallzahlen, Intensivraten, Komplikationen, Mortalitätsraten und Verweildauer zu erbrachten Leistungen einfordern.

Orientierungswerte (Planungsrichtwerte) für Leistungsangebotsplanung (LAP-PRW)

Die Planung des Leistungsangebots in den Krankenanstalten erfolgt im Rahmen des Entscheidungsdreiecks der Sicherstellung von

- ausreichender Versorgung der Bevölkerung,
- hoher Behandlungsqualität und
- hoher Effizienz in der Leistungserbringung,

die es im Zusammenwirken zu optimieren gilt.

Die Entwicklung unterschiedlicher Leistungsangebote in den KA, die mit einem hohen Expertisegrad und/oder aufwendiger Infrastruktur verknüpft sind, soll durch eine entsprechende KA-bezogene Leistungsangebotsplanung (LAP) unterstützt werden, die zum Zweck des effizienten Einsatzes knapper Personalressourcen und/oder aufwendiger Infrastruktur eine Konzentration der Leistungserbringung vorsieht.

Für vorrangig komplexe medizinische Leistungen mit hohen Anforderungen an Expertise und/oder technische Infrastruktur werden homogene Leistungsbündel gebildet. Für das Erreichen ausreichender Nutzungsgrade der dafür einzusetzenden spezialisierten Ressourcen werden zugehörige jährliche Fallzahlen als empfohlene Orientierungswerte definiert. Diese Werte gelten als Orientierungswerte für die Zuordnung von KA-spezifischen Leistungsspektren in der spezialisierten Versorgung (zu methodischen Grundlagen siehe → *Anhang 8*).

Fachrichtungszuordnung[82]

Die in der LM-stat angeführten Einzelleistungen werden unter Bezugnahme auf die ÄAO den Fachrichtungen zugeordnet. Für Leistungen, die grundsätzlich als Einzel- oder als Teilleistung im Rahmen eines größeren Eingriffs keiner Fachrichtungsbeschränkung unterliegen, erfolgt keine Zuordnung. Voraussetzung zur Berechtigung der abrechenbaren Durchführung einzelner Leistungen der LM-stat an einem KA-Standort ist die Einrichtung einer im RSG bzw. L-KAP abgebildeten Organisationsform mit der ggf. erforderlichen Versorgungsstufe (gemäß Kapitel 2.3.2) für die dazu berechtigte(n) Fachrichtung(en).

Wartung der Leistungsmatrix

Die LM-stat ist jährlich zu warten[83] und den Änderungen des jeweiligen LKF-Modells entsprechend anzupassen sowie anwendungsorientiert weiterzuentwickeln. Sie wird mit dem Folgejahr der Beschlussfassung durch das zuständige BGA-Gremium als Rahmenbedingung zum LKF-Modell gültig. Der Bedarf an größeren Modifikationen der LM-stat ist im Voraus durch das zuständige BGA-Gremium festzustellen.

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien
zur Leistungsmatrix – stationär (LM-stat)

Für Akut-KA in Form von Sanatorien (SAN) sind die Qualitätskriterien der LM-stationär anlassfall- und behandlungsprozessbezogen gemäß der Generaltransformationsregel, den speziellen Transformationsregeln (insbesondere Intensivmedizinische Versorgung, Geburtshilfe und Versorgung von Kindern und Jugendlichen) und der Transformationsregel für Referenzzentren anzuwenden. Sofern die Transformationskriterien für die an die Organisationsform gebundenen Qualitätskriterien eingehalten werden, gelten die Vorgaben zur Organisationsform als erfüllt.

[82] wird im Zuge der nächsten Wartung ergänzt
[83] gemäß Art. 5 Abs. 4 Z 2 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

Darüber hinaus muss für das Erbringen folgender operativer Leistungen (MEL) mit besonderem Komplikationsrisiko sowie sonstiger großer Tumor-Operationen im SAN während der Operation zusätzlich zum OP-Team eine/ Facharztärztin/ein Facharzt für Chirurgie verfügbar sein, die/der innerhalb von 30 Minuten im OP-Saal einsatzbereit ist:

- *JA140 Erweiterte Nephrektomie – offen*
- *JK140 Erweiterte abdominale Hysterektomie mit Entfernung der Parametrien*
- *JK150 Erweiterte vaginale Hysterektomie mit Entfernung der Parametrien*

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass bei folgenden operativen Leistungen (MEL) entweder 2 FÄ für CH bei der Operation anwesend oder zumindest ein 2. FA für CH in Rufbereitschaft (innerhalb von 30 Minuten im OP-Saal einsatzbereit) ist:

- *HE110 - HE150 Ösophaguschirurgie*
- *HN030 - HN120 Pankreaschirurgie*
- *HL030 - HL050 Leberchirurgie*
- *HF220 - HF270 Adipositas-Chirurgie inkl. Gastric-Banding*

Die Erfüllung von MFS sind auch in SAN pro KA-Standort Voraussetzung für die LKF-Abrechnung mit dem PRIKRAF; die Genehmigung der für die Leistungsabrechnung berechtigten KA-Standorte erfolgt im Voraus durch den PRIKRAF auf Basis der Erfüllung der MFS als Mittelwert der jeweils 3 vorangegangenen Jahre. Eine auf max. zwei Jahre befristete Genehmigung zur Leistungsabrechnung kann der PRIKRAF jenen SAN erteilten, die planen, Leistungen mit zugeordneten MFS auf Dauer zu erbringen aber zum Zeitpunkt der in Geltung tretenden MFS diese noch nicht in ausreichendem Umfang erbringen.

Beabsichtigt der PRIKRAF eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen, für die MFS festgelegt sind, zu erteilen, so ist/sind zur Abstimmung der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung (§ 2 PRIKRAF-G) der/die im Einzugsgebiet des SAN zuständigen Landesgesundheitsfonds vorab anzuhören. Diese/r haben/hat zu prüfen, ob und inwieweit im Einzugsgebiet des SAN die MFS-Erreichung in den öffentlichen KA gefährdet wird. Wird durch die Genehmigung im Einzugsgebiet des SAN die MFS-Erreichung laut Mitteilung der/des LGF in den öffentlichen KA gefährdet, hat der PRIKRAF zur Sicherstellung der essentiellen Qualitätsstandards i. S. des § 3 Abs. 3 Gesundheitsqualitätsgesetz die Erteilung der Genehmigung zur Leistungsabrechnung mit dem/den zuständigen Landesgesundheitsfonds abzustimmen. Bei Nicht-Einigung entscheidet die Bundesgesundheitsagentur (§ 26 Z 1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz).

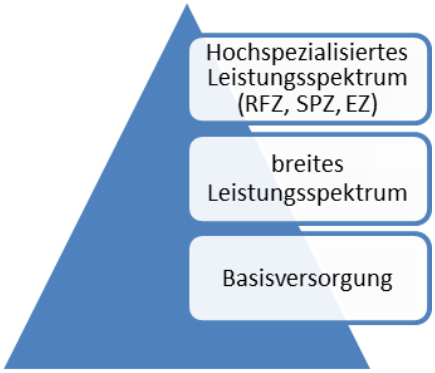
Für Sanatorien ohne Abteilungsstruktur sind die Regelungen zur Fachrichtungszuordnung in dieser Form nicht anwendbar.

Sanatorien, die keinen Versorgungsauftrag gem. § 18 Abs. 1 KAKuG haben, greifen in der medizinischen Leistungserbringung auch auf ÄrztInnen zurück, die nicht im Anstellungsverhältnis zu den SAN stehen. In diesem Fall sind ÄrztInnen, die im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung diese Kompetenz erworben haben und regelmäßig in einem Team arbeiten, das die MFS erfüllt, berechtigt, diese Leistungen auch in jenen SAN durchzuführen, in denen die MFS jeweils gesamthaft erfüllt wird.

3.2.3 Qualitätskriterien für Versorgungsmodelle ausgewählter Fach- und Versorgungsbereiche

Die **Versorgungsmodelle** der im Folgenden dargestellten Fach- und Versorgungsbereiche (siehe dazu → *Einleitung zu Abschnitt 3 und Kapitel 3.2*) beziehen sich auf **innerhalb der akutstationären Versorgung eines Fach-/Versorgungsbereichs** hierarchisch aufeinander aufbauende „Versorgungsstufen" oder nebeneinander einsetzbare „Module" für unterschiedliche Patientengruppen; in einigen Fällen liegt auch eine Kombination vor. Darüber hinaus bestehen zum akutstationären Bereich jeweils vor- und nachgelagerte Versorgungsstufen bzw. -module im ambulanten Bereich, im Rehabilitationsbereich oder auch im Sozial- bzw. Pflegebereich, mit denen der jeweils stationäre Teil des Versorgungsbereichs in der Regel verbunden ist. Diese Versorgungsmodelle sind im ÖSG abschließend geregelt.

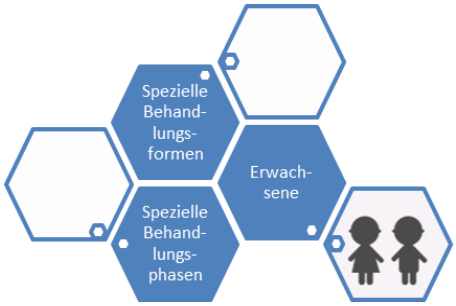
ABGESTUFTES VERSORGUNGSMODELL



Ein **abgestuftes Versorgungsmodell** innerhalb eines Versorgungsbereichs besteht aus mehreren Stufen, ausgehend von einer möglichst wohnortnahen „Basisversorgung" für häufige und einfache Versorgungsleistungen bis zur hochspezialisierten Versorgung an nur wenigen Standorten. Die höchste Versorgungsstufe der in diesem Kapitel dargestellten Fach-/Versorgungsbereiche wird jeweils als Referenzzentrum (RFZ) definiert.

Die jeweils niedrigere Versorgungsstufe hat alle notwendigen Vorkehrungen dafür zu treffen, dass im Bedarfsfall PatientInnen an die nächsthöhere Versorgungsstufe transferiert werden können und ist verpflichtet diese Transferierungen im Bedarfsfall auch zu veranlassen.

MODULARES VERSORGUNGSMODELL



Ein **modulares Versorgungsmodell** beschreibt die Palette einzelner Module eines Fach-/Versorgungsbereichs mit spezifischen Anforderungen für bestimmte Patientengruppen (z.B. Erwachsene, Kinder und Jugendliche), für spezielle Behandlungsformen (z.B. Dialyse im Versorgungsbereich Nierenerkrankungen) oder für bestimmte Behandlungsphasen (z.B. Intensivmedizinische Versorgung).

In allen Versorgungsstufen und Modulen gilt der Grundsatz der interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit jener Berufsgruppen, die beim fachbereichs-/versorgungsbereichsspezifischen Diagnosen- und Behandlungsspektrum häufig einzubinden sind bzw. den Behandlungserfolg nachhaltig stabilisieren (unabhängig von den Versorgungsstrukturen, in denen diese tätig sind).[84]

[84] Die Darstellung der Berufsgruppen bei den einzelnen Fach-/Versorgungsbereichen beschränkt sich auf die zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen und ist nicht abschließend. Diplomierte Pflegepersonen (ausgebildet vor und nach der GuKG-Novelle 2016) werden nur in jenen Fällen explizit angeführt, in denen sie über die allgemeinen Qualitätskriterien hinausgehend besondere Funktionen wahrnehmen. Bei Relevanz für einzelne Fach-/Versorgungsbereiche werden ergänzend auch weitere Personen mit unterstützenden Funktionen angeführt.

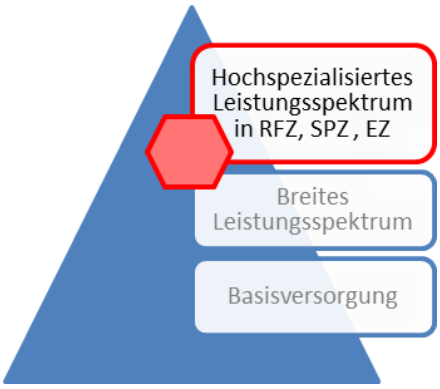
Zentren sind spezialisierte Strukturen von regionaler und überregionaler Bedeutung grundsätzlich innerhalb von Krankenanstalten der Zentral- bzw. der Schwerpunktversorgung, in denen komplexe medizinische Leistungen gebündelt erbracht werden.

> **Komplexe medizinische Leistungen** sind aufwändige, kostenintensive Leistungen, die besondere Ausstattung und Qualifikationen erfordern und auf spezielle Indikationsbereiche abzielen.

In Zentren werden **spezialisierte Diagnostik und Therapie** im jeweiligen medizinischen Leistungsbereich durchgeführt. Basisdiagnostik und -therapie sowie das Weiterführen einer Behandlung können auch außerhalb dieser Zentren erfolgen, sofern diese Behandlung kontinuierlich mit dem jeweiligen Zentrum abgestimmt wird.

Es werden folgende **Arten von Zentren** unterschieden:

ZENTREN IM VERSORGUNGSSYSTEM



- **Referenzzentren (RFZ)** stellen die jeweils höchste Versorgungsstufe einer abgestuften Versorgungsstruktur und hochspezialisierte (zumeist operativer) Fachbereiche dar. RFZ sind eigene Organisationsformen, denen die Durchführung jener Leistungen vorbehalten ist, die in der Leistungsmatrix-stationär mit RFZ gekennzeichnet sind (siehe dazu → *Kap. 3.2.2 und Anhang 8)*. In Fachbereichen mit abgestuftem Versorgungsmodell sind in RFZ grundsätzlich Leistungen aller Versorgungsstufen inkludiert. Durch Einrichtung vorgelagerter Versorgungsstufen in anderen KA können RFZ in definierten Versorgungsteilbereichen entlastet werden.

  Die Schwerpunktversorgungsfunktion wird vorrangig von Schwerpunkt-KA gemäß KAKuG übernommen.

- **Spezialzentren (SPZ)** sind Strukturen für spezialisierte Teilbereiche innerhalb von Fachbereichen, die eine zumeist kleine Patientengruppe mit speziellen Erkrankungen adressieren und bezüglich der durchgeführten Behandlungen einen hohen Grad an Expertise sowie interdisziplinärer Zusammenarbeit erfordern, jedoch nicht im Rahmen einer eigenen Organisationsform geführt werden, das sind: Neurologisch-neurochirurgische Spezialzentren, NONKZ, KiDIA, BRA, ZMG und HKLE.

- **Expertisezentren (EZ)** sind Einrichtungen, die auf eine vorgegebene Gruppe von seltenen Erkrankungen spezialisiert sind und auf Basis eines Designationsprozesses ausgewiesen werden (siehe → *Kap. 3.2.3.16 Seltene Erkrankungen).*

Standorte für Referenz- und Spezialzentren werden im Rahmen der regionalen Detailplanungen unter Berücksichtigung der überregionalen Versorgungsplanung festgelegt *(→ Kap. 2.2.5)*. Grundsätzlich können nur solche KA-Standorte als Referenz- und Spezialzentren anerkannt werden, die die jeweils spezifischen Anforderungen zu Infrastruktur und Personal inkl. Ausbildungstätigkeit sowie die entsprechenden Planungsvorgaben hinsichtlich verbindlicher Mindestfallzahlen uneingeschränkt erfüllen. **Expertisezentren** werden über einen Designationsprozess auf nationaler Ebene festgelegt.

Referenzzentren, Spezialzentren und Expertisezentren sind im Rahmen regionaler Detailplanungen jedenfalls festzulegen. Sofern die **Festlegung weiterer Versorgungsstufen bzw. Versorgungsmodule** auf Landesebene erfolgt, sind diese fachbereichsbezogen und standortgenau im RSG und L-KAP auszuweisen und die zugeordneten spezifischen Qualitätskriterien (einschließlich Personal- und Ausstattungskriterien) einzuhalten. Bezeichnungen und Inhalte von Versorgungsstufen bzw. Versorgungsmodulen müssen mit dem ÖSG übereinstimmen.

Werden im RSG bzw. L-KAP über Referenzzentren hinaus keine weiteren Versorgungsstufen festgelegt, sind aber im selben Fach- bzw. Versorgungsbereich weitere KA tätig, so ist davon auszugehen, dass Abteilungen in Standard-KA im jeweiligen Fachbereich die Versorgung der Grundversorgungsstufe und in Schwerpunkt- und Zentral-KA jene der Schwerpunktversorgung wahrnehmen und das jeweils zugehörige Leistungsspektrum sowie die spezifischen Qualitätskriterien samt Personal- und Ausstattungserfordernisse gemäß ÖSG erfüllt werden.

Die **Umsetzung von abgestuften und modularen Versorgungsstufen** in Bezug auf die Einordnung in die KA-Typologie der Allgemeinen Krankenanstalten[85] zeigt die folgende Graphik.

VERSORGUNGSFUNKTIONEN VON KA-TYPEN

KA-Versorgungsstufen	Allgemeine KA		
	Standard-KA	Schwerpunkt-KA	Zentral-KA
Grundversorgung (ggf. inkl. Module)			
Schwerpunktversorgung (ggf. A+B)	kann		
RFZ-Versorgung		kann	kann
Spezialzentrum (hochspez.)			kann

In den RSG bzw. L-KAP ist der dem jeweiligen KA-Standort zugewiesene KA-Typ (Allgemeine KA: Standard-, Schwerpunkt-, Zentral-KA) auszuweisen, für Sonder-KA[86] ist die zugewiesene Versorgungsstufe gemäß ÖSG jedenfalls auszuweisen.

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

Sofern in Sanatorien Leistungen durchgeführt werden, die Referenzzentren vorbehalten oder der Schwerpunktversorgungsstufe zugeordnet sind, sind sämtliche Vorgaben (mit Ausnahme der jederzeitigen Aufnahmeverpflichtung) uneingeschränkt zu erfüllen. Die Errichtungs- und Betriebsbewilligung des SAN haben dieses Leistungsspektrum zu enthalten und alle für die Erbringung dieser Leistungen erforderlichen Qualitätskriterien festzuschreiben.

[85] Allgemeine Krankenanstalten gemäß § 2a KAKuG
[86] Sonderkrankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG

3.2.3.1 Anästhesiologische Versorgung (AN)

Perioperative Betreuung und anästhesiologische Versorgung von PatientInnen aller Fachdisziplinen inkl. präoperativer Evaluierung und Risikostratifizierung; intraoperativer Betreuung inklusive Anästhesieführung (Allgemein- und Regionalanästhesien), Sedoanalgesie, Überwachung und Erhaltung der Vitalfunktionen sowie intraoperativer Transfusionsmedizin während operativer Eingriffe und diagnostischer Eingriffe; postoperativer Überwachung, Erhaltung der Vitalfunktionen inklusive postoperativer Infusions- und Transfusionsmedizin; Schmerztherapie bei postoperativen Schmerzen

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

➔ Anästhesiearbeitsplatz mit **Standardausstattung** für die Durchführung von Allgemein- und Regionalanästhesien (inkl. Standardmonitoring; Instrumentarium zur Beherrschung des schwierigen Atemwegs; nichtinvasives Wärmesystem; Sonographie (für Regionalanästhesie, Gefäßpunktion und diagnostische Zwecke); Möglichkeit der invasiven Druckmessung und des quantitativen neuromuskulären Monitorings)

➔ Zusätzliche Ausstattung an Krankenanstalten mit **Schwerpunktversorgung** oder **Zentralversorgung**:
- ⇒ Möglichkeit des invasiven hämodynamischen Monitorings
- ⇒ Verfügbarkeit der Bronchoskopie
- ⇒ Verfügbarkeit der transösophagealen Echokardiographie
- ⇒ Verfügbarkeit einer Point-of-Care-Diagnostik (fakultativ auch Gerinnung), wenn andere Maßnahmen eine rasche Befunderstellung nicht ermöglichen.
- ⇒ Maschinelles Autotransfusionsverfahren

Zusätzliche Kriterien für die anästhesiologische Versorgung von Kindern in allen KTypen (inkl. KOZ) (Anästhesie bei Kindern – AN-KI)

➔ AN-Versorgung von Kindern **bis zum vollendeten 3. LJ**:

FÄ für AN/INT: ≥ 2 primär für die AN-KI verantwortlich

⇒ Nachweis einer entsprechenden Erfahrung und laufenden Fortbildung in AN-KI (Logbuch über alle (regelmäßig durchgeführten) Anästhesien an Kindern bis zum vollendeten 10. LJ)

DGKP oder DKKP: ≥ 2 primär für die AN-KI verantwortlich

⇒ Nachweis der gesetzlich vorgeschriebenen Sonderausbildung für AN gemäß GuKG

⇒ Regelmäßige Fortbildung im Bereich der AN-KI (z.B. Fachtagung oder Hospitation)

➔ AN-Versorgung von Kindern im **Alter < 1 Jahr** sowie bei komplexen Eingriffen und/oder wesentlicher Prä-/Ko-Morbidität bei älteren Kindern ausschließlich an Kinder- und Jugendmedizinischen Zentren (KTyp 1); in Ausnahmefällen auch in Regionaler Kinder- und Jugendmedizinischer Versorgung (KTYP 2)

3.2.3.2 Intensivmedizinische Versorgung (INT)

Diagnostik und Therapie von lebensbedrohlichen Zuständen und Erkrankungen sowie deren Vermeidung (einschließlich der Stabilisierung nach großen operativen Eingriffen) in speziell dafür eingerichteten Einheiten einer Krankenanstalt; Intensivpflege als integraler Bestandteil

A. Intensivmedizinische Versorgung von Erwachsenen

VERSORGUNGSMODELL

Intensivbehandlungseinheit (ICU)

- Überwachung und Wiederherstellung der Vitalfunktionen, die in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere intensivtherapeutische Maßnahmen aufrecht erhalten werden müssen
- Betreuung von (potenziellen) OrganspenderInnen
- Intensivbehandlungseinheiten der Stufe 3 sind ausschließlich in KA der Zentralversorgung, Schwerpunkt-KA bzw. in KA mit Schwerpunktversorgungsfunktion zulässig
- In interdisziplinären Organisationseinheiten sind für hochspezialisierte Intensivmedizin (z.B. Transplantation, Versorgung von Brandverletzten) eigene Behandlungseinheiten möglich

Intensivüberwachungseinheit (IMCU), Herzüberwachungseinheit (CCU)

- Überwachung und Behandlung von PatientInnen, deren Vitalfunktionen gefährdet sind
- Sicherstellen der Möglichkeit zur kurzfristigen (auf einige Tage beschränkte) Intensivbehandlung (insbesondere invasive Beatmung: maximal 48 Stunden)
- längerfristiger Beatmung und apparative Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen nur in begründeten Ausnahmefällen

Respiratory Care Units (RCU)

- Versorgung bei akutem Monoorganversagen der Atmungsorgane
- Versorgung beatmungspflichtiger chronischer Ateminsuffizienz
- Entwöhnung („Weaning“) der PatientInnen von der invasiven Beatmung
- Vorhaltung von RCU nur in Akutkrankenanstalten mit PUL- bzw. IM-PUL-Einheit
- Organisatorisch als ICU oder IMCU zu führen, die Einschränkungen bezüglich künstlicher Beatmung gelten nicht, da die mechanische Atemhilfe ein typisches Leistungsmerkmal für pulmologische Intensivüberwachungseinheiten darstellt
- Es gelten die Regelungen für ICU Stufe 1 bzw. IMCU, zusätzlich ist ein Beatmungsgerät pro Bett vorzusehen.
- Ärztliche Leitung: FA für Lungenkrankheiten oder FA IM-INT

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

➔ Grundsätzlich sind IMCU und ICU interdisziplinär zu betreiben, wobei die Leitung FÄ für Anästhesie und Intensivmedizin bzw. Innere Medizin mit Additivfach Intensivmedizin oder Innere Medizin und Intensivmedizin oder des entsprechenden Sonderfachs mit Additivfach Intensivmedizin in Abhängigkeit vom medizinischen Schwerpunkt der jeweiligen IMCU/ICU obliegt.

➔ IMCU und ICU sind strukturell hinsichtlich der apparativen und personellen Ausstattung zu differenzieren, gehen aber in Bezug auf die Behandlungskontinuität fließend ineinander über. Bei räumlichem Verbund von unterschiedlichen Intensiv-Stufen ist die ärztliche Anwesenheit der jeweils höchsten Stufe für den gesamten Bereich vorzusehen. Ortsveränderliche apparative Ausstattung (z.B. EKG, Bettröntgen, Sonographie) kann gemeinsam genutzt werden.

➔ Bei Neuplanungen sind mehrere getrennte INT-Einheiten synergistisch und räumlich nahe zu organisieren (v. a. aus Gründen der Ausbildung, Patientenplanung, Gestaltung des Versorgungsprozesses).

➔ Postoperative Aufwachbereiche sind keine eigenständigen bettenführenden Bereiche und nicht dem Intensivbereich zuzurechnen.

➔ Es gelten auch die Festlegungen zur Intensivversorgung im jeweils gültigen LKF-Modell.

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	Intensivüber-wachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit (ICU)		
	IMCU	ICU Stufe 1	ICU Stufe 2	ICU Stufe 3
Personal				
Ärztliche Leitung [1]	FA AN/INT oder Sonderfach mit Additivfach INT			
FA AN/INT oder FA IM in KA[1]	7/24		7/24	
FA/TA-FA AN/INT oder IM oder entsprechen-des operatives Sonderfach in ICU	-		7/24 überwiegend für die ICU zuständig [2,3]	7/24 [3]
Intensivbereiche für die Behandlung von neurologischen / neurochirurgischen PatientInnen				
Ärztliche Leitung [1]	FA NEU oder NCH	FA NEU oder NCH mit Additivfach für Intensivmedizin		
FA NEU oder NCH in KA	7/24			7/24 [4]
TA-FA NEU oder NCH	-		7/24 überwiegend für die ICU zuständig [2,4]	7/24 [4]
Pflegepersonal in INT-Einheit	DGKP 7/24	DGKP (mind. 50% mit Intensivausbildung) [5] 7/24		
Grundausstattung				
Betten in der Regel mindestens	4	6		
Betriebszeit	7/24			
Intensiv-Monitoring (NIBP unblutig, EKG, Pulsoximetrie, Temperaturmessung) grundsätzlich mit Zent-raleinheit	pro Bett			
O_2-Insufflation	pro Bett			
Absaugung	pro Bett			
Mehrkanal-EKG	IMCU	ICU		
Defibrillator (inkl. Schrittmacherfunktion)	IMCU	ICU		
Notfall-Instrumentarium	IMCU	ICU		
Notfall-Labor (POC-Gerät: Blutgas, Elektrolyte, Blutzucker, Lactat, Hämoglobin/Hämatokrit)	KA	ICU		
Invasive Druckmessung	IMCU	pro Bett (2 Kanäle)		pro Bett (mind. 3 Kanäle)
Beatmungsgerät (inkl. CPAP-und nicht invasive Beatmungsfunktion)	1 Gerät in IMCU	Anzahl der Betten minus 3 Geräte, mind. 1 Gerät pro ICU	Anzahl der Betten minus 1 Gerät pro ICU	pro Bett
Kapnometrie	-	pro Beatmungsplatz		
Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O_2-Anreicherung	pro Bett			
Transportbeatmung und -überwachung	KA	ICU		
Infusions- u. Infusionsspritzenpumpen	mind. 2 Geräte pro Bett		mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 6 Geräte pro Bett
Moderne nicht invasive oder semi-invasive Möglichkeit der HZV-Messung	-	ICU		mind. 1 pro 2 Betten
Intraaortale Ballongegenpulsation	-	[6]		
Externer Schrittmacher	IMCU	ICU		
Patientenwärme- bzw. Kühlmöglichkeit	KA		ICU	
Ortsveränderliches Röntgen	KA			
Sonographie (inkl. Echokardiographie)	KA		ICU	
Endoskopie	KA		KA	
Bronchoskopie	KA		ICU	
Hämofiltration/Diafiltration oder Dialyse	-	KA	ICU	
Messung des intrakraniellen Drucks	-	[6]		
Extrakorporaler Gasaustausch	-			[6]
Zusatzausstattung für die Behandlung von neurologischen/neurochirurgischen PatientInnen				
Messung des intrakraniellen Drucks	-	ICU	pro Bett	
Transkranieller Doppler	IMCU	ICU		
EEG	KA		ICU	
Kontinuierliches EEG-Monitoring	-			ICU
Evozierte Potenziale und Elektromyogra-fie/Nervenleitgeschwindigkeit	KA			
Invasives multimodales Neuromonitoring[7]	-			ICU

[1] In Abhängigkeit vom medizinische Schwerpunkt der jeweiligen IMCU/ICU; für RCU auch PUL/IM-PUL
[2] Im Fall der Abwesenheit von FA oder FA in Ausbildung von der Intensivbehandlungseinheit müssen diese ohne unnötigen Aufschub (außer in begründeten Ausnahmefällen, wie z.B. Reanimation) in der Lage sein, der Intensivbehandlungseinheit wieder zur Verfügung zu stehen.
[3] Ein möglichst hoher Anteil der Anwesenheitszeit sollte durch FÄ für AN/INT oder mit Additivfach für INT bzw. von FÄ in Ausbildung zum Additivfach INT abgedeckt werden. Das ständige Erhöhen dieses Anteils ist anzustreben.
[4] Ein möglichst hoher Anteil der Anwesenheitszeit sollte durch FÄ für NEU/NCH mit Additivfach INT bzw. von FÄ in Ausbildung zum Additivfach INT abgedeckt werden. Das ständige Erhöhen dieses Anteils ist anzustreben.
[5] Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG); zumindest 50% der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege haben. Dieser Richtwert soll bis 2020 erreicht werden. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.
[6] Muss in ICU mit entsprechendem Patientenkollektiv verfügbar sein (gegebenenfalls Transferierung in ein Zentrum).
[7] Nur an Krankenanstalten mit Abteilungen für NEU und NCH

B. Intensivmedizinische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Neugeborenen

VERSORGUNGSMODELL

Intensivbehandlungseinheit für Kinder und Jugendliche (PICU)

- Wiederherstellung der Vitalfunktionen, die in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere intensivtherapeutische Maßnahmen aufrecht erhalten werden müssen

Intensivbehandlungseinheit für Früh- und Neugeborene (NICU)

- Behandlung von Frühgeborenen in deren Mittelpunkt die Lebenserhaltung (Unterstützung von Atmung und Kreislauf, Ernährung. Abwehr von Infektionen) sowie die entwicklungsfördernde Betreuung stehen
- Behandlung von reifen Neugeborenen, wenn diese in ihren vitalen Funktionen eingeschränkt oder bedroht sind

Intensivüberwachungseinheit für Kinder und Jugendliche (PIMCU)

- Behandlung von Kindern und Jugendlichen ohne akute Gefährdung der vitalen Funktionen, die kontinuierliche Überwachung benötigen
- Keine Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen
- Wenn in einer KA keine ABT für KIJU verortet ist (KTyp 4), diese aber ein KOZ oder eine TR-Versorgung (TRS) vorhalten, kann die Intensivüberwachung von Kindern > 1 Jahr bei Bedarf auch an einer IMCU für Erwachsene stattfinden, wenn der FA für AN/INT mit Zusatzqualifikation für AN-KI[87] in Rufbereitschaft und eine DKKP oder eine DGKP mit Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege von Kindern und Jugendlichen in der IMCU anwesend ist.

Intensivüberwachungseinheit für Früh- und Neugeborene (NIMCU)

- Behandlung von Früh- und Neugeborenen ohne akute Gefährdung der vitalen Funktionen, die kontinuierliche Überwachung benötigen
- Keine Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen, jedoch Sicherstellung der kurzfristigen Beatmungsmöglichkeit im Notfall bis zum Transfer in eine NICU

[87] siehe → Kap. 3.2.3.1 Anästhesiologische Versorgung

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Jugendliche (Alter 15. – 18. LJ) können in Kinder- oder Erwachsenen-Intensivbehandlungseinheiten versorgt werden.
- ➔ Die Versorgung von Kinder im Alter < 15 Jahre (vor dem 14. Geburtstag) ist in kindgerechter Umgebung sicherzustellen.
- ➔ Neonatologische und pädiatrische Intensivbehandlungseinheiten sind ausschließlich in KA der Zentralversorgung bzw. mit Schwerpunktversorgungsfunktion zulässig.
- ➔ Eine gemeinsame Führung von KIJU- und NEO-Intensiveinheiten ist möglich.
- ➔ KIJU- und NEO-Intensiveinheiten sind strukturell hinsichtlich der apparativen und personellen Ausstattung zu differenzieren, gehen aber in Bezug auf die Behandlungskontinuität fließend ineinander über. Bei räumlichem Verbund von unterschiedlichen Intensiv-Stufen ist die ärztliche Anwesenheit der jeweils höchsten Stufe für den gesamten Bereich vorzusehen. Ortsveränderliche apparative Ausstattung (z.B. EKG, Bettröntgen, Sonographie) kann gemeinsam genutzt werden.
- ➔ Das Führen einer NICU/NIMCU und PICU/PIMCU ist ausschließlich in KA mit ABT für KIJU zulässig; in Ausnahmefällen ist eine NIMCU auch an KA mit ABT für GGH ohne ABT für KIJU möglich, wenn die Qualitätskriterien der NIMCU Versorgung erfüllt werden.
- ➔ Es gelten auch die Festlegungen zur Intensivversorgung im jeweils gültigen LKF-Modell.

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	Intensivüberwachungseinheit		Intensivbehandlungseinheit	
	für Kinder (PIMCU)	für Neugeborene (NIMCU)	für Kinder (PICU)	für Neugeborene (NICU)
Personal				
Ärztliche Leitung	FA für KIJU[1]		FA für KIJU mit Additivfach „Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin“ oder FA KJC mit Additivfach in pädiatrischer Intensivmedizin; dieselbe Anforderung gilt für die Stellvertretung	
FA für KIJU in KA [2]	7/24			
KIJU-INT/NEO versierter FA oder TA-FA für KIJU bzw. KJC in INT-Einheit [3,4,5]	-		7/24	
DGKP/DKKP mit Sonderausbildung Intensivpflege in INT-Einheit	7/24 [6]		7/24 [7]	
Grundausstattung				
Betten in der Regel mindestens	4		6	
Betriebszeit	7/24			
Intensiv-Monitoring (NIBP unblutig, EKG, Pulsoximetrie, Temperaturmessung) mit Zentraleinheit	pro Bett			
Invasive Druckmessung (3 Kanäle)	-		pro Bett	
Messung des intrakraniellen Drucks			PICU	
Infusions- u. Infusionsspritzenpumpen	mind. 2 pro Bett		mind. 5 pro Bett	
O_2-Insufflation	pro Bett			
Gasmischer/O_2-Blender	mind. 1 pro Bett			
Absaugung	pro Bett			
Transkutane oder endexspiratorische Messung von CO_2	-		PICU	NICU
Mehrkanal-EKG	ABT KIJU	ABT KIJU	PICU	NICU
Defibrillator (inkl. Schrittmacherfunktion)	PIMCU	NIMCU	PICU	NICU
Beatmungsgerät (inkl. CPAP-und nicht invasive Beatmungsfunktion)	1 Gerät in ABT KIJU [8]	2 in NIMCU	pro Bett	
NO-Equipment	-		PICU	NICU
Hämofiltration/Diafiltration	-	-	nur Zentral-KA	
Extrakorporaler Gasaustausch	-	-	nur Zentral-KA	
Patientenwärme- bzw. Kühlmöglichkeit	-	-	PICU	NICU
EEG	KA			

	Intensivüberwachungseinheit		Intensivbehandlungseinheit	
	für Kinder (PIMCU)	für Neugeborene (NIMCU)	für Kinder (PICU)	für Neugeborene (NICU)
aEEG[11]	-	ABT KIJU	PICU	NICU
Evozierte Potenziale	-	-	KA	
Endoskopie (Bronchoskopie, Gastroskopie, Koloskopie)	-	-	ABT KIJU	
Sonographie (inkl. Echokardiographie)	ABT KIJU		PICU	NICU
Notfall-Labor (POC-Gerät: Blutgas, Elektrolyte, Blutzucker, Lactat, Bilirubin, Hämoglobin/Hämatokrit)	PIMCU	NIMCU	PICU	NICU
Ortsveränderliches Röntgen	KA		PICU	NICU
Offene Pflegeeinheit und/oder Intensivinkubator	-	mind. 1 pro Bett	-	mind. 1 pro Bett
Kangoroo-Liege für Eltern	-	1 pro Bett	-	1 pro Bett
Fototherapielampen	-	NIMCU	-	NICU
Laminar Airflow	-			NICU [9]
Transportinkubator (inkl. Beatmung und Monitoring)	-	NIMCU [10]	-	NICU
Externer Schrittmacher	-		PICU	-
Transportbeatmung und -überwachung	-		PICU	-

[1] Nach Möglichkeit mit Additivfach „Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin".
[2] Ein FA für KIJU 7/24 für KI-ABT (im Rahmen von KJZ und KJR) mit einer NIMCU/NICU bzw. PIMCU/PICU.
[3] Im Fall der Abwesenheit von der Intensivbehandlungseinheit muss dieser ohne unnötigen Aufschub (außer in begründeten Ausnahmefällen, wie z.B. Reanimation) in der Lage sein, der Intensivbehandlungseinheit wieder zur Verfügung zu stehen.
[4] Falls der/die in der Station diensthabende Arzt/Ärztin kein FA ist und der/die in der KA anwesende FA keine ausreichend PÄD-INT-Kompetenz hat, ist ein FA-Dienst mit PÄD-INT-Erfahrung in Rufbereitschaft einzurichten.
[5] Falls der/die in der Station diensthabende Arzt/Ärztin kein FA ist und der/die in der KA anwesende FA keine ausreichend NEO-Kompetenz hat, ist ein FA-Dienst mit NEO-Erfahrung in Rufbereitschaft einzurichten.
[6] Ein möglichst hoher Anteil an DGKP/DKKP mit Sonderausbildung Kinderintensivpflege oder Intensivpflege oder Weiterbildung in Intermediate Care Pädiatrie ist anzustreben.
[7] Zumindest 50 Prozent Anteil an DGKP/DKKP mit Sonderausbildung Kinderintensivpflege oder Intensivpflege; eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.
[8] Muss in PIMCU mit entsprechendem Patientenkollektiv verfügbar sein.
[9] Sofern Zubereitung der Medikamente nicht in Apotheke erfolgt.
[10] Nur dann erforderlich, wenn in der KA keine PICU/NICU eingerichtet ist.
[11] amplitudenintegriertes EEG

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

zur intensivmedizinischen Versorgung

Allgemein: Sämtliche personellen und apparativen Ausstattungsvorgaben sind entsprechend der Anzahl der behandelten PatientInnen mit Intensivbedarf vorzuhalten. Sobald eine Leistung, die gemäß der Leistungsmatrix-stationär (→ Kap. 3.1.2) eine Intensivbehandlungseinheit oder –überwachungseinheit erfordert, elektiv durchgeführt wird, ist die erforderliche Intensivversorgung entsprechend den Vorgaben für IMCU oder ICU der Stufe 1 in Betrieb zu nehmen. Für Notfälle ist die intensivmedizinische Betreuung in einer der IMCU oder ICU in der jeweils geforderten Stufe entsprechenden Qualität rund um die Uhr in der leistungserbringenden SAN behandlungsprozessbezogen im Anlassfall binnen 30 Minuten zu gewährleisten.

Im Fall von behördlich bewilligten und von der PRIKRAF-Fondskommission anerkannten Intensivversorgungseinheiten (IMCU oder ICU) ist für diese Montag bis Freitag jeweils 0:00 bis 24:00 Uhr eine dauernde personelle Besetzung sicherzustellen. Anlassfallbezogen ist die IMCU/ICU analog der allgemeinen INT-Transformationsregel auch außerhalb der Routinebetriebszeit in Betrieb zu nehmen oder ggf. weiterzuführen. Für das auf IMCU/ICU tätige Pflegepersonal ist die Berechtigung zur Ausübung der Intensivpflege Voraussetzung. Die Mindestbettenzahlen für IMCU oder ICU sind für SAN nicht bindend.

Die Anforderungen für neonatologische/pädiatrische Intensiveinheiten gelten uneingeschränkt auch für Sanatorien.

3.2.3.3 Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KIJU, KJC)

Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte und modulare Versorgung

KTyp 1 Kinder- und Jugendmedizinisches Zentrum (KJZ)

- Referenzzentrum
- Versorgungsstruktur: ABT für KIJU und KJC-Versorgung inkl. Kinder-Anästhesie, NICU und PICU, nach Möglichkeit auch ABT für KJP oder zumindest Zusammenarbeit mit KJP
- Diagnostische und therapeutische Maßnahmen an Kindern und Jugendlichen auch für seltene Krankheitsbilder
- Operative Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß Leistungsmatrix-stationär (KTyp 1); Sicherstellen operativer Versorgung von Kindern im Alter < 1 Jahr ausschließlich in KJZ (Ausnahmen: Notfälle, in von LGF definierten KA mit Spezialisierungen (z.B. Kinder-Urologie, Kinder-Orthopädie) mit Kooperationen - inkl. INT-Transport - mit KTyp1 in räumlicher Nähe sowie in Ausnahmefällen auch KTyp2 mit NICU)
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Geburtshilfe in der Perinatalmedizin
- In komplexen Fällen Basisdiagnostik/-therapie sowie Behandlungs-Weiterführung auch außerhalb des KJZ zulässig, sofern Weiterführung in kontinuierlicher Abstimmung mit KJZ
- Sicherstellen der psychosomatischen Versorgung

KTyp 2 Regionale kinder- und jugendmedizinische Versorgung (KJR)

- Versorgungsstruktur: ABT für KIJU, zumindest NIMCU und ggf. PIMCU
- Operative Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß KA-spezifischer Fächerstruktur in Zusammenarbeit mit KIJU gemäß Leistungsmatrix-stationär (KTyp 2);
- Sicherstellen der psychosomatischen Versorgung

KTyp 3 Lokale kinder- und jugendmedizinische Grundversorgung (KJL)

- Versorgungsstruktur: ABT für KIJU mit reduziertem Versorgungsauftrag oder für periphere Regionen in Ersatz zu bisher geführten ABT auch ROF möglich, keine Intensivversorgung
- Operative Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß KA-spezifischer Fächerstruktur in Zusammenarbeit mit KIJU gemäß Leistungsmatrix-stationär (KTyp 3)

KTyp 4 Versorgung von Kindern und Jugendlichen an KA ohne pädiatrische Fachstruktur (Basisversorgung - KJB)

- Fachbereichsspezifische Versorgung von Kindern > 1 Jahr (insbes. durch CH, URO, HNO, UCH/ORTR, AU) ohne auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Fachstruktur in KA (z.B. UKH, SAN)
- Leistungsspektrum gemäß Leistungsmatrix-stationär (KTyp 4)

Versorgung von Kindern und Jugendlichen in darauf spezialisierten Fach- bzw. Versorgungsbereichen

Fach-/Versorgungsbereich	Konkretisierung
Versorgung im Rahmen der Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)	Konservative und interventionelle Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen (bis 18.LJ) inkl. Entwicklungsstörungen und Prävention Sicherstellen der operativen fachbereichsspezifischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der abgestuften Leistungserbringung gemäß Leistungsmatrix-stationär *(siehe → Anhang 8)*
Kinder- und Jugendchirurgische Versorgung (KJC)	Diagnostik und operative Therapie im Kindes- und Jugendalter sowie Früh-/Neugeborenenchirurgie
Traumatologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen	*siehe → Kapitel 3.2.3.5 Trauma-Versorgung*
Orthopädische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KOZ)	Spezialzentrum OR-Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schwerwiegenden orthopädischen Krankheiten (z.B. angeborene Deformationen der Wirbelsäule) • im speziellen kinderorthopädischen Zentrum (KA Speising) oder in definierten KA mit KJZ (KTyp1) mit Abteilung für OR/ORTR. • im RSG auszuweisen • Anforderungen an Kinderanästhesie und Kinderintensivmedizin *siehe → Kap. 3.2.3.1 Anästhesiologische Versorgung bzw. Kap. 3.2.3.2 Intensivmedizinische Versorgung*; Bettenanzahl für PICU/PIMCU gemäß Bedarf • Behandlungs-Weiterführung auch außerhalb des Zentrums zulässig, jedoch nur in kontinuierlicher Abstimmung mit dem Zentrum. Vgl. „KOZ“ in Leistungsmatrix.
Anästhesiologische Versorgung von Kindern (AN-KJ)	*siehe → Kap. 3.2.3.1 Anästhesiologische Versorgung*
Intensivmedizinische Versorgung von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen	*siehe → Kap. 3.2.3.2 Intensivmedizinische Versorgung*
Kinderkardiologische Versorgung (KKAR)	Referenzzentrum; *siehe → Kap. 3.2.3.11 Kinder-Herzzentrum*
HCH-Versorgung von Kindern (KHCH)	*siehe → Kap. 3.2.3.11 Kinder-Herzzentrum*
NCH-Versorgung von Kindern	*siehe → Kap. 3.2.3.7 Neurochirurgie*
Kinder- und Jugendonkologische Versorgung (KJONK)	Referenzzentrum mit ÜRVP*; siehe → Kap. 3.2.3.9 Krebserkrankungen*
Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung (KJP)	*siehe → Kap. 3.2.3.8 Psychische Erkrankungen*
Kinder- und Jugendpsychosomatische Versorgung (PSO-KJ)	*siehe → Kap. 3.2.4.2 Psychosomatische Versorgung*
Kinderdialyse-Versorgung (KiDIA)	Spezialzentrum; *siehe → Kap. 3.2.3.10 Nierenerkrankungen*
Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen	*siehe → Kap. 3.2.4.4 Unheilbar kranke und sterbende Menschen*

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- → Für Kinder (bis zum vollendeten 10. LJ) und Jugendliche (11. – 18. LJ) ist die Versorgung in altersgerechter Umgebung und Ausstattung sicherzustellen.
- → Für Jugendliche ab dem 15.LJ besteht Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenabteilungen.
- → Sicherstellen der Transition bei chronischen Erkrankungen und Folgen angeborener Fehlbildungen
- → Stationäre Betreuung der Kinder und Jugendlichen primär auf KIJU-Einheiten in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden Sonderfächern
- → Mitaufnahmemöglichkeit für 1 Begleitperson in ausreichender Anzahl (Eltern-Kind-Zimmer in KIJU-Einheit integriert, ggf. auch Eltern-Zimmer in Nähe der Kinder und Jugendlichen)
- → Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern bzw. Jugendlichen: enge Zusammenarbeit mit der jeweiligen Kinderschutzgruppe[88] in der KA
- → Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen KIJU, KJC und KJP sowie anderen FÄ jeweils behandlungsführender Sonderfächer insbes. CH, AU, HNO, URO, OR, UCH bzw. ORTR; weiters RAD und AN jeweils mit Zusatzqualifikation in der Versorgung von Kindern
- → Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) v.a. mit Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Diätologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie (jeweils mit Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche); Sozialarbeit

[88] § 8e KAKuG

Für ABT KIJU, KJC und KJP: Zusammenarbeit mit KindergartenpädagogInnen, Lehrpersonal, Sonder- und HeilpädagogInnen, SozialpädagogInnen

PERSONAL UND AUSSTATTUNG für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen

	KJZ	KJR	KJL	KJB
Personal – Anwesenheit				
FA KIJU in KA[1]	7/24	7/24	Tagdienst; NWF: Rufbereitschaft	Konsil
FA KJC in KA	gemäß KAKuG	ZA		
FA für AN/INT; bei KI 0-3a mit Zusatzkriterien für AN-KI[2] in KA	7/24[3]	Tagdienst	im Anlassfall	im Anlassfall
DGKP/DKKP – Normalpflege bei KJC-Leistungen gemäß LM KTyp1: mind. 50 % mit 2-jähriger Erfahrung in KJC	7/24	7/24	7/24	im Anlassfall 7/24
DGKP für AN mit Fortbildung[2] in Kinder-AN	Tagdienst; NWF: Rufbereitschaft	Tagdienst	im Anlassfall	im Anlassfall
Ausstattung	altersgerechte Gestaltung und Ausstattung; Mitaufnahmemöglichkeit einer Begleitperson			
Intensivversorgung (Dimensionierung in Abstimmung mit abgestufter Versorgung in der Geburtshilfe)	NICU und PICU gemeinsam mind. 6 Betten; NIMCU und PIMCU gemeinsam mind. 4 Betten	NICU und PICU fakultativ; NIMCU und ggf. PIMCU gemeinsam mind. 4[4] Betten	im Anlassfall weiterleiten	im Anlassfall weiterleiten
Isolierbereich/-zimmer	ABT	ABT	ROF	-
Kindergerechtes Instrumentarium (Größe)	ABT	ABT	ROF	KA
Kindergerechte OP-Ausstattung (z.B. für kindergerechte Lagerung)	KA	KA	KA	KA

[1] Ein FA für KIJU 7/24 für KIJU-ABT (im Rahmen von KJZ und KJR) mit einer NIMCU/NICU bzw. PIMCU/PICU
[2] Zusatzkriterien für AN bei Kindern in allen KTypen (inkl. KOZ) siehe → *Kapitel Anästhesiologische Versorgung*
[3] siehe → Kap. 3.2.3.1 *Anästhesiologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen*; Voraussetzung für Schwerpunkttätigkeit in Kinderanästhesie in KA des Typs 1 erfordert Erfahrung in AN-KI durch kontinuierliche Praxis von > 50 % der Arbeitszeit bzw. von > 2,5 Tagen / Woche mit Kindern unterschiedlichen Alters und breitem Spektrum von Eingriffen.
[4] In begründeten Ausnahmefällen Unterschreitung möglich (siehe auch → *Kap. 3.2.3.2 Intensivmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen*)

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

*zur Versorgung von **Kindern und Jugendlichen***

- *In Sanatorien können Leistungen gemäß KTyp 4 sowie unter Einhaltung der Transformationsregeln maximal auch gemäß KTyp 3 an Kindern ab dem 2. LJ und Jugendlichen erbracht werden.*
- *Dabei gelten die Anforderungen an die Kinder-Anästhesie gemäß Kapitel 3.2.3. zur Anästhesie für Kinder uneingeschränkt auch für Sanatorien.*

3.2.3.4 Versorgung von Schwangeren, Neugeborenen und Wöchnerinnen (GH)

Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft, der Entbindung und postpartal, Betreuung von Neugeborenen, Pränataldiagnostik und gesamte Diagnostik und Therapie von angeborenen sowie schwangerschafts- und entbindungsassoziierten Erkrankungen von Mutter und Kind

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte Versorgung

Perinatalzentrum (Maximalversorgung)

- Referenzzentrum für Geburtshilfe, Neonatologie, Neugeborenenchirurgie sowie pränatale Diagnostik und ggf. Therapie
- Versorgungsstruktur: ABT GGH, am Standort von KJZ mit ABT KJC
- Interdisziplinäre Einrichtung mit Schwerpunkt in der Geburtshilfe und Neonatologie (beide Einrichtungen in unmittelbar räumlicher Nachbarschaft) zur Versorgung von Müttern und Kindern mit pränatal diagnostizierten medizinischen Risikokonstellationen.
- Gesamtes Leistungsspektrum der konservativen und operativen Schwangerenbetreuung; gesamtes neonatologisches Leistungsspektrum, inkl. postnataler kinderchirurgischer Versorgung
- Frauen mit drohender Frühgeburt an der Grenze zur Lebensfähigkeit (SSW[89] 23+0 bis 24+6) sind, wann immer möglich, im nächstgelegenen Perinatalzentrum zu entbinden
- Ultraschalldiagnostik inkl. fetaler Gewebs- und Blutabnahme; Pränataltherapie am ungeborenen Kind
- Zyto- und molekulargenetische Untersuchungen und medizinisch-genetische Beratungen
- Sicherstellen des Zugangs für folgende Spezialdisziplinen: FÄ für Neurochirurgie sowie Spezialistinnen/Spezialisten für Kinderkardiologie, Neuropädiatrie und Urologie mit besonderen Kenntnissen bei der Behandlung von Kindern
- Sicherstellen der Zusammenarbeit mit einem Kinder-Herzzentrum

Schwerpunktversorgung

- Betreuung (Früherkennung, Diagnostik und Therapie) von Schwangeren mit festgestellten maternalen und fetalen Risikobildern, die keine unmittelbare postnatale kinderchirurgische Versorgung benötigen; Fehlbildungs-Ultraschalluntersuchungen sowie fachspezifische genetische Untersuchungen inkl. Neugeborenen-Screening

  Schwerpunktversorgung Typ A

  - Versorgungsstruktur: vorrangig in Schwerpunkt-KA mit ABT GGH, ABT KIJU mit NICU;
  - intensivmedizinische Versorgung von geburtshilflichen und neonatalen Erkrankungen und Notfällen muss verfügbar sein

  Schwerpunktversorgung Typ B

  - Versorgungsstruktur: ABT GGH, ABT KIJU mit NIMCU
  - plötzlich auftretende, unerwartete neonatologische Notfälle müssen adäquat vor Ort zu behandeln sein; Verlegung an eine Abteilung mit höherer neonatologischer Versorgungsstufe bei anhaltenden Problemen des Neugeborenen

Grundversorgung

- Versorgungsstruktur: ABT oder in Ausnahmefällen (bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten ABT GGH) ROF GGH; Konsiliarversorgung KIJU
- risikoarme Schwangerschaft (ab SSW 36+0)
- Neugeborenen-Screening gemäß Mutter-Kind-Pass
- Transferierung von Frauen mit Risikoschwangerschaften in eine Abteilung mit geburtshilflicher Schwerpunktversorgung oder in ein Perinatalzentrum sowie von Neugeborenen mit Bedarf an Intensivversorgung an eine NIMCU/NICU; Indikationen zur Transferierung der Schwangeren und des Neugeborenen siehe → *Anhang 3*

[89] SSW: Schwangerschaftswoche

Hebammengeburt (extramural)

- Vaginale Entbindungen reifer Einlinge in Terminnähe bei Frauen ohne ersichtliches Risiko durch Hebammen (extramural), gemäß Hebammengesetz
- Beiziehen einer/eines Fachärztin/Facharztes für GGH bzw. KIJU nach Bedarf bzw. entsprechend dem Hebammengesetz
- Transferierung bei Komplikationen in eine Abteilung mit geburtshilflicher Grundversorgung, Schwerpunktversorgung oder in ein Perinatalzentrum; Indikationen zur Transferierung der Schwangeren und des Neugeborenen siehe → *Anhang 3*

Ambulanter Bereich

- Die Betreuung von Frauen mit risikoarmen Schwangerschaften, von Frauen im Wochenbett und Neugeborenen findet im ambulanten Bereich statt (siehe → *Kap. 3.1.4.3 Aufgabenprofil Gynäkologie und Geburtshilfe)*

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- → Möglichst Vermeidung von Neugeborenen-Transporten durch rechtzeitige Verlegung der Schwangeren (Antenataltransport)
- → Neugeborenen-Transport mit Inkubator dennoch für alle Versorgungsstufen der Geburtshilfe sicherzustellen
- → Geburtshilfe in KA nur an Standorten mit operativem gynäkologischem Leistungsspektrum
- → Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit in der Betreuung von Schwangeren, Neugeborenen und Wöchnerinnen erfahrenem Personal für Physiotherapie und Sozialarbeit; Opferschutzgruppe in KA
- → Regelmäßige Kontrolle von Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen gemäß Mutter-Kind-Pass (intra- und extramural)
- → Prozess- und Ergebnisqualität:
  - ⇒ Für alle Frühgeburten < SSW 32+0 ist eine regelmäßige entwicklungsneurologische Nachuntersuchung im Sinne der Konsensusempfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde 2012[90] vorzusehen.
  - ⇒ Durchführung von Risikotrainings in GH-Abteilungen aller Versorgungsstufen (SOPs)
  - ⇒ Regelmäßige Schulung in Neugeborenen-Reanimation für das interdisziplinäre Team in KA
  - ⇒ Nachweis regelmäßiger Schulungen für Neugeborenen-Reanimation und Risikotraining für extramural tätige Hebammen

[90] Kiechl-Kohlendorfer U. et al: Standardisierte entwicklungsneurologische Nachuntersuchung von Frühgeborenen mit weniger als 32 Schwangerschaftswochen, Konsensuspapier der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ), Monatsschr Kinderheilkd 2012, 160:681–683

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	Perinatal-zentrum	Schwerpunktversorgung		Grund-versorgung	Hebammen-geburt (extramural)
		Typ A	Typ B		
Personalanwesenheit					
FA für GGH in KA	7/24			Tagdienst, NWF Rufbereitschaft	-
FA für GGH - zuständig für Entbindungsbereich	7/24	-			
FA oder TA-FA für GGH in KA	7/24		-	-	-
Neonatologisch versierter FA für KIJU in NIMCU und NICU	7/24	-			
FA für KIJU in KA	7/24			Konsiliardienst	-
Neonatologisch versierte/r FA oder TA-FA für KIJU in NIMCU und NICU [1]	-	7/24	-	-	-
Hebamme	7/24			7/24 [2]	fallbezogen 7/24 in Rufbereitschaft
FA für AN/INT in KA	7/24			gemäß KAKuG	-
DKKP/DGKP	7/24			7/24 oder 2. Hebamme	-
Klinische Psychologie	Neonatologie [3]	Neonatologie [3]	KA	ZA	-
Medizinische Genetik	ZA				
Ausstattung					
Operationsbereitschaft	7/24				Transfer
Intensivversorgung	ICU (III)	ICU		IMCU	Transfer
Neonatologie	mind. 10 NICU-Betten plus NIMCU-Betten	mind. 6 NICU-Betten plus NIMCU-Betten	mind. 4 NIMCU-Betten [4]	Transfer	

[1] Falls der/die in der Station diensthabende Arzt/Ärztin kein FA ist und der/die in der KA anwesende FA keine ausreichende NEO-Kompetenz hat, ist ein FA-Dienst mit NEO-Erfahrung in Rufbereitschaft einzurichten.
[2] Wenn in einer KA weniger als 365 Geburten pro Jahr durchgeführt werden, hat die Hebamme jedenfalls bei Patientinnenanwesenheit 7/24 anwesend zu sein.
[3] Ausmaß der psychologischen Betreuung in Abhängigkeit vom Anteil der Frühgeborenen unter 1.500 g Geburtsgewicht.
[4] In zu begründenden Ausnahmefällen mit Beschluss der L-ZK auch weniger Betten möglich.

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

Geburtshilflich tätige SAN haben die Qualitätskriterien sowie die notwendigen Voraussetzungen für die Grundversorgung uneingeschränkt sicherzustellen.

3.2.3.5 Trauma-Versorgung (TR)

im Rahmen des Fachbereichs Orthopädie und Traumatologie (ORTR)

Diagnostik, präklinische und klinische Therapie, Nachbehandlung, Rehabilitation und fachspezifische Begutachtung von akuten und chronischen Verletzungen in jedem Lebensalter

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte Versorgung

Trauma-Zentrum (TRZ)

- Referenzzentrum; vorrangig an Zentral-KA oder Schwerpunkt-KA mit breiter Fächerstruktur, ggf. unter Einbeziehung von UKH
- Versorgungsstruktur: ABT UCH/ORTR, interdisziplinäre institutionalisierte Zusammenarbeit mit AN/INT, CH, NCH, NEU, PCH, GCH, TCH, AU, MKG, KIJU, KJC, HNO, URO, interventionelle RAD
- Behandlung von Schwerstverletzten und Polytraumen aller Verletzungskombinationen sowie Replantationen
- Erstversorgung von druckkammerpflichtigen Verletzungen sowie Schwerbrandverletzten, dann zielgerichtetes Weiterleiten an die entsprechenden Spezialzentren
- Versorgung von schweren Schädel-Hirn-Verletzungen und spinalen Traumen mit Verletzungen Rückenmark/Cauda und den Hüllen durch institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen NCH und ORTR [91]
- Versorgung von schwerstverletzten/polytraumatisierten **Kindern** ausschließlich in KA mit KJZ
- Vorbereitung auf die Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten bei Großschadenereignissen oder Katastrophen im Rahmen des Katastrophenschutzes, inkl. logistische Bereitstellung von Behandlungskapazitäten

Trauma-Schwerpunkt (TRS)

- Versorgungsstruktur**:** vorrangig in Schwerpunkt-KA mit ABT UCH/ORTR, sowie in UKH (sofern die entsprechenden Kriterien erfüllt sind)
- Behandlung von Schwerverletzten; Behandlung spezieller Verletzungen (z.B. urogenitale Verletzungen, Gesichtsschädel) entsprechend der Vorhaltung der Fachbereiche in der jeweiligen KA oder in Kooperation mit anderen KA
- Versorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen und spinalen Traumen in Zusammenarbeit zwischen NCH und ORTR, wobei schwere Schädel-Hirn-Verletzungen und schwere spinale Traumen im TRZ versorgt werden sollten.
- Erstversorgung von Polytraumen und komplexen Verletzungen und zielgerichtetes Weiterleiten, wenn Primärtransport in ein Trauma-Zentrum nicht möglich ist.
- Erstversorgung von Schwerbrandverletzten, dann zielgerichtetes Weiterleiten an die entsprechenden Spezialzentren
- Versorgung von **schwerverletzten Kindern**
  - bis 4. LJ nur in KA mit ABT KIJU und NIMCU/PIMCU
  - ab 4. LJ auch in KA ohne ABT KIJU und NIMCU/PIMCU, sofern kindgerechte Versorgung gewährleistet ist
- Logistische Bereitstellung von Behandlungskapazitäten bei Großschadenereignissen oder Katastrophen im Rahmen des Katastrophenschutzes

Lokale Trauma-Grundversorgung (TRL)

- Versorgungsstruktur: ABT UCH/ORTR bzw. ROF, ggf. UKH
- Unfallort-nahe Behandlung von Monotraumen und Extremitätenverletzungen ohne behandlungsbedürftige neurovaskuläre Begleitverletzungen sowie Überwachung nach Unfall
- Adäquate Erstversorgung und ggf. Erstbehandlung von Schwerverletzten und zielgerichtetes Weiterleiten, wenn Primärtransport in einen Trauma-Schwerpunkt oder ein Trauma-Zentrum nicht möglich ist (während der Öffnungszeit)
- Versorgung von **Kindern** mit Leistungserbringung gemäß LM-stat KTYP 4, wenn keine KIJU-Versorgung am KA-Standort.

[91] Derzeit laut ÄAO 1998/2006 Ausbildung im Rahmen des Gegenfaches NCH.

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialarbeit, Psychotherapie/Psychologie; Notarzt-/Rettungsdienst; Kinder- und Opferschutzgruppe in KA
- ➔ Festlegung von **Trauma-Netzwerken** auf Landesebene unter Einbezug der präklinischen Notfallversorgung (insbesondere des Rettungswesens) für eine bedarfsgerechte Behandlung von Verunfallten entsprechend dem Schweregrad der Verletzung
- ➔ Prozessqualität:

  ⇒ präklinische Versorgung von schweren Schädel-Hirn-Traumen siehe → *Anhang 4*

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	Trauma-Zentrum	Trauma-Schwerpunkt	Lokale Trauma-Grundversorgung
Personal (spez. für Schockraum)			
FA AN/INT in KA	7/24		Anwesenheit während Öffnungszeit; dann Rufbereitschaft
FA UCH oder FA ORTR mit Schwerpunkt Traumatologie	7/24	7/24	Anwesenheit während Öffnungszeit; dann Rufbereitschaft
FA RAD in KA	7/24	7/24, ggf. Teleradiologie[1]	Rufbereitschaft, ggf. Teleradiologie[1]
TA-FA UCH/ORTR oder FA UCH oder CH	7/24		-
FA CH in KA	Rufbereitschaft		
FA NCH in KA[5]	7/24	Konsil, ggf. via Teleradiologie[1]	-
FA NEU in KA[5]	7/24	Rufbereitschaft	
FA GCH	Rufbereitschaft		
FA KJC	ZA	ZA	
DGKP mit AN-Sonderausbildung in KA	7/24		Rufbereitschaft
DGKP	7/24		
RadiologietechnologIn in KA	7/24		Rufbereitschaft
Ausstattung			
Schockraum	gemäß ICU 1 Grundausstattung; 2 Behandlungsplätze	gemäß ICU 1 Grundausstattung; 1 Behandlungsplatz	gemäß IMCU Grundausstattung; 1 Behandlungsplatz
Intensivversorgung	ICU 3 in KA; PICU[4] in KA	ICU in KA; PIMCU [2,4]	IMCU
Notfall-OP	binnen 20 Min. verfügbar[3]	binnen 20 Min. verfügbar	-
CT	KA		
MR	KA		ZA
Interventionelle RAD	KA	ZA	
Helikopterlandeplatz	KA		KA[6]

[1] Klinische Befundung der radiologischen Bilder und Festlegen der therapeutischen Konsequenz an anderem KA-Standort, im Rahmen der Medizinischen Strahlenschutzverordnung i.d.g.F.

[2] siehe dazu → *Kap. 3.2.3.2 Intensivversorgung von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen*

[3] Für die Versorgung von schweren SHT ist ein OP mit zumindest folgender Ausstattung vorzuhalten: OP-Mikroskop, NC-Lagerungsbehelfe, bipolare Koagulation.

[4] vorzuhalten, wenn vorgesehen ist, dass Kinder behandelt werden, die eine intensivmedizinische Versorgung benötigen

[5] Wenn die ABT NEU oder NCH nicht am KA-Standort eingerichtet ist, ist die jederzeitige Verfügbarkeit des FA NEU bzw. FA NCH für das TRZ sicherzustellen.

[6] ggf. auch in räumlicher Nähe

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

Leistungserbringung und deren Anforderungen haben jener in der oben beschriebenen lokalen Traumaversorgung zu entsprechen.

3.2.3.6 Schwerbrandverletztenversorgung (BRA)

Spezialgebiet der Fachbereiche Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie oder Unfallchirurgie mit Erfahrung im Bereich großflächiger Hautersatz sowie Intensivmedizin und Handchirurgie

VERSORGUNGSMODELL

Spezialzentrum mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP) (Erwachsene und Kinder)

- nur an Traumazentrum
- BRA-Einheit im Rahmen einer ICU 3 bzw. PICU, dabei jederzeitige Verfügbarkeit der Betten für Brandverletzte.
- Einbindung in Traumanetzwerk mit zentraler Koordination: Nach primärer Versorgung sollte zum frühestmöglichen Zeitpunkt die Verlegung in ein Spezialzentrum für Schwerbrandverletzte erfolgen
- Leistungsumfang[92]:
  - sicher oder fraglich operationspflichtige Verbrennungen (2b. und 3. Grades von mehr als 10% der Körperoberfläche unabhängig von Alter) oder entsprechende Schädigung durch chemische Substanzen oder Strom mit Lokalisation im Gesicht, am Hals, an der Hand, am Fuß, im Bereich der Achselhöhlen, über großen Gelenken oder im Genitalbereich sowie bei Vorerkrankungen (PatientInnen, bei denen Begleiterkrankungen und/oder -verletzungen Einfluss auf das Behandlungsergebnis nehmen können); zirkumferente Verbrennungen; Inhalationstraumata, auch in Verbindung mit leichten äußeren Verbrennungen

    Erwachsene: zusätzlich Verbrennungen ab 2. Grades von 15 Prozent und mehr
    Kinder: zusätzlich Verbrennungen ab 2. Grades von 5 Prozent (bei oben genannten Lokalisationen) und mehr
  - Verbrennungsähnliche Syndrome (z.B. nekrotisierende Fasziitiden) mit Bedarf an großflächigem Hautersatz, ggf. auch in Abstimmung mit DER
  - Forschung und Lehre, inkl. Ausbildung zur präklinischen Versorgung und innerklinischen Erstversorgung
  - Prävention von Brandverletzungen
- Zentrale Leitstelle für freie Betten in Brandverletztenzentren in Österreich (Einbindung in europäisches Netzwerk) auch in Vorbereitung auf die Bewältigung eines Massenanfalls von Brandverletzten im Rahmen des Katastrophenschutzes

In Ergänzung zu den Spezialzentren BRA ist anzustreben, dass an allen TRZ oder TRS Kompetenz in der Erstversorgung von Schwer-Brandverletzten sowie - in Zusammenarbeit mit PCH – bei der Behandlung von Brandverletzten erworben wird.

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit von UCH/ORTR, PCH, AN/INT; bei Behandlung von Kindern auch KIJU und KJC, sowie Beiziehen der entsprechenden Sonderfächer bei Bedarf
- ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Klinische Psychologie/Psychotherapie, Diätologie, Logopädie und Sozialarbeit im Team, wobei der Umfang der Betreuung im Gegensatz zu anderen Bereich sehr hoch ist
- ➔ Rehabilitation und Nachsorge von Brandverletzten[93]:
  - ⇒ Akutbehandlung und Akut-Nachbehandlung mit intensiver therapeutischer Intervention in den Schwerbrandverletztenzentren
  - ⇒ Enge Zusammenarbeit von Rehabilitationszentren mit den Schwerbrandverletztenzentren
  - ⇒ Einrichtung einer Nachsorgesprechstunde
  - ⇒ Durchführen von Korrektureingriffen in Schwerbrandverletztenzentren

[92] Quelle: Weißbuch Schwerverletztenversorgung Auflage 2 (20.07.2012)
[93] vgl. DGV e.V.-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin)

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	SPZ BRA
Personal – Anwesenheit	
FA für PCH oder FA UCH/ORTR mit Schwerpunkt Traumatologie oder FA für KJC	im Anlassfall 7/24
FA AN/INT	Im Anlassfall 7/24
DGKP mit Intensivausbildung (mind. 50%)	7/24
für die Behandlung von Kindern zusätzlich	
FA KIJU mit Additivfach „Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin“	im Anlassfall 7/24
Infrastruktur BRA-Einheit	
Erwachsene: in Einzelzimmern/Einzelkojen mit Grundausstattung gemäß ICU 3 in der Regel mindestens	4 Betten, im Anlassfall verfügbar
Kinder[1]: in Einzelzimmern mit Grundausstattung gemäß PICU in der Regel mindestens	2 Betten im Anlassfall verfügbar
Heizbarer Aufnahme- und Schockraum	Ausstattung gemäß ICU 1 bzw. PICU
Chirurgischer Behandlungs-/Verbandsraum mit der Möglichkeit der Hydrotherapie[2]	zugeordnet und in räumlicher Nähe der BRA-Einheit
Heizbare Operationseinheit („Schwerbrand-Verletzten Operationsraum“)	zugeordnet und in räumlicher Nähe der BRA-Einheit mit täglicher Operationsmöglichkeit
Möglichkeit der kontinuierlichen bakteriologischen Überwachung	KA
Verfügbarkeit von Kulturhaut	KA
Fotodokumentation	BRA-Einheit
Helikopterlandeplatz	KA

[1] Gilt nur für Zentren, die Kinder und Jugendliche versorgen.
[2] ersatzweise Einzelzimmer mit OP-Reinluftklasse / Schleusensystem und Möglichkeit der Über- bzw. Unterdruckklimatisierung

3.2.3.7 Erkrankungen des Nervensystems (NEU, NCH, Spezialzentren)

A. Neurologie (NEU)

Die neurologische Fachversorgung umfasst die Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation/Remobilisation/Nachsorge sämtlicher Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems sowie der Muskulatur und der Begleitsymptome.

VERSORGUNGSMODELL

Abteilung für Neurologie

- Infrastruktur: Elektrophysiologie (EEG, EMG, NLG[94]), Evozierte Potenziale, Neurosonographie; Zugang zu Neuroimaging-Verfahren (insbesondere CT, MR, DSA, SPECT, PET)
- Personalausstattung mit einem multiprofessionellen Team (siehe spezifische Qualitätskriterien); Personal-Anwesenheit gemäß KAKuG

Stroke Unit (SU)

- Verpflichtend und nur im Rahmen einer NEU-Abteilung[95] einzurichten
- Behandlung von PatientInnen mit Schlaganfall, und transitorischer ischämischer Attacke (TIA); Nachbehandlung von PatientInnen nach endovaskulärer Therapie cerebrovaskulärer Erkrankungen
- Implementieren von SOPs gemäß nationaler und internationaler Standards zur optimierten Akutversorgung bei Verdacht auf Schlaganfall (inkl. Einbeziehen einer zentralen Aufnahmeeinheit)
- Institutionalisierte Zusammenarbeit: RAD mit interventioneller Radiologie, FA IM-KAR, FA NCH, FA GCH
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) insbesondere mit Personal für Psychologie mit besonderen Kenntnissen in Neuropsychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie

Akut-Nachbehandlung Stufe B (NEU-ANB/B)

- in einer NEU-Abteilung einzurichten[95,96]
- Behandlung von PatientInnen, die zumindest intermittierend schwer bewusstseinsgestört, aber nicht mehr dauernd kontrolliert zu beatmen sind
- keine oder nur sehr geringe Kooperationsfähigkeit; vollkommene oder weitgehende Unselbstständigkeit bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Komplikationen und notfallsartige Verschlechterungen sind häufig und können jederzeit intensivmedizinische Interventionen notwendig machen

Akut-Nachbehandlung Stufe C (NEU-ANB/C)

- in einer NEU-Abteilung bzw. über eine Kooperation an einem anderen KA-Standort oder mit Strukturen der medizinischen Rehabilitation im Sinne des ASVG
- Behandlung von PatientInnen, die ausreichend kooperativ sind und jedenfalls eine beschränkte Zeit des Tages aktiv an therapeutischen Maßnahmen teilnehmen können
- Bewältigbarkeit zumindest einiger Aktivitäten des täglichen Lebens
- Keine Aspirationsgefahr, aber zu einem erheblichen Teil von pflegerischer Hilfe abhängig
- Begleiterkrankungen bzw. -verletzungen dürfen die notwendigen therapeutischen Maßnahmen nicht verbieten oder behindern
- Keine Selbst- oder Fremdgefährdung
- Therapieanforderung[97]: tägliche, zumindest dreistündige Behandlung durch diplomierte Fachkräfte insbesondere Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, DGKP und Sozialberatung; Patientenschulung
- Nahtstellenmanagement: Organisation von Hilfsmitteln; Nachsorgemaßnahmen

[94] EEG: Elektroenzephalographie; EMG: Elektromyographie; NLG: Nervenleitgeschwindigkeit
[95] Ausnahme: wenn Stroke Unit oder NEU-ANB/B in räumlicher Nähe unter Einhaltung des Erreichbarkeitsrichtwerts für NEU verfügbar ist.
[96] Bei bestehender dislozierter SU ist die Vorhaltung einer NEU-ANB Stufe B am Standort der SU möglich.
[97] siehe auch Rehabilitationsplan 2016 S 40ff

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachbereichen IM-KAR, KIJU, PSY, NCH, GCH, RAD, NUK

➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Klinischer Psychologie mit besonderen Kenntnissen in der Neuropsychologie, Radiologietechnologie, Biomedizinische Analytik, Orthoptik, Diätologie, Sozialarbeit

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	Stroke Unit (SU)	NEU-ANB (Stufe B)	NEU-ANB (Stufe C)
Personal- Anwesenheit			
FA NEU[1] in KA	7/24		Tagdienst, NWF Rufbereitschaft
FA NEU oder TA-FA NEU mit speziellen Kenntnissen in der Schlaganfallversorgung	Tagdienst	-	
FA IM in KA bzw. in Rufbereitschaft	7/24	-	-
DGKP	7/24		-
Ausstattung			
Betten	mind. 4 Betten	mind. 3 Betten	mind. 8 Betten
Monitoring (NIBP unblutig, EKG, Pulsoximetrie, Temperaturmessung)	pro Bett	pro Bett	-
O_2-Insufflation	pro Bett	pro Bett	-
Absaugung	pro Bett	pro Bett	-
Beatmungsmöglichkeit manuell	SU	ANB	-
Beatmungsgerät (inkl. CPAP und nicht invasive Beatmungsfunktion)	SU	ANB	-
Infusions- und Infusionsspritzenpumpen	mind. 2 pro Bett	mind. 1 pro Bett	-
Mehrkanal-EKG	SU	ANB	-
Externer Schrittmacher	KA		-
Transkranieller Doppler	KA		-
Transportüberwachung	SU	ANB	-
Intensivversorgung	ICU in KA	bei Bedarf Transfer an ICU	-
CT, CT-Angiographie	7/24 in KA	7/24 ZA	-
MR, MR-Angiographie	7/24 in KA	7/24 ZA	-
Diagnostische arterielle zerebrale Angiographie	ZA		-
Transthorakale Echokardiographie	7/24 in KA		-
Transösophageale Echokardiographie	KA	-	-
Labor	7/24 in KA (Befund in 30 Minuten verfügbar)		ZA

[1] Bei bestehender dislozierter Einrichtung einer SU (nicht am KA-Standort der Standard-ABT für NEU) sind diese Vorgaben im Verbund mit der ABT für NEU zu erfüllen, im Tagdienst hat auf der SU jedenfalls ein FA für NEU anwesend zu sein.

B. Neurochirurgie (NCH)

Vorbeugen, Erkennen, konservative und operative Behandlung und Nachbehandlung von Erkrankungen des zentralen, peripheren und autonomen Nervensystems, einschließlich ihrer versorgenden Gefäße und stützenden Elemente (Wirbelsäule) sowie die operative Behandlung von Schmerz

VERSORGUNGSMODELL

Abteilung für Neurochirurgie

Vorrangig an Zentral- und Schwerpunkt-KA

- Akut-Neurochirurgie gemäß ÜRVP
  - Besonderer Versorgungsbereich der NCH mit ÜRVP
  - Umfasst sämtliche Leistungen, die akut durchgeführt werden müssen (speziell Therapie von Hirnblutungen); inkludiert die Versorgung dieser PatientInnen in einer Intensiveinheit
- Neurochirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen
  - Behandlung von Gehirntumoren, Schädel-Hirn-Traumen, spinalen Neurotraumen, intrakraniellen Gefäßerkrankungen und Hydrocephalus bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. LJ) durch FA für NCH und/oder mit eingeschränktem Leistungsspektrum durch FA KJC
  - Postoperative Versorgung durch FA für NCH so lange weiterzuführen, bis aus Sicht der behandelnden FÄ für NCH eine Übertragung der medizinischen Verantwortung für diese PatientInnen auf FA für KIJU bzw. für KJC möglich ist
  - Möglichst frühzeitiges (in der Regel 24 Stunden nach Operation) postoperatives Transferieren in Einheiten für KIJU bzw. für KJC mit kindgerechter Gestaltung und Ausstattung

Zentrum für Neuro-Radiochirurgie

Stereotaktische Behandlung von PatientInnen mit einem Hirntumor mittels Gamma-Knife oder Linearbeschleuniger

Spezialzentrum

- FA für NCH mit Expertise in Neuro-Radiochirurgie und/oder FA STR
- Zugang zu Linearbeschleuniger einschl. Stereotaxiesystem oder Gamma-Knife
- EDV-gestützte Eingriffsplanung

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachbereichen NEU, KIJU, UCH/ORTR, HNO, STR, Onkologie/Neuropathologie

➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie mit besonderen Kenntnissen in der Neuropsychologie und/oder Psychotherapie

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	NCH-Abteilung
Personal – Anwesenheit	
FA NCH[1]	7/24
FA AN/INT in KA	7/24
Ausstattung	
Operationsbereitschaft	7/24
Intensivversorgung	ICU 2 in KA
Bildgebende Verfahren (inkl. CT, MR) in KA	7/24 in KA
Angiographie (inkl. CT und MR-Angiographie) in KA	7/24 in KA

	NCH-Abteilung
OP-Mikroskop	OP
Neuronavigation	OP
Bildwandler und intraoperative Bildgebung	OP
Intraoperatives elektrophysiologisches Monitoring	OP
Ultraschall-Gewebszertrümmerer	OP
Transkranielle Dopplersonographie	OP
Stereotaxiesystem	OP
Neuropathologische Befundung (inkl. Schnellschnittbefundung)	ZA
ICP-Monitoring[2]	ABT NCH
intrakranielle Dopplersonographie	KA

[1] anforderungsabhängig zusätzliches ärztliches Personal (z.B. TA-FA für NCH, AM)
[2] ICP: intrakranielle Druckmessung

C. Neurologisch-Neurochirurgische Spezialzentren[98]

VERSORGUNGSMODELL

Allgemeines zur Rolle der folgenden Spezialzentren

- Die Grundversorgung von PatientInnen mit neuro-onkologischen Erkrankungen sowie PatientInnen mit Parkinsonkrankheit und verwandten Bewegungsstörungen (EPMS) und PatientInnen mit Epilepsien und zerebrovaskulären Erkrankungen findet im ambulanten Fachbereich und im stationären Bereich statt.
- Zur weiterführenden Diagnostik und Behandlung dienen Spezialambulanzen und spezifische diagnostische Einheiten
- In speziellen Situationen ist die Abklärung und Behandlung in Spezialzentren erforderlich, die nachfolgend beschrieben sind:

Spezialzentrum für Erkrankungen des extrapyramidalmotorischen Systems (EPMS) mit EPMS-Chirurgie

Prächirurgische Diagnostik, neurochirurgische Behandlung und postoperatives Management und Langzeitnachbehandlung von Personen mit Erkrankungen des extrapyramidalmotorischen Systems (EPMS)[99]

- Abteilung für NEU mit Spezialambulanz für EPMS
- Abteilung für NCH am KA-Standort
- Regelmäßige Fallkonferenzen
- Interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) insbesondere mit Personal für Radiologie, Nuklearmedizin, Psychiatrie, Neuropsychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie

Spezialzentrum für präoperative Epilepsiediagnostik und Epilepsiechirurgie

Prächirurgische Diagnostik, neurochirurgische Behandlung, postoperatives Management und Langzeitnachbehandlung von PatientInnen mit Epilepsie

- Abteilungen für NEU und KIJU mit Epilepsieambulanzen und Epilepsie-Monitoring-Einheit (Video-EEG-Monitoring)
- Abteilung für NCH am KA-Standort
- Regelmäßige Fallkonferenzen
- Interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) insbesondere mit Personal für Radiologie, Nuklearmedizin, Psychiatrie, Neuropsychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie

[98] jeweils im Rahmen einer Abteilung für NCH bzw. NEU
[99] Erkrankungen mit stark gesteigerten oder gehemmten Bewegungsabläufen sowie überschießenden Reflexen (z.B. Parkinson-Krankheit)

Spezialzentrum für endovaskuläre Neurointervention

Endovaskuläre Behandlung von zerebrovaskulären Erkrankungen

- Abteilung für NEU mit Stroke Unit: insbesondere interventionelle Schlaganfallbehandlung 7/24 und/oder
- Abteilung für NCH: Zusammenarbeit insbesondere als Backup für Komplikationen und Behandlung von Gefäßmissbildungen
- Institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen NEU, NCH und RAD (mit entsprechender Erfahrung in endovaskulärer Neurointervention)

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	EPMS-Diagnostik und -chirurgie	Epilepsiediagnostik und -chirurgie	Endovaskuläre Neurointervention
Personal			
FA NEU	FA mit Expertise in der Therapie von Bewegungsstörungen: Tagdienst	FA mit Expertise in Epilepsiebehandlung: Tagdienst; FA NEU 7/24	7/24
FA RAD mit Spezialisierung in endovaskulären Verfahren	-	-	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft
FA NCH	FA mit Expertise in funktioneller Stereotaxie und Mikroelektrodenableitung: Tagdienst	FA mit Expertise in funktioneller Stereotaxie und intrazerebralen Tiefenelektrodenableitungen sowie Epilepsiechirurgie: Tagdienst	Rufbereitschaft
FA RAD	KA	KA	-
Ausstattung			
Intensivversorgung	ICU	ICU, PICU	ICU, Stroke Unit
MR	KA (3-Tesla)	KA (3-Tesla)	KA (mind. 1,5-Tesla)
Spezifische NUK Diagnostik (insb. SPECT und PET)	ZA	ZA	-
Spezifische krankheitsbezogene Diagnostik			
Intraoperative Tiefenelektrodenableitung	KA	-	-
Intraoperative CT bzw. MR	KA	-	-
Standardisierte Videodokumentation	KA	-	-
Video-EEG-Monitoring	-	KA	-
Video-EEG-Monitoringeinheit (VEM) mit ≥64-Kanal-EEG-Ableitplätzen	-	KA	-
Intraoperative Elektrokortikografie	-	KA	-
Intraoperative und chronische Tiefenelektrodenableitung	-	KA	-
funktionelle MRT, postprocessing	-	KA	-
Diagnostische und interventionelle Angiographie	-	KA	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft

3.2.3.8 Psychische Erkrankungen (PSY, KJP)

Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen oder Störungen gemäß ICD

Versorgungsgrundsätze

- Partizipation der betroffenen Menschen und Angehörigen
- Dezentralisierung nach Maßgabe der geographischen Verhältnisse
- Regionalisierte Versorgung (inkl. Maßnahmen nach UbG)
- Gemeindenähe und -integration
- Ambulante Versorgung stärken
- „Ambulant vor stationär“
- „Tagesklinisch vor vollstationär“
- Konsiliar-Liaison Versorgung
- Integration in die Primärversorgung
- Vernetzung der Versorgungsbereiche

VERSORGUNGSMODELL

Modulare Versorgung

- Vorrangig multiprofessionelle niederschwellige Versorgungsangebote im ambulanten Bereich
- Umsetzung der Angebote im komplementären Bereich (Sozialbereich) in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen und den gesetzlich vorgegebenen Zuständigkeiten
- Bilden von regionalen sozialpsychiatrischen Netzwerken bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Netzwerken unter Einbeziehung aller Anbieterstrukturen (inkl. Sozial- und Behindertenbereich, Kinder- und Jugendhilfe); landesweite Netzwerkkoordination
- Ein Zusammenschluss von Konsiliar- und Liaisondiensten für PSY und PSO durch Berufsgruppen mit psychosozialer Kompetenz ist anzustreben (Klinische Psychologie; Psychotherapie; ÄrztInnen mit PSY II oder PSY III Diplom bzw. mit Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin, FA für PSY)
- Laufende Evaluierung des Auf- und Ausbaus der ambulanten, tagesklinischen, stationären und komplementären Versorgung

Versorgungsbereiche

<table>
<tr><th>Versorgungsbereich</th><th>Erwachsene</th><th>Kinder und Jugendliche</th><th>Abhängigkeitserkrankungen</th></tr>
<tr><td>Intramural</td><td colspan="2">– Stationärer Bereich
– Tagesklinik (auch dislozierter)
– Ambulanz
– Konsiliar- und Liaisondienst für KA</td><td>– Stationärer Bereich
– Tagesklinik (auch dislozierter)
– Ambulanz (auch dislozierter)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Extramural</td><td colspan="3">– AM/PVE
– FA PSY bzw. KJP[1]</td></tr>
<tr><td>– Psychosoziale Versorgungseinrichtungen mit FA PSY (niederschwellige Versorgung für Erwachsene; mind. 1 Einrichtung/VR)
– Not- und Krisendienst
– Konsiliar-/Liaisondienst für Einrichtungen des Sozialbereichs (inkl. Pflegeeinrichtungen, Wohnungslosenhilfe, Behindertenhilfe)</td><td>– KJP Ambulatorien (niederschwellige Versorgung)
– Konsiliar-/Liaisondienst von FA KJP für entwicklungspädiatrische Ambulatorien, Einrichtungen des Sozialbereichs (inkl. der Behindertenhilfe), der Suchthilfe, der stationären Kinder- und Jugendhilfe, (Wohneinrichtungen)
– Mobile Einheiten der KJP zur aufsuchenden Betreuung</td><td>– Erste Anlaufstellen zur Beratung, Behandlungsmotivation, Behandlungsvorbereitung von Suchterkrankungen (z.B. Drogenberatungsstellen)
– Niederschwellige Einrichtungen mit nicht primär abstinenzorientiertem Angebot
– Ambulante Therapieeinrichtungen für Suchterkrankungen
– Einrichtungen zur Nachsorge und Nachbetreuung von Suchterkrankungen</td></tr>
</table>

Versorgungsbereich	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Abhängigkeitserkrankungen
komplementär	– Psychosoziale Beratungsstellen (niederschwellige Anlaufstellen) – abgestuft betreutes Wohnen – abgestufte Arbeitsmöglichkeiten – Tagesstruktur	– Psychosoziale Beratungsstellen (niederschwellige Anlaufstellen) – Voll- und teilbetreute Wohnformen – Abgestufte Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten – Krisenzentren/Kinderschutzzentren – Angebote zu „Frühen Hilfen“ – Mobile sozialarbeiterische/ sozialpädagogische Dienste	– Spezielle Einrichtungen im Bereich Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur

[1] vorrangig in multiprofessionellen niederschwelligen Versorgungsangeboten im ambulanten Bereich

Allgemeinpsychiatrische Versorgung von Erwachsenen in KA

- Allgemeine akutpsychiatrische Versorgung (inkl. tagesklinische Versorgung) von Personen ab dem 19.LJ; bei entsprechender Expertise im Adoleszentenbereich ab dem 15. LJ. Wahlfreiheit, wobei die Wahl des Behandlungssettings aus entwicklungspsychologischer Sicht erfolgen sollte.
- Akute alterspsychiatrische Versorgung
- Akute Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (akuter Entzug), ggf. in Kooperation mit ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe
- Exklusive forensische Psychiatrie
- Exklusive Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen

Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung (KJP)

- Formale Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche von der Geburt bis zum 19. LJ; bei entsprechender Expertise im Adoleszentenbereich ab dem 15. LJ. Wahlfreiheit, wobei die Wahl des Behandlungssettings aus entwicklungspsychologischer Sicht erfolgen sollte
- Sicherstellen der Transition in Zusammenarbeit mit Erwachsenenbereich ab 18.LJ
- Maßnahmen nach UbG bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 19.LJ) ausschließlich an KJP

Spezialversorgung von Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen)

- Zielgruppe sind PatientInnen, die nach ICD-10 die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllen
- Behandlung von substanzgebundenen Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente) als auch von nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. Spiel-, Internet-, Kaufsucht etc.)
- Abstimmung der Planungen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich bzw. der Suchtkoordination im Sinne einer Gesamtplanung erforderlich
- Spezielle Angebote für Jugendliche und suchtkranke Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Für Erwachsene

➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit AM/PVE, KJP (Transition), mit stationären Einrichtungen, ambulantem extramuralem Bereich, (komplementären) Einrichtungen im Sozialbereich, Patientenvertretung, Gerichte für Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft gemäß UbG, Selbsthilfegruppen, Betroffenen und Angehörigen sowie deren Vertretern, der Suchthilfe sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienstes

➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) im Team mit DGKP, insbesondere mit Grund- oder Sonderausbildung in Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege sowie Personal für Klinische Psychologie, Psychotherapie, Diätologie, Ergotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie / Sport- und Bewegungstherapie, Sozialarbeit, klinische Pharmazie

Für Kinder

➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendabteilungen, Erwachsenenpsychiatrie (Altersgrenzen, Transition) sowie mit Einheiten der Psychosomatik für Säuglinge, Kinder und Jugendliche; ambulantem

extramuralem Bereich, (komplementären) Einrichtungen im Sozialbereich, Kinder und Jugendhilfe; Patientenanwaltschaft gemäß UbG, mit Angehörigen sowie deren Vertretern, Suchthilfe

➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit DGKP, insbesondere mit Grund- oder Sonderausbildung in Psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege gem. GuKG 2016 oder DKKP, PädagogInnen und Personal für Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Klinische Psychologie und/oder Psychotherapie (mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen), Musiktherapie, Diätologie, Heilpädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit

PERSONAL, AUSSTATTUNG UND LEISTUNGSBEREICHE

	Psychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Abhängigkeitserkrankungen
Personal – Anwesenheit in KA			
FA PSY	gemäß KAKuG	-	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft
TA-FA PSY oder AM	-	-	7/24
FA KJP	-	gemäß KAKuG	-
Raumangebot und -ausstattung			
Patientenzimmer	wohnliche Gestaltung; Mitaufnahmemöglichkeit von Säuglingen und Kleinkindern; für UbG: Ausstattung mit geringem Gefährdungspotenzial	Altersstufengerecht Mitaufnahmemöglichkeit von Bezugspersonen Eltern-Kind-Einheit(en); für UbG: Ausstattung mit geringem Gefährdungspotenzial	wohnliche Gestaltung
Therapieräume für Einzel- und Gruppentherapien, multifunktionell nutzbar	berufsgruppenspezifisch ausgestattete Therapieräume (Ergotherapie, Physiotherapie, Klinische Psychologie, Psychotherapie)	berufsgruppenspezifisch und altersspezifisch ausgestattete Therapieräume nach Möglichkeit audiovisuelle Anlage (Video und Einwegspiegel)	berufsgruppenspezifisch ausgestattete Therapieräume
Heilstättenschule/-kindergarten	-	in KA	-
Räume für soziale Aktivitäten	multifunktionell nutzbar (Aufenthalt, Essen, etc.); zusätzlich eigener Außenbereich		
Leistungsbereiche der Vollversorgung			
Multimodale Therapie	pro PatientIn und Werktag: in der Regel 3 Therapieeinheiten als Gruppen- oder Einzeltherapie (z.B. Psycho-, Physio-, Ergotherapie,…)		
Richtwert Gruppengröße bei Gruppentherapien	12 Pat.	6-8 Pat.	12 Pat.
Krisenintervention/ Notfallpsychiatrie	X	X	X
Aufnahme/Unterbringung gemäß UbG	X	X regional festzulegen (bis zum 19. LJ)	-
Psychiatrische Intensivtherapie Schwerstkranker	X	X	-
Komplexe Pharmakotherapie	X	X	X
Elektrokonvulsionstherapie (EKT)	X optional festzulegen	-	-
Psychiatrische Tagesbehandlung	X	X	X
Eltern-Kind-Behandlung	X	X	X
Entlassungsmanagement	X	X	X
Psychoedukation	X	X	X
Angehörigenarbeit	X	X	X

3.2.3.9 Krebserkrankungen (ONK, KJONK, STR, SZT)

Die onkologische Versorgung umfasst alle Einrichtungen und personellen Ressourcen, die sich mit der gesamten Behandlungskette von der Früherkennung, Diagnostik, Therapie bis zur nachsorgenden Betreuung von PatientInnen mit bösartigen Neubildungen und bösartigen hämatologischen Erkrankungen befassen.

Einen Überblick über die wichtigsten Handlungsfelder in der Onkologie liefert das nationale Krebsrahmenprogramm[100].

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte und modulare Versorgung

Onkologisches Zentrum (ONKZ)

Referenzzentrum

- Versorgungsstruktur: vorrangig in KA der Zentralversorgung
  Vorhalten aller im interdisziplinären Team (Tumorboard) vorgesehenen Fachbereiche sowie eines Großteils der onkologisch tätigen Sonderfächer gemäß Tabelle inklusive
  - Zentrum für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKZ) mit eigenständiger Fachabteilung für Innere Medizin mit internistischer Onkologie und Hämatologie
  - Strahlentherapie-Radioonkologie mit Verfügbarkeit von Tele- und Brachytherapie; potenzieller Standort für Intraoperative Radiotherapie
    Sicherstellen in unmittelbarer räumlicher Nähe (innerhalb größerer Städte)
- Bilden eines ONKZ durch Kooperation von einer Zentral-KA mit benachbarter Schwerpunkt-KA oder durch Kooperation mehrerer Schwerpunkt-KA, die gemeinsam eine Zentralkrankenanstaltenfunktion haben bei Abstimmung des Leistungsangebotes möglich, im RSG auszuweisen
- Diagnostik und Therapie onkologischer Erkrankungen entsprechend der vorgehaltenen Fachbereiche
- Dem ONKZ vorbehalten sind:
  - Komplexe Therapieverfahren
  - Diagnostik und Therapien mit hohem Bedarf an Interdisziplinarität spezieller Fachbereiche
  - Komplikationsreiche Systemtherapien bzw. Therapien bei HochrisikopatientInnen
  - Seltene Malignome
- Klinische Forschung, inkl. Durchführen klinischer Studien (auch zu Maßnahmen der Prävention und Früherkennung)
- Verpflichtung zur Ausbildung
- Regionale Koordinationsfunktion innerhalb des jeweiligen Fachbereichs sowie auch fachübergreifend

Onkologischer Schwerpunkt (ONKS)

- Versorgungsstruktur: ausschließlich in KA mit Schwerpunktversorgung.
  Vorhaltung der im interdisziplinären Team (Tumorboard) vorgesehenen Fachbereiche sowie weiterer onkologisch tätiger Sonderfächer gemäß Tabelle, zumindest Chirurgie, Gynäkologie inklusive
  - Schwerpunkt für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKS) mit Fachabteilung für Innere Medizin mit internistischer Onkologie und Hämatologie
  - Strahlentherapie-Radioonkologie in räumlicher Nähe
- Diagnostik und Therapie onkologischen Erkrankungen entsprechend der vorgehaltenen Fachbereiche mit Ausnahme der dem ONKZ vorbehaltenen Diagnostik und Therapieverfahren;
- Durchführen klinischer Studien
- Verpflichtung zur Ausbildung
- Zusammenarbeit mit ONKZ ist sicherzustellen
- Regionale Koordinationsfunktion innerhalb des jeweiligen Fachbereichs sowie auch fachübergreifend

[100] Nationales Krebsrahmenprogramm siehe:
https://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Krebs/Nationales_Krebsrahmenprogramm

Assoziierte onkologische Versorgung (ONKA)

- Assoziiertes Angebot für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKA): Fachabteilung für Innere Medizin
- Diagnostik, Therapien und Nachsorge in Abstimmung mit kooperierenden ONKZ und/oder ONKS; Notfallversorgung
- Verpflichtendes Einbringen der PatientInnen in einem Tumorboard eines ONKZ oder ONKS; bei Einrichtung eines eigenen Tumorboards verpflichtende Kooperation mit ONKZ und/oder ONKS

Ambulante Versorgung extramural

- Leistungserbringung gemäß Versorgungsauftrag (ausgenommen Pilotprojekte): Primärprävention, Früherkennung, Diagnostik, kleine Eingriffe, Nachsorge sowie Therapie, sofern diese nicht fachlich primär im intramuralen ambulanten Bereich erbracht werden soll
- Bei entsprechendem Versorgungsauftrag ist die therapeutische Qualität und Patientensicherheit bei der Leistungserbringung durch den Leistungserbringer zu gewährleisten
- Zuweisung von PatientInnen an eine geeignete KA zwecks Registrierung im Tumorboard
- Vernetzung mit ONKS und ONKZ
- Teilnahme an öffentlich finanzierten Screening- und Früherkennungsprogrammen inkl. Früherkennung von Brustkrebs gemäß „Brustkrebs-Früherkennungsprogramm“ [101]

Brustkrebsversorgung

Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Tumorerkrankungen der Brust; Koordinationsfunktion

Brustgesundheitszentrum (BRZ)

- Nicht als eigene strukturelle Einheit, sondern als Teil des interdisziplinären ONKZ oder ONKS zu führen
- Interdisziplinäre Einheit mit Einbindung von zumindest ABT für CH, GYN, IM mit Hämato-Onkologie; PCH und STR auch in räumlicher Nähe verfügbar. Kooperationsvereinbarungen zwischen den o.g. Abteilungen sind in Hinblick auf Zusammenarbeit dieser Abteilungen und ihre Teilnahme am Tumorboard zu verfassen.
- Gemeinsames ggf. auch entitätsspezifisches Tumorboard

Affiliierter Partner (AP) eines Brustgesundheitszentrums

- Kooperation mit BRZ ist zu institutionalisieren
- Interdisziplinäre Einheit mit Einbindung von ABT für CH und/oder GYN, IM mit Hämato-Onkologie
- Teilnahme am Tumorboard des BRZ

Spezialzentrum für neuroonkologische Erkrankungen (NONKZ)

Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Tumorerkrankungen des Zentralnervensystems (ZNS)

- Spezialzentrum
- Nur an Standorten mit ONKZ
- ABT für NEU und ABT NCH
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit von NEU, NCH, STR, KIJU, IONKZ, RAD mit besonderer Expertise in der Befundung von ZNS-Tumoren

[101] Qualitätsstandard Brustkrebs-Früherkennung siehe: https://www.bmgf.gv.at/home/Brustkrebsevaluierung

Onkologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KJONK)

Früherkennung, Diagnostik, Planung und Durchführung der Therapie und Festlegung der erforderlichen Nachsorge für Kinder und Jugendliche (bis zum 19. LJ) mit hämatologisch-onkologischen und/oder onkologischen Erkrankungen

Das Erkrankungsspektrum der Kinder- und Jugend-Onkologie erfüllt per definitionem die Kriterien der Seltenen Erkrankungen; zur Versorgung von Seltenen Erkrankungen siehe → *Kap.3.2.3.16*

Referenzzentrum mit ÜRVP

- nur in KA mit KJZ
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit neuroonkologischen Erkrankungen durch FÄ KIJU mit Additivfach pädiatrische Hämatologie und Onkologie in enger Zusammenarbeit mit NCH
- Sicherstellen der Transition von PatientInnen, die vom Kindes- ins Erwachsenenalter kommen, für Nachsorge und Spätfolgen pädiatrischer Krebserkrankungen
- Betreuung von Kindern mit onkologischen Erkrankungen in ABT für KIJU außerhalb von RFZ für KJONK nur zulässig, wenn nach Vorstellung des Kindes im RFZ eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem RFZ für KJONK zur Qualitätssicherung besteht; diese institutionalisierte Zusammenarbeit ist dem jeweiligen Gesundheitsfonds zu Kenntnis zu bringen.

Stammzelltransplantation (SZT)

Transplantation (TX) von blutbildenden Stammzellen (SZ)
- bei Beeinträchtigung des Knochenmarks (KM) der PatientInnen durch benigne oder maligne Erkrankungen oder deren Therapie
- bei Eradizierung des gesamten KM zur Heilung der vom KM ausgehenden Erkrankung

Referenzzentrum
- Allogene SZT (all): TX von fremden SZ verwandter oder unverwandter SpenderInnen; ÜRVP; ausschließlich in ONKZ
- Autologe SZT (aut): TX der patienteneigenen SZ; nur an ONKZ bzw. an bereits bestehenden Standorten

- Leistungserbringung gemäß LM (SZT all bzw. aut)
- SZT für Kinder (bis zum 19. LJ): Einrichtung an KJONK
- SZT für Erwachsene: Einrichtung vorrangig an ONKZ
- Richtlinien zur Stammzelltransplantation[102] i.d g F. sind einzuhalten
- Verpflichtende Mitgliedschaft in EBMT (European Group of Blood and Marrow Transplantation)
- Zumindest Zentren, in denen allogene SZT durchgeführt werden, benötigen eine Akkreditierung gemäß EBMT (JACIE – Joint accreditation committee isct ebmt)

[102] Richtlinien zur Stammzelltransplantation Teil I (22.316/0-VIII/D/21/00, 14. Februar 2001), Teil II (22.316.0-VIII/D/21/01, 23. April 2001) und Teil III (22.316/15-VI/B/21/02, 17. Juni 2002): http://www.goeg.at/de/Bereich/Richtlinien-fuer-SZT.html

Verortung onkologisch tätiger Sonderfächer im abgestuften onkologischen Versorgungsmodell (intramural[1])

Die Behandlung von an Krebs Erkrankten ist Teil der meisten therapeutisch tätigen Sonderfächer, allerdings ist sowohl die Anzahl dieser PatientInnen als auch die Komplexität der Behandlungen sehr unterschiedlich. In Abhängigkeit vom Leistungsspektrum und der Patientenzahl soll die Behandlung von Krebskranken nicht an jedem Standort erfolgen. Die folgende Tabelle soll aufzeigen, in welcher Versorgungsstufe die Krebsbehandlung in den einzelnen Sonderfächern optimalerweise stattfinden sollte; Weiterbehandlung/Nachsorge auch in anderen Versorgungsstufen und dem ambulanten Bereich möglich.

	Zuordnung zu Versorgungsstufen		
	ONKZ	ONKS	ONKA
Sonderfächer mit onkologisch-therapeutischer Tätigkeit			
Augenheilkunde und Optometrie	x		
Chirurgie bzw. Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie	x	x	x
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	x	x	x
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	x	x	
Haut und Geschlechtskrankheiten	x	x	
Innere Medizin / Gastroenterologie und Hepatologie	x	x	x
Innere Medizin / Hämatologie und internistische Onkologie	x	x	x
Interventionelle Radiologie	x	x	
Kinder- und Jugendchirurgie	x		
Kinder- und Jugendheilkunde	x		
Lungenheilkunde bzw. Innere Medizin und Pneumologie	x	x	
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	x		
Neurologie/Neurochirurgie	x	x[2]	
Nuklearmedizin (NUK)	x		
Orthopädie bzw. Orthopädie und Traumatologie	x		
Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	x	x	
Strahlentherapie-Radioonkologie	x	x	
Thoraxchirurgie	x	x	
Urologie	x	x	x

[1] zur extramuralen Versorgung siehe → *ambulante Versorgung extramural*
[2] Wenn institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen NEU/NCH bereits etabliert ist.

Als Voraussetzung für eine hochqualitative Leistungserbringung sind diagnostisch tätige Sonderfächer am jeweiligen Standort wie folgt vorzuhalten:

	Zuordnung zu Versorgungsstufen		
	ONKZ	ONKS	ONKA
Diagnostische Sonderfächer			
Klinische Immunologie	x	ZA	-
Klinische Mikrobiologie	x	ZA	-
Klinische Pathologie und Molekularpathologie	x	x	ZA
Medizinische Genetik	ZA		
Medizinische und Chemische Labordiagnostik	x	x	x
Radiologie	x	x	x

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit aller oben genannten Fachbereiche sowie mit GCH, PAL/HOS, PSY, Geriatrie, Transfusionsmedizin

➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Personal für Klinische Psychologie, Psychotherapie oder Gesundheitsberuf mit Weiterbildung in Psychoonkologie, Sexualmedizin, Sozialarbeit, Kindergartenpädagogik, Pädagogik, Seelsorge unterschiedlicher Konfessionen

➔ Prozessqualität:

⇒ Einrichtung von **interdisziplinären Tumorboards** zur interdisziplinären Beratung und gemeinsamen Festlegung von Diagnostik und Therapien bei malignen Neuerkrankungen:
- Zusammensetzung aus VertreterInnen der Inneren Medizin / Hämato-Onkologie bzw. FÄ für KIJU mit Additivfach pädiatrische Hämatologie und Onkologie, des jeweils zuständigen Organfaches, der Radiologie, der Strahlentherapie-Radioonkologie und der Pathologie mit Gleichberechtigung der beteiligten Fachrichtungen im Tumorboard; Teilnahme eines Arztes/einer Ärztin mit PAL Qualifikation anzustreben
- Organisatorische Umsetzung ist an die jeweiligen lokalen und regionalen Gegebenheiten anzupassen (z.B. Videokonferenzen, Telefonkonferenzen)
- Registrierung jeder Person bei Erstauftreten einer malignen Neuerkrankung mit Meldung gemäß Krebsstatistikgesetz
- Erstellen einer Geschäftsordnung gemäß Rahmengeschäftsordnung des Onkologie-Beirats[103], speziell zur Festlegung, unter welchen Voraussetzungen eine registrierte Person im Tumorboard nicht zu besprechen ist
- In ONKZ bzw. ONKS auch mehrere entitätsspezifische Tumorboards (z.B. Mamma)

⇒ Die Registrierung bzw. Besprechung im Tumorboard sollte unmittelbar nach Diagnosestellung vor Therapiebeginn erfolgen, um sämtliche Therapieoptionen zu erwägen.

⇒ Wenn im weiteren Krankheitsverlauf mehrere fachspezifische Therapieoptionen (z.B. medikamentös, chirurgisch, radioonkologisch, interventionell radiologisch etc.) bestehen, sind verpflichtend interdisziplinäre Fallbesprechungen zwischen diesen Fachbereichen abzuhalten bzw. ist der/die PatientIn neuerlich im Tumorboard zu besprechen.

⇒ Anordnung von medikamentösen Tumortherapien nur von ÄrztInnen mit Nachweis der nötigen Ausbildung und Erfahrung

⇒ Durchführung „onko-chirurgischer" sowie interventioneller Verfahren durch ÄrztInnen innerhalb ihres Sonderfaches mit der nötigen Ausbildung und Erfahrung

⇒ Festlegung durch den Krankenanstaltenträger, welche Abteilung innerhalb einer KA für welche onkologischen Leistungen zuständig und verantwortlich ist (unter Berücksichtigung der definierten Qualitätskriterien und der Behandlungssicherheit)

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	ONKZ	ONKS	ONKA	KJONK
Leitung				
IONK/KJONK: Ärztliche Leitung	FA IM-ONK (eigene ABT)	FA IM-ONK	FA IM-ONK	FA KIJU mit Additivfach pädiatrische Hämatologie und Onkologie
SZT: Leitung und Stellvertretung	FA IM-ONK oder FA KIJU-ONK mit zumindest 2-jähriger Erfahrung an SZT-Zentrum			
Personal – Anwesenheit				
IONK: FA IM-ONK	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft (tägl. Visite)	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft[1] (tägl. Visite)	Tagdienst	-
KJONK: FA KIJU mit Additivfach pädiatrische Hämatologie und Onkologie	-	-	-	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft (tägl. Visite)

[103] siehe https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Krebs/Interdisziplinaere_Tumorboards

	ONKZ	ONKS	ONKA	KJONK
FA STR	Tagdienst	Tagdienst oder Konsiliar	-	-
Psychoonkologische Betreuung	Tagdienst		mind. 1 abh. von Anzahl der ONK Pat.	Tagdienst
Im Team: DGKP mit Weiterbildung in onkologischer Pflege und DGKP mit Spezialisierung in Palliativpflege	>1 pro ABT abh. von Anzahl der ONK Pat.		empfohlen	-
Im Team: DKKP mit Weiterbildung in onkologischer Pflege und DKKP mit Spezialisierung in Palliativpflege	-	-	-	>1 pro ABT abh. von Anzahl der ONK Pat.
SZT: FA IM-ONK oder FA KIJU-ONK mit zumindest 2-jähriger Erfahrung an SZT-Zentrum	Tagdienst; NWF Rufbereitschaft		-	Tagdienst; NWF Rufbereitschaft
SZT: DGKP mit entsprechender Erfahrung	7/24		-	7/24
Ausstattung				
Onkologische Ambulanz/Tagesklinik	KA	KA		KA
Intensivversorgung	ICU 2 in KA	ICU in KA	IMCU in KA	PICU in KA
Dialyse/Hämofiltration	KA	ZA	ZA	ZA
Schmerzmanagement	KA	KA	KA	KA
MR	KA	ZA	ZA	ZA
Szintigraphie (Sentinel)	KA	ZA	ZA	ZA
ECT (falls kein PET in KA verfügbar)	KA	ZA	ZA	ZA
PET	KA	ZA	ZA	ZA
Zytologie, Histologie, Immunhistochemie, Immunzytologie, Molekularbiologie	KA	ZA	ZA	ZA
Gefrierschnittuntersuchung (intraoperativer Schnellschnitt)[1]	KA	KA	ZA	KA
Infektionsdiagnostik	ZA	-	-	ZA
Drug-Monitoring	ZA	-	-	ZA
Zentrale Zytostatikaaufbereitung	KA	ZA	ZA	ZA
Spezielle genetische Diagnostik	ZA			
Genetische Beratung	KA	ZA	ZA	KA
Transfusionsmedizinische Einrichtung	KA	ZA		
Onkologische Rehabilitation	ZA			
Palliativ- und/oder Hospizeinrichtung	ZA			

[1] Befundung auch durch Telepathologie möglich

Brustkrebsversorgung (BRZ/AP) zusätzlich			
Digitales Mammographiegerät mit stereotaktischer Einheit	KA	ZA	-
MR mit stereotaktischer Einheit	KA	ZA	-

Stammzelltransplantation	allogen	autolog
Isoliereinheiten (Einzelzimmer)	mind. 6 (davon 2 HEPA oder LAF)[2]	mind. 2 (RIS)[3]
Vor- und Nachsorgebetten	verwandte SZT: 1,5 Betten /Isoliereinheit unverwandte SZT: 2 Betten /Isoliereinheit	0,75 Betten/Isoliereinheit
Intensivversorgung	ICU 2/PICU	ICU 2/PICU
Gewebebank	KA	ZA

[1] Rufbereitschaft auch durch FA IM in Ausbildung zu IM-ONK bzw. TA für IM-ONK
[2] HEPA: High Efficiency Particulate Arrestance Filter; LAF: Laminar air flow
[3] RIS: reverse Isolation

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

Für onkologische Behandlungen in Sanatorien sind jedenfalls die Anforderungen der assoziierten onkologischen Versorgung (ONKA) zu erfüllen. Die PatientInnen sind jedenfalls vorab in einem Tumorboard vorzustellen. Die Empfehlungen des Tumorboards sind in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

3.2.3.10 Nierenerkrankungen (NEP, DIA)

Die nephrologische Versorgung umfasst Früherkennung, Diagnostik, Therapie und nachsorgende Betreuung von Patientinnen/Patienten mit Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Aufklärung zur und Durchführung von Nierenersatzverfahren, Vor- und Nachsorge zur Nierentransplantation sowie mit Durchführung extrakorporaler Therapieverfahren bei nicht primär nierenkranken PatientInnen (z.B. Apheresеverfahren).

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte Versorgung

Zentrum für Nierenkrankheiten (NEPZ)

- Referenzzentrum
- Versorgungsstruktur: vorrangig in Zentral-KA mit ABT für Innere Medizin mit Hauptschwerpunkt Nephrologie, inkl. Nierenersatztherapie
- Betreuung aller Nierenkrankheiten, insbesondere aber
  - jener, die mit hohem diagnostischen oder therapeutischen Aufwand verbunden sind,
  - von PatientInnen vor/nach NTX (inkl. TX-Immunologie (Koop. EUROTRANSPLANT, HLA[104]-Labor)
- Regionale Koordinationsfunktion für NEPS und DIA sowie für andere Abteilungen mit fachspezifisch zu versorgenden PatientInnen (z.B. Auswahl Therapieverfahren, Patientenschulungen)
- NEPZ an Krankenanstalten der hochspezialisierten Versorgung
- In Ballungsräumen ist die Bildung eines NEPZ durch mehrere Krankenanstalten mit geeigneten Kooperationen und Abstimmung des Leistungsangebotes möglich

Schwerpunkt für Nierenkrankheiten (NEPS)

- Versorgungsstruktur: vorrangig an Schwerpunkt-KA mit ABT für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie, inkl. Nierenersatztherapie
- Betreuung aller Nierenkrankheiten, bei Bedarf Kooperation mit NEPZ zur optimalen Diagnostik und Therapie von Nieren- und Hochdruckkrankheiten sowie Aus- und Weiterbildung

Dialyseeinheit (DIA)

- Dialyseeinheit innerhalb einer nicht nephrologisch spezialisierten Abteilung eines Krankenhauses oder extramurale Dialyseeinheit
- Kooperation mit NEPS und/oder NEPZ inkl. Sicherstellen der stationären Versorgung für einen zehn-Prozent-Anteil jener PatientInnen in chronischer Dialysebehandlung
- Mindestgröße (Hämodialyse-(HDia)-Plätze): 5 Behandlungsplätze

Kinderdialyse (KiDIA)

- Spezialzentrum
- Standorte für Kinderdialyse grundsätzlich an KA mit KJZ und NEPZ
- Kinder und Jugendliche mit akuter und chronischer Niereninsuffizienz unter Nierenersatztherapie und nach Nierentransplantation gelten als RisikopatientInnen und sind möglichst in einer Einrichtung mit Erfahrung in Kindernephrologie und Kinderdialyse zu behandeln; wenn die Behandlung außerhalb des KJZ mit KiDIA erfolgt ist eine enge Kooperation mit dem KJZ mit KiDIA durchzuführen.
- Jedenfalls Vorstellung von Kindern und Jugendlichen in KJZ mit Kinderdialyse vor Beginn einer Nierenersatztherapie; Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischem Nierenversagen außerhalb solcher Standorte für Kinderdialyse zulässig, wenn nach erfolgter Vorstellung der Kinder an einer solchen Einheit eine Zusammenarbeit zur Qualitätssicherung besteht.
- Institutionalisierte Weiterbildung für nachweisbare Spezialisierung in pädiatrischer Nephrologie

[104] HLA: humanes Leukozyten Antigen

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit GCH, CH, KAR, interventioneller Radiologie, Transplantationschirurgie, URO, infektiologischer Abklärung; für DIA: ggf. auch im Wege der Kooperation mit NEPS und/oder NEPZ

➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Klinische Psychologie, Physiotherapie, Diätologie, Ergotherapie und Sozialarbeit; für Kinderdialyse ergänzend PädagogInnen/ LehrerInnen

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	NEPZ	NEPS	DIA	KiDIA
Personal – Anwesenheit				
Ärztliche Leitung	FA IM-NEP			
FA für IM-NEP	während Dialyseschicht in KA ansonsten gem. KAKuG	während Dialyseschicht Rufbereitschaft	telefonische Erreichbarkeit	-
FA für IM-NEP oder FA IM oder AM oder TA-FA für IM oder TA-AM in KA	-	gemäß KAKuG	während Dialyseschicht	-
DGKP mit Spezialisierung zur Pflege bei Nierenersatztherapie[1]	DIA-Einheit			-
FA für KIJU mit nachweisbarer Spezialisierung/ Weiterbildung in pädiatrischer Nephrologie	-	-	-	Rufbereitschaft 7/24
DKKP mit Spezialisierung in Pflege bei Nierenersatztherapie	-	-	-	Rufbereitschaft 7/24
Ausstattung				
Nierenbiopsie	ABT	ABT	ZA	KA
Akutdialyse	ABT	KA	ZA	KA
Transfusionsmedizinische Einrichtung	KA	ZA		KA
Drug-Monitoring (Immunsupressiva)	KA	ZA	ZA	KA
Notfalllabor	7/24	7/24	zur Dialysezeit	7/24
Isoliereinheit (Infektionen mit multiresistenten Keimen)	ABT	ZA	ZA	-
Mikrobiologie (für PDia)	ZA	ZA	-	ZA
Intensivversorgung	ICU 2	ICU	-	PICU
Spezielle Leistungserbringung				
HDia, CAVH, CVVH, CAVHD, CVVHD[1]	ABT	ABT	ZA	KA
Heimdialyse (PDia, HDia) inkl. Training	ABT	ABT	ZA	KA
Aphereseverfahren	ABT	ZA	–	KA
Dialyse für stationäre PatientInnen	ABT	ABT	ZA	KA
Legen von Dialysezugängen (HDia, PDia)	KA	KA	-	KA

[1] CAVH (kontinuierliche arteriovenöse Hämofiltration), CVVH (kontinuierliche venovenöse Hämofiltration), CAVHD (kontinuierliche arteriovenöse Hämodialyse), CVVHD (kontinuierliche venovenöse Hämodialyse)

Personalschlüssel für chronische Dialyseversorgung (exkl. Akut- und Risikodialysen)		
Ärztliches Personal	– Je nach HDia Platzzahl pro Dialyseeinheit:	
	– Einheiten < 12 HDia Plätze:	1 VZÄ für 300 Hämodialysen pro Monat
	– Einheiten ≥ 12 HDia-Plätze:	1 VZÄ für 350 Hämodialysen pro Monat
	– Einheiten ≥ 20 HDia-Plätze:	1 VZÄ für 450 Hämodialysen pro Monat
	– PDia:	1 VZÄ pro jährlich 40 kontinuierlich betreute PDia-PatientInnen
DGKP[1]	– DIA extra- und intramural allgemein: intramural > 40 HDia-Plätze bzw. extramural > 20 HDia-Plätze	1 diplomierte Pflegekraft für 60 Hämodialysen pro Monat; bei 1 diplomierte Pflegekraft für 80 Hämodialysen pro Monat
	– PDia:	1 VZÄ pro jährlich 15 kontinuierlich betreute PDia-PatientInnen

[1] DGKP: Pro regulärer HDia-Schicht bzw. pro PDia-Standort zumindest eine DGKP mit Berechtigung zur Pflege bei Nierenersatztherapie
NEPZ: nach Möglichkeit alle DGKP mit Berechtigung zur Pflege bei Nierenersatztherapie

3.2.3.11 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (KAR, HCH, KHZ, GCH)

A. Kardiologie - endovaskulär (KAR)

Durchführung invasiver Diagnostik und endovaskulärer und rhythmologischer Therapie/Verfahren bei Erkrankungen des Herzens und der großen Gefäße.

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte Versorgung

Zentrum für endovaskuläre Kardiologie (KARZ)

- Referenzzentrum
- Versorgungsstruktur: Vorrangig an Zentral-KA mit ABT für IM mit Schwerpunkt Kardiologie bzw. IM-KAR, ABT für HCH und COR am KA Standort
- Vorhaltung des gesamten Spektrums kardiologischer Maßnahmen (inkl. Leistungen, die gemäß LM-stat mit „KAR/HCH“ gekennzeichnet sind

Schwerpunkt für endovaskuläre Kardiologie (KARS)

- Versorgungsstruktur: ABT für IM mit Schwerpunkt Kardiologie bzw. IM-KAR und COR an KA-Standort
- Durchführung invasiv-diagnostischer kardiologischer Maßnahmen sowie interventioneller Maßnahmen
- „Herzchirurgischer Backup“ über Kooperationsvereinbarung HCH gemäß ÜRVP

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit HCH auf Basis standardisierter Prozesse
- ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Diätologie, Klinische Psychologie
- ➔ Für jedes Bundesland (bzw. auch bundesländerübergreifend) ist Akutversorgung von Herzinfarkt-PatientInnen durch 24-stündige Leistungsbereitschaft zur Akutintervention vorzusehen
- ➔ Versorgung von PatientInnen, die einen intrakardialen Defibrillator oder ein System zur kardialen Resynchronisationstherapie benötigen, grundsätzlich in KAR Standorten; in vom LGF genehmigten Ausnahmefällen, zumindest an ABT für IM mit 2 FA für IM-KAR in der KA und enger Zusammenarbeit mit KAR (KARZ oder KARS) zur rhythmologischen Diagnostik

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	KARZ	KARS
Personal – Anwesenheit		
FA für IM-KAR	7/24 wenn Aufnahmebereitschaft, ansonsten Tagdienst, NWF Rufbereitschaft	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft
FA für IM-INT in KA	7/24	Tagdienst
DGKP	7/24	7/24
RT	Rufbereitschaft	Rufbereitschaft
Ausstattung		
COR	2	1
Intensivversorgung	ICU 3 in KA IMCU mit kardiologischem Schwerpunkt	IMCU mit kardiologischem Schwerpunkt (CCU)
Herzchirurgie	KA	ZA
Schrittmacher- und ICD[1]-Kontrolle	KA	KA
Szintigraphie	ZA	ZA

[1] ICD: implantierbarer Kardioverter/Defibrillator

B. Herzchirurgie (HCH)

Durchführung operativer (inkl. rhythmologischer) Eingriffe am Herzen und an herznahen Gefäßen sowie endovaskulärer Eingriffe an den Herzklappen und der thorakalen Aorta

VERSORGUNGSMODELL

Referenzzentrum mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit IM-KAR auf Basis standardisierter Prozesse in KA
- ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit KardiotechnikerInnen sowie Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Diätologie, Klinische Psychologie oder Psychotherapie
- ➔ Für herzchirurgische Operationen unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine (HLM) ist eine weitere HLM in Reserve zu halten.

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	RFZ HCH
Personal – Anwesenheit	
FA für HCH	jedenfalls Tagdienst, NWF Rufbereitschaft gemäß KAKuG
TA-FA für HCH	7/24
FA für AN/INT	7/24 in KA
FA für AN/INT oder FA HCH mit Additivfach Intensivmedizin	7/24 in ICU
FA IM-KAR in KA	7/24
Ausstattung	
Operationsbereitschaft	7/24
Intensivversorgung in KA	ICU 3 IMCU
Hybrid-OP	in KA anzustreben
Blutdepot oder transfusionsmedizinische Einrichtung	7/24 in KA
Notfalllabor (Blutgerinnung, Elektrolyte, Leberfermente)	7/24 in KA
Transthorakale und transösophageale Echokardiographie	7/24 in KA
Koronarangiographie	7/24 in KA
Stressechokardiographie	KA
Elektrophysiologische Untersuchungen	KA
Einschwemmkatheter	KA
PM- und ICD[1]-spezifische Vermessungs- und Programmierungsmöglichkeiten	KA
Intravaskuläre Sonographie (nur bei HTX)	KA

[1] PM: pace maker, Schrittmacher; ICD: implantierbarer Kardioverter/Defibrillator

C. Kinder-Herzzentrum (KHZ, Zusammenschluss von KKAR und KHCH)

Durchführung invasiv diagnostischer, endovaskulärer, rhythmologischer und operativer Eingriffe am Herzen und an herznahen Gefäßen bei Kindern und Jugendlichen

VERSORGUNGSMODELL

Referenzzentrum mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP)

Nur an Standorten mit Kinder- und Jugendmedizinischem Zentrum (KJZ) und Perinatalzentrum (PNZ)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit von KIJU mit Erfahrung in KKAR, KJC, HCH; GGH in KA
- ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit KardiotechnikerInnen sowie Personal für Physiotherapie, Diätologie, Klinische Psychologie und/oder Psychotherapie; Pädagogen/-innen

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	KHZ
Personal – Anwesenheit	
FA KIJU	7/24
FA KIJU mit Erfahrung in endovaskulären Verfahren in KA	Tagdienst
FÄ für HCH (oder für CH mit Additivfach HCH) oder KJC mit ausreichender Erfahrung in kinderherzchirurgischen Eingriffen in KA	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft
FA für AN/INT mit Zusatzqualifikation in AN-KI[1] in KA	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft
DGKP/DKKP	7/24
DGKP mit Sonderausbildung Anästhesie	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft
Ausstattung	
Operationsbereitschaft HCH	7/24
Intensivversorgung	NICU/PICU
Kinderkardiologische Ambulanz	KA
COR (Koronarangiographie)	7/24 Rufbereitschaft

[1] siehe → *Kap. 3.2.3.1 Anästhesiologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen*

D. Gefäßchirurgische Versorgung (GCH)

Durchführung operativ-instrumenteller (z. T. mikrochirurgischer) und endovaskulärer Verfahren zur Wiederherstellung v. a. erkrankter oder verletzter Blut- und Lymphgefäße

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte Versorgung

Zentrum für Gefäßchirurgie (GCHZ):

- Referenzzentrum
- Versorgungsstruktur: ABT für CH mit Schwerpunkt GCH; RAD mit interventioneller Radiologie.
- Gesamtes Spektrum an gefäßchirurgischen und endovaskulären Maßnahmen an Blut- und Lymphgefäßen gemäß LM-stat

Schwerpunkt für Gefäßchirurgie (GCHS):

- Versorgungsstruktur: ABT für CH mit Schwerpunkt GCH; RAD mit interventioneller Radiologie,
- Gefäßchirurgische und endovaskuläre Maßnahmen exkl. den GCHZ vorbehaltenen Leistungen gemäß LM-stat

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Interventionelle Radiologie an KA mit Gefäßchirurgie (GCH) für spezifisches Komplikationsmanagement; in Bundesländern ohne ausgewiesene GCHS Standorte: für bestehende Standorte mit interventionellen Leistungen gemäß LM-stat GCHS institutionelle Anbindung an GCHZ
- ➔ Eingriffe an der A. Carotis und anderen hirnversorgenden Gefäßen nur an KA-Standorten mit ICU und MR sowie in enger Zusammenarbeit mit ABT für NEU mit Stroke Unit
- ➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gefäßboard (siehe Prozessqualität), für GCHS: Vernetzung mit GCHZ
- ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) v. a. mit Personal für Physiotherapie, Diätologie, Klinische Psychologie und/oder Psychotherapie und Sozialarbeit. DGKP zumindest teilweise mit fachspezifischer Weiterbildung Wundmanagement
- ➔ Prozessqualität: Einrichtung von interdisziplinären **Gefäßboards** für komplexe Fälle zur
  - ⇒ Beratung, Risikobewertung und gemeinsame Festlegung von Diagnostik und Therapien durch FA GCH, FA RAD mit interventioneller Radiologie und FA IM/IM-ANG
  - ⇒ Interdisziplinäre Therapieentscheidungen für PatientInnenen mit komplexen Gefäßerkrankungen und entsprechende Dokumentation; organisatorische Umsetzung entsprechend den lokalen bzw. regionalen Gegebenheiten (z.B. mittels Videokonferenzen)

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	GCHZ	GCHS
Personal – Anwesenheit		
FA CH in KA	7/24	7/24
FA CH-GCH	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft	Tagdienst
FA IM/IM-ANG in KA	Tagdienst	
FA RAD mit interventioneller Radiologie in KA	zumindest Tagdienst, NWF Rufbereitschaft	Tagdienst
RT mit Erfahrung in endovaskulären Verfahren	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft	Tagdienst
Ausstattung		
OP inkl. intraoperativer Angiographie	7/24 betriebsbereit	Tagesbetrieb
Intensivversorgung	ICU 2	IMCU
Digitale Subtraktions-Angiographie	KA	KA
MR-Angiographie	KA	ZA
CT-Angiographie	KA	KA

3.2.3.12 Thoraxchirurgie (TCH)

Durchführung von Eingriffen im Brustraum und an der Thoraxwand (exklusive Mamma, Herz und große Gefäße).

VERSORGUNGSMODELL

Referenzzentrum

Folgende Eingriffe nur an KA-Standorten mit HCH:
- Organüberschreitenden Resektionen
- Herz-Lungen- bzw. Lungentransplantation (siehe auch → *Kap. 3.2.3.13 Transplantationschirurgie*)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit

⇒ vorrangig an KA-Standort mit mind. ONKS sowie mit Fachbereichen PUL/IM-PUL

⇒ bei Bedarf Zusammenarbeit mit PCH, HNO, STR, GCH, KJC

→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Diätologie, Klinischer Psychologie und/oder Psychotherapie bzw. Psychoonkologie und Sozialarbeit

→ Mitwirkung im Tumorboard

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	TCH
Personal – Anwesenheit in KA	
FA für CH in KA	7/24
FA für TCH	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft
Ausstattung	
Intensivversorgung	ICU 2; IMCU
Endoskopieeinheit mit spezifischen Beatmungstechniken, endo-ultraschall-gestützter Punktion und therapeutisch-interventioneller Endoskopie	7/24
Blutdepot oder transfusionsmedizinische Einrichtung in KA	7/24
Lungenfunktionsdiagnostik inkl. Bodyplethysmografie, Spiroergometrie	KA
Mikrobiologische Diagnostik	ZA
Interventionelle Radiologie	KA
CT	7/24 in KA
MR	ZA
PET	ZA
Strahlentherapie-Radioonkologie	ZA
Tumorboard	KA

3.2.3.13 Transplantationschirurgie (TXC)

Therapieform bei terminaler Organerkrankung unter interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeit für Indikationsstellung, Vorbereitung und Durchführung der Organtransplantation sowie Rehabilitation und Nachbetreuung

VERSORGUNGSMODELL

Referenzzentren mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP)

Versorgung von Kindern: Präoperative Abklärung, Behandlung und Nachbehandlung durch FA KIJU mit Erfahrung in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen vor und nach Transplantationen

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen an der Versorgung beteiligten Fachbereichen
- ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) insbesondere mit Personal für Physiotherapie, Sozialarbeit, Klinische Psychologie und/oder Psychotherapie
- ➔ Prozess- und Ergebnisqualität:

  In Zusammenarbeit mit AUSTROTRANSPLANT Evaluierung der Versorgungsleistung nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ u.a. durch folgende Parameter:
  - Art und Schwere der Erkrankung jener PatientInnen auf der Warteliste
  - Überleben der PatientInnen nach Transplantation
  - Wartezeit auf eine Transplantation

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

Personal – Qualifikation		Anzahl/TX-Zentrum
Herztransplantation (HTX)		
Implantation[1]	FÄ für HCH, die binnen der letzten maximal fünf Jahre in Summe mindestens 15 HTX bzw. Herzersatztherapien eigenverantwortlich oder als 1. AssistentInnen durchgeführt	≥ 2
Explantation[2]	FÄ für HCH oder TA-FA HCH, die mindestens 10 Spenderherzen entnommen haben	≥ 4
Lebertransplantation (LTX)		
Implantation[1]	FÄ für CH, die binnen der letzten maximal fünf Jahre in Summe mindestens 60 LTX eigenverantwortlich oder als 1. AssistentInnen durchgeführt haben	≥ 3
Explantation[2]	FÄ für CH, die mindestens 20 Spenderlebern entnommen haben	≥ 5
Nierentransplantation (NTX)		
Implantation[1]	FÄ für CH, die eigenverantwortlich mindestens 40 NTX durchgeführt haben	≥ 3
Explantation[2]	FÄ für CH, die mindestens 20 Spendernieren entnommen haben	≥ 3
Weiters:	FÄ für CH, die eigenverantwortlich NTX-PatientInnen (frühpostoperativ/ambulant) nachbetreuen können (inklusive jener FÄ für Im- und Explantation)	≥ 5
Lungentransplantation (LuTX)		
Implantation[1] und Explantation[2]	FÄ für TCH, die eigenverantwortlich LuTX durchführen können ○ Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX ○ Zentren mit jährlich über 50 LuTX	 ≥ 2 ≥ 4
Pankreastransplantation (PaTX)		
Implantation[1]	FÄ für CH, die eigenverantwortlich mindestens 15 PaTX durchgeführt haben	≥ 3
Explantation[2]	FÄ für CH, die mindestens 20 Pankreasspenden und 40 Nierenspenden durchgeführt haben	> 3

[1] Implantation: grundsätzlich jeweils inkl. Einbindung in prä- und postoperative Betreuung
[2] Explantation: quantitative Angaben jeweils inkl. jener FÄ, die eigenverantwortlich Implantation durchführen können

	HTX	LTX	NTX	LuTX	PaTX
Personal					
FA AN/INT[1,]	7/24				
FA RAD, PAT[2]	Rufbereitschaft				
Spez. organspezifische FÄ für Vor- und Nachbetreuung[3]	FÄ IM-KAR	FÄ IM-GAS	FÄ IM-NEP	FÄ PUL/IM-PUL	FÄ IM-EKRI/NEP
Koordination	pro TX-Zentrum für Organisation und Dokumentation des TX-Prozesses: Rufbereitschaft				
Ausstattung					
OP-Bereich	Verfügbarkeit – binnen 3-5 Stunden – von zumindest einem operationsbereiten Tisch mit dem erforderlichen OP-Personal; Sicherstellung der Möglichkeit für veno-venösen Bypass im Bedarfsfall				
Intensivversorgung	ICU 3 (NTX: ICU 2); ≥ 1 Intensivbett postoperativ verfügbar				
Herz-Lungen-Maschine bzw. ECMO[4]	7/24			7/24	
Akutdialyse	7/24				
Blutgruppenserologie	Rufbereitschaft (auch auf Kooperationsbasis)				
Austestung der Gewebeverträglichkeit (HLA-Typisierung Empfänger)	Tagdienst				
bakteriologische und virologische Infektionsdiagnostik	7/24 (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)				
therapeutisches Drug-Monitoring	7/24 (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)				
Durchführung Hirntoddiagnostik (HTD)	Rufbereitschaft (auch auf Kooperationsbasis) für FÄ NEU, die für die Durchführung der klinisch-neurologischen HTD entsprechend der aktuellen Empfehlung des Obersten Sanitätsrates qualifiziert sind, sowie Biomed. AnalytikerIn (BA)				
transfusionsmedizinische Einrichtung	7/24				
Sonstiges	LuTX: „Step-down-Unit“ mit Ausrichtung auf Mobilisation, Physio- und Atemtherapie; RCU				

[1] FA für AN/INT mit entsprechender Expertise in Leitung/Assistenz der Anästhesie für jeweilige betroffene Organ-TX
[2] Regelung auf Kooperationsbasis möglich
[3] Lebenslange Nachbetreuung durch FA mit entsprechender Expertise für das betroffene Organ auch außerhalb der jeweiligen RFZ für TX sicher zu stellen
[4] ECMO: extracorporal membrane oxygenation

3.2.3.14 Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)

Diagnostische und/oder therapeutische Verfahren durch Verabreichung eines offenen radioaktiven Stoffes in Form eines sogenannten Radiopharmakons bei selektiver Konzentration im Zielgewebe. Nachfolgende Kriterien gelten für Einrichtungen, die (u.a.) Therapien durchführen, für die ein stationärer Aufenthalt aufgrund der Dosierung erforderlich wird.

VERSORGUNGSMODELL

Referenzzentrum

NUK-Diagnostik durch medizinisch-technische Großgeräte: siehe auch → *Kap. 4 Großgeräteplan*

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit onkologisch tätigen Fachbereichen, OR/ORTR, IM-RHE, IM-EKRI

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	NUKT
Personal – Anwesenheit	
FA für NUK	gemäß KAKuG
RT in NUKT	Tagdienst
MedizinphysikerIn in KA	Tagdienst
Ausstattung	
Aktivimeter	NUKT
Dosisleistungsmessgerät	NUKT
ECT (SPECT-fähige Gammakamera)	KA
PET	KA bzw. gem. Erreichbarkeitsrichtwert
Uptake-Messplatz mit Messsonde zur Feststellung der Entlassungsaktivität	NUKT
Abklinganlage gem. strahlenschutzrechtlicher Notwendigkeit	KA

3.2.3.15 Zentren für Medizinische Genetik (ZMG)

Diagnostik, medizinisch-genetische Beratung und adäquate psychologische Betreuung von Personen mit erblich bedingtem erhöhtem Krankheitsrisiko inkl. BRCA[105] im ambulanten Bereich

VERSORGUNGSMODELL

Spezialzentrum mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP)

- Abstimmung des Leistungsangebots zwischen den Spezialzentren, insbesondere Analytik
- Genetische Beratungen
- Genetische Sprechstunde: Dezentral auf Zuweisung von FA/FÄ
- Zytogenetische Untersuchungen (Karyogramme etc.)
- Molekulargenetische Untersuchungen
- Molekularzytogenetische Untersuchungen

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung beteiligten Fachbereichen; Vernetzung und Austausch der österreichischen Zentren für Medizinische Genetik untereinander

➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Psychotherapie, Klinische Psychologie

➔ Struktur- und Prozessqualität:

⇒ „Qualitätsstandard Humangenetische Beratung und Diagnostik“

⇒ Gentechnikgesetz (GTG)

⇒ Gentechnikbuch[106]

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	ZMG
Personal	
Leitung	FA für Med. Genetik
FA für MG	Tagdienst
Personal mit Weiterbildung zum/zur FachhumangenetikerIn	Tagdienst
Klin. PsychologIn für Beratung	ZA
Ausstattung	
Akkreditiertes medizinisch-genetischen Labor	Zulassung gemäß Gentechnikgesetz

[105] BRCA: breast cancer, Brustkrebsgen
[106] gemäß § 99 GTG

3.2.3.16 Seltene Erkrankungen (SE)

Eine Erkrankung gilt dann als selten, wenn sie bei nicht mehr als fünf Personen pro 10.000 EW auftritt. Die Anzahl an unterschiedlichen Krankheitsbildern gem. oben angeführter Prävalenz wird in Österreich mit ~ 6.000 angenommen (bis zu 8.000 weltweit).

Ergänzende Ausführungen sind dem Nationalen Aktionsplan für seltene Erkrankungen (NAP.se) 2014 - 2018[107] zu entnehmen.

VERSORGUNGSMODELL

3-Stufen-Modell für Zentren für SE

Expertisezentren (Typ-B-Zentren) mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP)

Zentren für SE sind spezialisiert auf jeweils definierte Gruppen von Erkrankungen und dienen im Rahmen der Versorgung von PatientInnen als Anlaufstellen für Betroffene und ÄrztInnen für:
- Erst- oder Bestätigungsdiagnostik
- Einleiten und allfälliges Anpassen medikamentöser und/oder anderer Therapien
- Regelmäßige (z.B. jährliche) Kontrolluntersuchungen
- Alle akuten Notfallsituationen

Expertisezentrum (Typ-B-Zentrum)
- Spezialisiertes Einzelzentrum mit entsprechender Expertise und Erfahrung für eine vorgegebene Gruppe von SE
- Das Typ-B-Zentrum entspricht dem europäischen „Centre of Expertise“ und steht im Mittelpunkt des österreichischen Stufen-Modells
- Die Designation einer spezialisierten Einrichtung ist zeitlich befristet (5 Jahre), anschließend ist eine Evaluation und – bei positivem Evaluationsergebnis – eine Re-Designation vorgesehen.
- Personal: Vorhaltung von mindestens zwei FachärztInnen, die jede/r für sich über ausgewiesene Spezialexpertise zur von diesem Zentrum behandelten Gruppe von SE verfügen und PatientInnen mit Erkrankungen aus diesem Expertisebereich zeitnah gezielt versorgen können.

Von der B-ZK wurden für folgende Krankheitsgruppen Expertisezentren (Typ-B-Zentren) designiert:
- Seltene genetisch bedingte Hauterkrankungen (Genodermatosen) mit Schwerpunkt auf Epidermolysis bullosa (Dezember 2016)
- Seltene pädiatrische onkologische Erkrankungen (April 2017)

Assoziiertes Zentrum (Typ-C-Zentrum)

Spezialisiertes Einzelzentrum mit entsprechender Expertise und Erfahrung für eine vorgegebene Gruppe von SE basierend auf Individualexpertise (1 FA) durch Nachweis spezieller Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten. Das assoziierte Zentrum kann sein:
- Einziges spezialisiertes Zentrum für eine definierte Gruppe von SE (kein weiteres Typ-B- oder Typ-C-Zentrum mit vergleichbarer Expertise in Österreich)
- Eines von mehreren spezialisierten Typ-C-Zentren für die gleiche Gruppe von SE
- Zusätzliches spezialisiertes Zentrum für eine Gruppe von SE, für die auch ein Typ-B-Zentrum existiert

Expertisecluster (Typ-A-Zentrum)

Krankheitenübergreifender, integrativer Zusammenschluss von mindestens drei Typ-B-Zentren (obligatorisch) und fakultativ zusätzlichen Typ-C-Zentren aus unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen

Zusätzlich zur Versorgung von Erkrankten mit der jeweils definierten Gruppe von SE auf Ebene der vorgehaltenen Typ-B-Zentren:

[107] Nationaler Aktionsplan für seltene Erkrankungen (NAP.se) 2014–2018 siehe: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Seltene_Erkrankungen/

- Gemäß Vorgabe für Typ B und C Anlaufstelle (auch) für PatientInnen, für die kein eigenes auf ihr Krankheitsbild spezialisiertes Zentrum in Österreich existiert oder die an einer noch nicht diagnostizierten SE leiden:
  - Koordinierende Stelle für noch erforderliche Diagnostik
  - Verbindungsstelle zu auf diese Krankheitsbilder spezialisierten Expertisezentren im (europäischen) Ausland
- Erweiterte interdisziplinäre und multiprofessionelle Arbeitsorganisation, beispielsweise:
  - Einrichten einer gemeinsamen Koordinations- und Anlaufstelle
  - Einrichten interdisziplinärer und multiprofessioneller Fallkonferenzen (sog. „SE-Boards“)
  - Gemeinsame Entwicklung von innovativer Spezialdiagnostik
- Grundlagenforschung, präklinische und klinische Forschung
- Ausbildung: Neben Sichern der Expertise gemäß Typ B: Fort- und Weiterbildungsangebote für MedizinerInnen sowie für Angehörige relevanter nichtärztlicher Gesundheitsberufe

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Für alle Typen und Krankheitsgruppen gleichermaßen zu erfüllen:

- ➔ Interdisziplinärer und multiprofessioneller Behandlungsansatz
- ➔ Zusammenarbeit mit spezialisierten Laboreinrichtungen
- ➔ Verpflichtende Datenerfassung (Dokumentation: Implementierung und Anwendung des noch fertig zu stellenden Kodiersystems für SE; Forschung: Führung/Teilnahme an einem Register)
- ➔ Qualitätsmanagement im Rahmen der jeweiligen KA
- ➔ Ausbildung: im Rahmen der Facharztausbildung im betreffenden Sonderfach mit zusätzlichem Schwerpunkt im eigenen Expertisebereich (für Typ C optional)
- ➔ Umfassende intra- und transsektorale Vernetzung der spezialisierten Zentren auf nationaler wie europäischer Ebene im Sinne des NAP.se

Für spezifische konkrete Krankheitsgruppen zu erfüllen:

- ➔ Festlegungen zu spezifischen Qualitätskriterien für konkrete Krankheitsgruppen erfolgen – ergänzend zu oben stehenden allgemeinen Ausführungen – anlassbezogen im Rahmen der jeweiligen Designationsverfahren durch die NKSE unter Einbeziehung internationaler Expertise (FachgutachterInnen Literatur, EU-Kriterienprozess)

3.2.3.17 Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE)

Hochkontagiöse, lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE) sind Erkrankungen, die sowohl hochansteckend sind als auch häufig zu schweren Krankheitsverläufen mit hoher Sterblichkeitsrate führen. Hierzu zählen u. a. virale hämorrhagische Fieber (VHF; u.a. Ebolafieber, Marburg-, Lassa-, oder Krim-Kongofieber).

VERSORGUNGSMODELL

Spezialzentrum mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

➔ Sicherstellung des auf der entsprechenden ICU eingesetzten Personals zum Einsatz im Anlassfall

➔ Regelmäßige Schulungen (zumindest 2x jährlich; neue MitarbeiterInnen bei Eintritt ins Dienstverhältnis) sowie regelmäßiges Training

➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für psychologische Betreuung, Arbeitsmedizin, KH Hygiene und Risk Management; weiteres Personal für Reinigung und Administration

➔ Prozessqualität:

⇒ Personal Protective Equipment (PPE):
- PPE gem. Anforderungen in KA verfügbar; Abstimmung der PPE-Verfügbarkeit mit anderen Institutionen
- SOP für An- und Entkleiden inkl. Training/Supervision; Festlegung von Maximaldauer des Gebrauchs; Notfallplan für PPE-Beschädigung
- Auswahlkriterien gem. Festlegung durch Hygieneteam (Erstellung und Unterstützung bei Umsetzung); Umsetzungsverantwortung: betroffene Abteilung

⇒ Regelmäßiger (institutionalisierter) Austausch zwischen Behandlungseinheiten

⇒ Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen / mit Behörden (Katastrophenschutz etc.)

⇒ Einhaltung der Vorgaben der Gesundheitsbehörde gem. Epidemiegesetz

⇒ Service und Kontrolle inklusive Reparaturdurchführung, für Anlassfall Verfügbarkeit 7/24

⇒ Abfallmanagement (Zwischenlagerung, Vernichtung/Abtransport)

⇒ Festlegungen für Procedere post mortem gemäß den gesetzlichen Bestimmungen und Vorgaben der zuständigen Behörde.

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	HKLE
Personal – Anzahl und Anwesenheit	
FA für IM-INT und/oder FA AN/INT pro PatientIn im Anlassfall	2 von 8.00-20.00 Uhr (Tagdienst) 1 von 20.00-8.00 Uhr (Nachdienst)
FA für IM-INF oder FA für IM in Ausbildung INF pro PatientIn im Anlassfall	1 von 8.00-20.00 Uhr (Tagdienst) 1 von 20.00-8.00 Uhr (Nachdienst)
DGKP mit Intensivausbildung *Bei > 1 Patient: Steigerung der Personalanzahl pro Patient um jeweils weitere 50 %*	5 im Tagdienst 4 im Nachtdienst
Für Personalbereitstellung im Anlassfall: temporäre Sperre anderer Einheiten (Intensivbereich, Normalpflegebereich) in Abhängigkeit der Patientenanzahl erforderlich	
Ausstattung	**gemäß ICU 3**
Isoliereinheit im Rahmen ICU; räumliche Abtrennung von anderen Zimmern	mind. 2 Betten in Einzelzimmern
Blutgasanalysegerät, patientennahe Schnelldiagnostik (Point-of-Care-Testing: POCT)	in Isoliereinheit
Pathologie/Labor für Blutgruppenserologie	in KA oder in Kooperation
Klinische Mikrobiologie	in KA oder in Kooperation

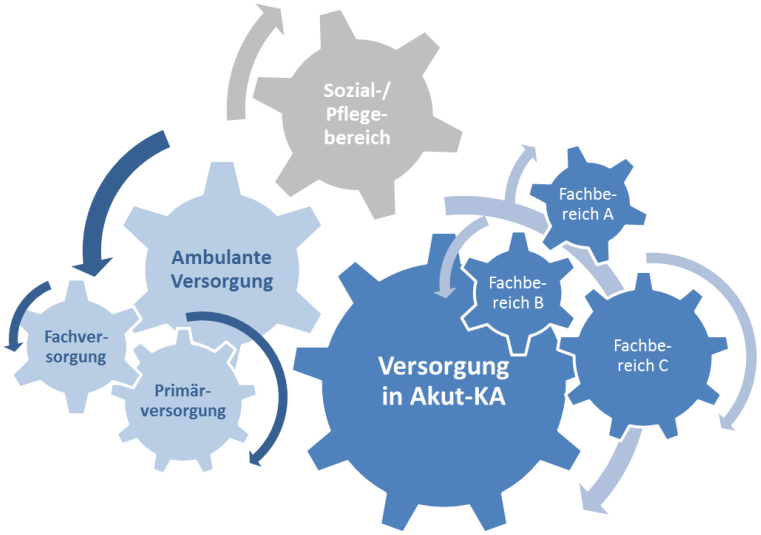
	HKLE
Video-/Audiosystem für Patientenüberwachung bzw. -kommunikation Audiosystem für Kommunikation des Behandlungsteams	in Isoliereinheit
Räumliche Voraussetzungen für Sonderisoliereinheiten	
Zugang zur Isoliereinheit (wenn nicht im Erdgeschoss): eigener Lift	separate Verfügbarkeit des Lifts im Bedarfsfall
In Isoliereinheit: Fenster versperrbar	
Dimensionierung pro Sonderisoliereinheit für freie Zugänglichkeit zum PatientIn-nenbett	rd. 25 m^2
2-Schleusensystem (in and out) inkl. Zugangsberechtigung Ausgangsschleuse: inkl. Dekontaminationsdusche und räumlicher Voraussetzung für Schutzanzug-Entkleidung (inkl. Helfer)	Eingangsschleuse: rd. 8 m^2 Ausgangsschleuse: rd. 15 m^2
Unterdrucksystem: Raumlufttechnik lt. ÖNORM H 6020, HEPA Filter[1]	
Dekontamination von Wänden/Decke möglich	
Sanitärbereich: Abfallentsorgung chemisch oder mittels Autoklav	
Lager (Vorhaltung Schutzanzüge inkl. Maske/Schuhe/Brille)	30 Anzüge pro PatientIn/Tag

[1] HEPA: High Efficiency Particulate Air

3.2.4 Qualitätskriterien für spezielle Versorgungsbereiche

Spezielle Versorgungsbereiche in Akut-KA beziehen sich auf die Versorgung von Patientengruppen mit zumeist **interdisziplinärem und/oder multiprofessionellem Behandlungs- und Betreuungsbedarf** am **Übergang zwischen den intra- und extramuralen Versorgungsbereichen des Gesundheits- und Sozialsystems.** Die ärztliche Behandlungszuständigkeit ist nicht auf einen Fachbereich eingeschränkt, sondern bedarf spezialisierter Zusatzqualifikation von FachärztInnen oder AllgemeinmedizinerInnen.

In der stationären Versorgung übernimmt das **Nahtstellenmanagement** durch seine besondere Vernetzung mit der (ambulanten) Primärversorgung bzw. mit dem Langzeitversorgungsbereich eine wichtige Funktion. PatientInnen stehen im Mittelpunkt der Behandlung bzw. erhalten Unterstützung zur Wiederherstellung eines möglichst selbstbestimmten Lebens in guter Lebensqualität.



3.2.4.1 Erstversorgung von Akutfällen in Akutkrankenanstalten (ZAE)

(Erst-)Versorgung von PatientInnen ohne Termin (ungeplante Zugänge) mit akuter Symptomatik; Einschätzung der Dringlichkeit nach standardisierter Methodik (Triage); entsprechende Begutachtung und ggf. Behandlung und/oder Weiterleitung, auch in den niedergelassenen Bereich; bei Bedarf inkl. Beobachtung bis max. 24 Stunden in ambulanter Spitalsbehandlung.

VERSORGUNGSMODELL

Zentrale ambulante Erstversorgung (ZAE)

- Einrichtung in Akut-KA; auch als dislozierte Einheit (Satellit einer Akut-KA)
- Öffnungszeit: Einrichtung in Akut-KA zeitlich einschränkbar, sofern außerhalb der Öffnungszeiten in KA Erstversorgung durch andere Organisation sichergestellt ist
- Versorgung von Akut- und Notfällen inkl. basaler Traumatologie (siehe → *Glossar*)
- Behandlung im Rahmen des Umfangs der Allgemeinmedizin (Erstversorgung oder einfache abschließende Behandlung) ohne vertiefende fachärztliche Diagnostik und Therapie
- Bei Bedarf Weiterleiten zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der erstversorgenden KA im ambulanten oder stationären Bereich (in Abhängigkeit von der Dringlichkeit ggf. inkl. Organisation)
- Kurzbeobachtung von PatientInnen, um Bedarf zur Aufnahme in den stationären Bereich bzw. Möglichkeit der Entlassung in ihr Wohnumfeld (bis max. 24 Stunden) abzuklären (Entlassungsmanagement)
- Zuständig grundsätzlich für alle in KA eintreffenden PatientInnen ohne Terminvereinbarung
- Organisation der Erstversorgung aus den Fach-/Versorgungsbereichen Traumatologie, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde oder Psychiatrie bzw. Kinder-Jugendpsychiatrie erfolgt in Abstimmung mit der betreffenden in der KA eingerichteten Abteilung bzw. in Kooperation mit einem anderen KA-Standort
- fakultativ: Anbindung einer Interdisziplinären Aufnahme-/Notfallstation für stationäre Aufenthalte bis max. 36 Stunden (Zentrale Notaufnahme = ZNA)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit: in Notfällen bei dringendem fachärztlichem Behandlungserfordernis mit allen in KA verfügbaren Sonderfächern; ggf. mit AM in PV
- ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit in Akutfallversorgung geschulten DGKP
- ➔ Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit mit Notarzt- und Rettungswesen, anderer geeigneter KA zur Übernahme von PatientInnen im Fall des Weiterleitungsbedarfs; ggf. mit Kinder- bzw. sonstigen Opferschutzgruppen
- ➔ Prozessqualität:
  - Standardisierte Prozessabläufe (z.B. an den intramuralen Nahtstellen) mit definierten Zuständigkeiten (inkl. Ansprechpersonen)
  - Nachweis der Notfallkompetenz durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen für ÄrztInnen und Pflegepersonal
  - Nahtstellenmanagement (Weiterbetreuung familiär oder institutionell sicherstellen; ggf. Kontaktnahme mit AM in PV)
  - Qualitätssicherung z.B. durch Einsatz von Behandlungspfaden und Checklisten auf Basis EbM, Fallbesprechungen

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	ZAE
Personal	
Leitung: AM oder FA IM oder AN oder UC bzw. ORTR jeweils mit gültigem Notarztdiplom	x
Personal – Anwesenheit	
AM oder FA jeweils mit Zusatzqualifikation: – Gültiges Notarztdiplom oder notfallmedizinische Zusatzausbildung in IM oder AN – laufende Praxis in der Erstversorgung – Erfahrung in der Notfallsonographie – Erfahrungen in basaler Unfallversorgung	während Öffnungszeit
DGKP mit Erfahrung in Triage von PatientInnen in der Akutfallversorgung	während Öffnungszeit
Ausstattung	
Röntgen, im Fall dislozierter Einrichtung auch via Teleradiologie[1]	KA
Sonographie	x
12-Kanal-EKG	x
Notfallausrüstung inkl. Defibrillator und Beatmungsmöglichkeit	x
Notfalllabor	KA
Blutgasanalyse	x
Wundversorgung/Frakturbehandlung	x
Im Beobachtungsbereich: Monitoring-Möglichkeit mit Telemetrieeinheit	x
Entlassungsmanagement	KA

[1] im Rahmen der Medizinischen Strahlenschutzverordnung i.d.g.F.

3.2.4.2 Psychosomatische Versorgung (PSO-E, PSO-KJ)

Interdisziplinäre und multiprofessionelle psychosomatisch-psychotherapeutische Interventionen und Therapie bei PatientInnen mit sowohl somatischem als auch psychischem bzw. psychosozialem Diagnostik- und Behandlungsbedarf

VERSORGUNGSMODELL

Psychosomatische Versorgung von Erwachsenen (PSO-E) – Versorgungsstruktur

- Abteilung oder Department für PSO-E mit Tagesklinik und Ambulanz, in KA mit breiter Fächerstruktur bzw. in Kooperation mit einer solchen
- Einrichtung sowohl im Rahmen von Abteilungen für PSY als auch anderen Fachabteilungen mit hohem Anteil an PatientInnen mit psychischer Komorbidität, auch interdisziplinärer Belag möglich
- Interdisziplinäre und multiprofessionelle **Konsiliar- und Liaisondienste** (KA-intern und -extern), wobei flächendeckend PatientInnen in allen KA bei Bedarf versorgt werden sollen; ein Zusammenschluss von Konsiliar- und Liaisondiensten für PSY und PSO durch Berufsgruppen mit psychosozialer Kompetenz ist anzustreben (Klinische Psychologie; Psychotherapie; ÄrztInnen mit PSY II oder PSY III Diplom bzw. mit Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin, FA für PSY)

Psychosomatische Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen (PSO-KJ) – Versorgungstruktur

- Department für PSO-KJ mit Tagesklinik und Ambulanz (mind. 12 Betten bzw. amb. Betreuungsplätze) in Abteilungen für KIJU bzw. KJP
- Einheiten für PSO-KJ mit Ambulanz (in der Regel 6 Betten bzw. amb. Betreuungsplätze) vorrangig in Abteilungen für KIJU bzw. KJP
- Einrichtung eines interdisziplinären und multiprofessionellen **Konsiliar- und Liaisondienstes für Kinder und Jugendliche** möglich

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Für Erwachsene:

➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen und AM im Rahmen der Primärversorgung

➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) im Team mit Personal für Psychotherapie, Musiktherapie, Klinische Psychologie, Ergotherapie, Physiotherapie, Diätologie, Sozialarbeit; DGKP nach Möglichkeit mit PSO-Weiterbildung

Für Kinder:

➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit KIJU, KJP intra- und extramural

➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) im Team mit Psychotherapie (Erfahrung in der Kinder- und Jugendlichentherapie), Klinische Psychologie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Musiktherapie, PädagogInnen, Diätologie, Sozialarbeit; DGKP, DKKP nach Möglichkeit mit PSO-Weiterbildung

Für Erwachsene und Kinder:

➔ Prozess- und Ergebnisqualität:

⇒ Vernetzung mit der Primärversorgung zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität
⇒ Abklärung der Indikation, Motivationsarbeit und Beratung vor Aufnahme
⇒ Orientierungsgespräch in Bezug auf nachstationäre Behandlung und Betreuung
⇒ Umfassendes Assessment
⇒ Behandlungsplan inkl. regelmäßige Evaluierung
⇒ Therapeutische Tag-/Nacht-/Wochenendausgänge
⇒ Angehörigenarbeit
⇒ Entlassungsmanagement
⇒ Eltern-Kind-Therapie (bei PSO-KJ)

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

	PSO-E	PSO-KJ Department	PSO-KJ Einheit
Personal – Qualifikation			
Ärztliche Leitung	AM oder FA mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung oder PSY-III-Diplom der ÖÄK oder FA PSY Mind. 3 Jahre hauptberufliche Tätigkeit in der PSO-E Behandlung	FA KIJU mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung oder PSY-III-Diplom der ÖÄK oder FA KJP	-
Fachliche Zuständigkeit	-	-	FA KIJU mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung oder PSY-III-Diplom der ÖÄK oder FA KJP
Stellvertretung	AM oder FA mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung oder zumindest PSY-II-Diplom der ÖÄK oder FA PSY	FA KIJU mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung oder zumindest PSY-II-Diplom oder FA KJP	
Personal – Anwesenheit			
AM/FA[1] mit mind. PSY-II-Diplom	Tagdienst		
FA KIJU oder FA KJP[1] in KA	-	gemäß KAKuG	
FA KJP (sofern nicht KJP 7/24)	-	Liaisondienst	
FA IM in KA	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft	-	-
FA PSY	Konsiliardienst	-	-
FA des entsprechenden somatischen Fachbereichs nach Bedarf	Konsiliardienst	-	-
Ausstattung			
Patientenzimmer	wohnliche Gestaltung	altersstufengerecht Mitaufnahmemöglichkeit von Bezugspersonen Eltern-Kind-Einheit(en)	
Therapieräume für Einzel- und Gruppentherapien	multifunktionell nutzbar (Ergotherapie, Klinische Psychologie, Psychotherapie)		-
Räume für soziale Aktivitäten	multifunktionell nutzbar (Aufenthalt, Essen, etc.); zusätzlich Außenbereich		-

[1] entsprechend der Fachrichtung, in der ein Department bzw. PSO-Betten eingerichtet sind

3.2.4.3 Multidimensionaler Versorgungsbedarf (AG/R, RNS)

Wiederherstellen oder Erhalten der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung und Minimierung des Pflegebedarfs; bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die AG/R- bzw. RNS-Versorgung Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit

A. Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

Behandlung und Betreuung akutkranker geriatrischer PatientInnen (alterstypische Multimorbidität und/oder Frailty-Syndrom) zur Vermeidung weiterer Funktionsverluste, Erhöhung der Lebensqualität und Reintegration in das gewohnte Lebensumfeld; Beachtung medizinischer, funktioneller, psychischer, kognitiver und sozialer Aspekte der Erkrankungen geriatrischer PatientInnen; Details können dem zugrundeliegenden Konzept entnommen werden[108]

VERSORGUNGSMODELL

- Versorgungsstruktur: Abteilung oder Department in ABT IM, NEU
- Möglichkeit der Einrichtung einer Geriatrischen Tagesklinik und Geriatrischen Spezialambulanz
- Konsiliartätigkeit (inkl. Begutachtung der Eignung von PatientInnen zur Übernahme vom erstbehandelnden Fachbereich)
- Primäraufnahme (inkl. Akutversorgung ggf. in Kooperation mit ZAE, anderen ABT oder KA) sowie Sekundäraufnahme zur Remobilisation und Weiterführen der Behandlung aus anderen Fachbereichen
- Interdisziplinär und multiprofessionell geführte Patientendokumentation

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen vorrangig mit IM, NEU, OR, UCH bzw. ORTR (auch im Rahmen von alterstraumatologischen Versorgungsmodellen[109]), PMR, PSY, ZAE sowie AM / PVE
- ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit im AG/R-Team (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, gerontologisch spezialisierte Klinische Psychologie, Psychotherapie und Sozialarbeit mit Kompetenz im Entlassungsmanagement; diplomierte Pflegepersonen mit geriatriespezifischer Weiterbildung (jedenfalls in Kinästhetik, Validation und basaler Stimulation) im Team sicherzustellen bzw. binnen 3 Jahren zu erwerben.
- ➔ Standards zur Prozessqualität sind im „Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation“ enthalten[110]

B. Remobilisation und Nachsorge (RNS)

Frühremobilisation von akutkranken PatientInnen jeden Alters mit erhöhter Belagsdauer nach Erstbehandlung in anderen akutstationären Fachbereichen, insbesondere bei Funktionseinbußen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats, nach Operationen, chronisch therapieresistenten Erkrankungen bzw. Schmerzzuständen oder aufgrund internistischer Erkrankungen mit längerer Rekonvaleszenz; betrifft bei älteren PatientInnen jene, die nicht multimorbid sind und kein Frailty-Syndrom (siehe → *Glossar*) aufweisen

VERSORGUNGSMODELL

- Versorgungsstruktur: Abteilung oder Department in ABT IM, OR, UCH bzw. ORTR
- Belagsdauer in RNS-Einheit max. 28 Tage (in begründbaren Ausnahmefällen auch länger zulässig)
- Konsiliartätigkeit in KA (inkl. Begutachtung der Eignung von PatientInnen zur Übernahme aus erstbehandelndem Fachbereich)
- Primär auf Funktionseinbußen ausgerichtete Diagnostik und Therapie
- Interdisziplinär und multiprofessionell geführte Patientendokumentation

---

[108] GÖG/ÖBIG 2008: Akutgeriatrie/Remobilisation in österreichischen Krankenanstalten. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

[109] Enge Kooperation zwischen AG/R und OR, UCH bzw. ORTR in einem strukturell gefestigten Rahmen (z.B.: Klinikum Klagenfurt/Wörthersee, Universitätsklinik Innsbruck)

[110] Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation siehe: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie_Remobilisation_AG_R_nbsp_und_Remobilisation_Nachsorge_RNS_in_Oesterreich

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen, vorrangig IM, NEU, CH, OR, UCH bzw. ORTR, PMR,-sowie AM in PV

➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit im RNS-Team (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) v. a. mit Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Klinische Psychologie, Sozialarbeit mit Kompetenz im Entlassungsmanagement; diplomierte Pflegepersonen mit Weiterbildung in reaktivierender Pflege

PERSONAL, AUSSTATTUNG UND LEISTUNGSBEREICHE

	AG/R	RNS
Personal – Leitung		
Ärztliche Leitung	FA vorrangig IM oder NEU oder AM jeweils mit Additivfach bzw. Spezialisierung „Geriatrie“; ABT: StellvertreterIn mit geriatrischer Qualifikation	FA vorrangig IM oder PMR oder AM (abhängig von Zusammensetzung der Patientengruppe) AM mit mind. 3.500 Stunden Praxis im remobilisierenden Bereich
Leitendes Pflegepersonal	DGKP mit Weiterbildung in geriatrischer Pflege und mind. 1.700 Stunden Praxis in Einrichtung mit vorwiegend geriatrischen PatientInnen	DGKP mit Weiterbildung in reaktivierender Pflege
Personal – Anwesenheit		
FA IM oder NEU in KA	Tagdienst; NWF gemäß KAKuG	-
FA IM oder FA OR/UCH/ORTR oder FA PMR	-	Rufbereitschaft
FA/AM mit Additivfach bzw. Spezialisierung Geriatrie auf ABT/DEP	Tagdienst	-
FA vorrangig IM oder PMR oder AM in ABT bzw. bei DEP auch in entsprechender ABT	-	Tagdienst
DGKP	7/24, im Tagdienst mind. 70 % des Pflegepersonals DGKP	
Multiprofessionelles Therapeutenteam	Tagdienst	
Ausstattung		
EKG, Langzeit-EKG, EKG-Monitoring	ABT	KA
Langzeit-Blutdruckmessung	ABT	KA
Akutlabor	KA	KA
Bildgebende Diagnostik[1]	KA	KA
Patientenzimmer	mit Unterstützung der Mobilität (z.B. Niederflurbetten, in AG/R auch Sensormatten)	
Untersuchungs- und Behandlungsräume	Eignung für (geriatrisches) Assessment	
Therapieräume	multidisziplinär nutzbar, adäquat ausgestattet (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, aktivierende Pflege, Psychologie,...)	
Räume für soziale Aktivitäten	multifunktionell nutzbar (Aufenthalt, Essen, etc.)	
Übungsküche	in räumlicher Nähe	-
Leistungsbereiche		
Geriatrisches Assessment[2]	x	-
Assessment[2]	-	x
Behandlungsplanung mit Therapiezielen	x	x
Reaktivierende Pflege	x	x
Funktionsverbessernde, funktionserhaltende u. reintegrierende therapeutische Maßnahmen	x	x
Psychologische/psychotherapeutische Betreuung	x	x
Sozialberatung und Kompetenztraining	x	x
Konsiliarvisite aus erstbehandelndem Fachbereich	bei Bedarf	
Evaluierung des Behandlungsplans und Therapieerfolgs im Team	1 x wöchentlich	
Geriatrisches Entlassungs-Assessment	x	-
Entlassungsmanagement[3]	x; inkl. Sicherstellung diagnostischer Hausbesuch und kurzfristiger pflegerischer Weiterbetreuung zu Hause	x
Angehörigenarbeit (Beratung und Schulung)	x	x

[1] Basisdiagnostik; CT und MR in ZA
[2] Assessment = interdisziplinärer Prozess zur multidimensionalen Erfassung u. Bewertung d. gesundheitlichen Situation u. zur Therapieplanung
[3] Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM) siehe: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie_zum_Aufnahme_und_Entlassungsmanagement_BQLL_AUFEM

3.2.4.4 Unheilbar kranke und sterbende Menschen (PAL/HOS-E, PAL/HOS-KJ)

Multiprofessionelle Behandlung und Betreuung von PalliativpatientInnen[111] jeden Alters und ihrer An- und Zugehörigen[112] in komplexen Situationen und bei schwierigen Fragestellungen auch über den Tod hinaus; bestmögliche Linderung oft vielfältiger Symptome, Erhaltung/Verbesserung der Lebensqualität, Berücksichtigung und Behandlung von körperlichen, psychisch-emotionalen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnissen

Die Palliativ- und Hospizversorgung liegt im Überschneidungsbereich zwischen Gesundheits- und Sozialbereich.

Versorgungsgrundsätze

- PatientInnen in komplexen Situationen und mit schwierigen Fragestellungen, die die Möglichkeiten der Grundversorgung übersteigen, werden in bzw. mit Hilfe von spezialisierten Palliativ- und Hospizeinrichtungen versorgt
- Spezialisierte Angebote unterstützen und ergänzen die Grundversorgung
- Keine zwingende Umsetzung aller Angebote der spezialisierten Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bundesländern
- Entwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen, auch organisatorische Kombinationen von einzelnen Palliativ- und/oder Hospizangeboten möglich

A. Palliativ- und Hospizversorgung von Erwachsenen

VERSORGUNGSMODELL

Modulare abgestufte Versorgung[113], stationäre, teilstationäre und mobile Angebote:

<table>
<tr><th></th><th>Grundversorgung</th><th colspan="3">Spezialisierte Palliativ- und Hospizversorgung</th></tr>
<tr><th></th><th>Einrichtung/Dienstleistungen</th><th colspan="2">Unterstützende Angebote</th><th>Betreuende Angebote</th></tr>
<tr><td>Akutbereich</td><td>Krankenhäuser</td><td rowspan="3">Hospizteams</td><td>Palliativkonsiliardienste</td><td>Palliativstationen</td></tr>
<tr><td>Langzeitbereich</td><td>Alten- und Pflegeheime</td><td rowspan="2">Mobile Palliativteams</td><td>Stationäre Hospize</td></tr>
<tr><td>Familienbereich, Zuhause</td><td>Niedergelassene (Fach-) ÄrztInnen, mobile Dienste, TherapeutInnen, etc.</td><td rowspan="2">Tageshospize</td></tr>
</table>

Palliativstation

- Station innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus
- Betreuung von PalliativpatientInnen mit komplexer medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Symptomatik und akutem, hohem Betreuungsaufwand; Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich; Entlassung in die vertraute Umgebung wird angestrebt

Stationäres Hospiz

- Einrichtung mit eigener Organisationsstruktur, kann stationärer Pflegeeinrichtung zugeordnet sein
- Betreuung von PalliativpatientInnen der letzten Lebensphase mit komplexer pflegerischer, psychosozialer oder medizinischer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand; Aufnahme in Akut-Krankenhaus nicht erforderlich, Betreuung zu Hause oder im nicht spezialisierten Pflegeheim nicht möglich
- Längerfristige Betreuung von PalliativpatientInnen, Begleitung der An- und Zugehörigen auch über den Tod der/des Erkrankten hinaus

[111] Unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen (z. B. Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Fatigue) und/oder psychosozialen Problemen

[112] Nahe Verwandte, Vertraute, Nahestehende und Freundeskreis

[113] Weitere Informationen siehe Broschüre Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich

Tageshospiz

- Eigenständiges Angebot für Behandlung, Beratung und Begleitung tagsüber
- Betreuung mobiler bzw. transportfähiger PalliativpatientInnen und deren An- und Zugehöriger
- Psychosoziale und therapeutische Angebote zur Tagesgestaltung zur Verhinderung sozialer Isolation, Gemeinschaft in Gruppe gleichermaßen Betroffener, Entlastung von An- und Zugehörigen

Palliativkonsiliardienst

- Multiprofessionell zusammengesetztes Team im Krankenhaus, als eigenständiges Angebot entweder einer Palliativstation zugeordnet oder eigene Organisationseinheit, kann krankenanstalten- und strukturübergreifend tätig sein
- Unterstützung und Beratung des Personals , das PalliativpatientInnen betreut, in allen Stationen und Ambulanzen inkl. Mitwirkung an der Betreuung der PalliativpatientInnen selbst und deren An- und Zugehörigen
- Spezielle palliativmedizinische, -pflegerische, psychosoziale und kommunikative Expertise und Kompetenzen, Unterstützung von Entscheidungsprozessen

Mobiles Palliativteam

- Multiprofessionell zusammengesetztes Team, außerhalb des Krankenhauses tätig
- Unterstützung und Beratung der professionellen BetreuerInnen und der betreuenden Dienste, die PalliativpatientInnen versorgen, inkl. Mitwirkung an der Betreuung der PalliativpatientInnen selbst und deren An- und Zugehörigen vor Ort (zu Hause, im Pflegeheim)
- Spezielle palliativmedizinische, -pflegerische, psychosoziale und kommunikative Expertise und Kompetenzen, Unterstützung von Entscheidungsprozessen und bei den Übergängen zwischen Krankenhaus und häuslicher Betreuung

Hospizteam

- Team mit qualifizierten ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen[114], das von einer Koordinationsperson (nicht ehrenamtlich)[115] koordiniert wird, inkl. sonstigen ehrenamtlich Tätigen[116]
- Mitmenschliche Begleitung und Beratung sowie Trauerbegleitung für PalliativpatientInnen und deren An- und Zugehörigen in allen Versorgungskontexten (Zuhause, Heim, Krankenhaus)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

<table>
<tr><th></th><th>Palliativstation</th><th>Stationäres Hospiz</th><th>Tageshospiz</th><th>Palliativ-konsiliardienst</th><th>Mobiles Palliativteam</th><th>Hospizteam</th></tr>
<tr><td rowspan="2">➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit…</td><td colspan="6">mit den anderen Palliativ- und Hospizeinrichtungen</td></tr>
<tr><td>allen Fachrichtungen, insbesondere auch PV-Einheiten und/oder AM</td><td>Palliativstation, Mobilem Palliativteam, (PV-) AM und niedergelassenen FÄ</td><td>Palliativstation, FA niedergelassen, PVE-AM</td><td>sämtlichen Abteilungen und Ambulanzen im Krankenhaus</td><td>FÄ im Krankenhaus und niedergelassenen Bereich, insb. AM in PVE</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) von…</td><td>DGKP</td><td>DGKP/PA/FSB A[1]</td><td colspan="3">DGKP</td><td rowspan="3">Koordinationsperson (nicht-ehrenamtlich), ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen und sonstigen ehrenamtlich Tätigen</td></tr>
<tr><td colspan="5">Personal für Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie und/oder Klinische Psychologie, Sozialarbeit und/oder Sozialpädagogik; Hospizteam, Seelsorge verschiedener Konfessionen (auf Wunsch der PatientInnen)</td></tr>
<tr><td>Physiotherapie</td><td>Koordination für ehrenamtlich Tätige, psychosoziale Betreuung</td><td>Physiotherapie</td><td colspan="2">Physiotherapie</td></tr>
</table>

[1] FSB A = Fach-Sozialbetreuung mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit

[114] Lehrgang zur Befähigung von ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen (mind. 80 UE Theorie) entsprechend den Standards des Dachverbandes HOSPIZ ÖSTERREICH sowie 40 Stunden Praktikum im Hospiz- und Palliativbereich

[115] abgeschlossene Ausbildung und Berufserfahrung in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf mit Fach- und Sozialkompetenz (z. B. diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, diplomierte/r SozialarbeiterIn) und interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang im Ausmaß von 160 UE Theorie und 40 Stunden Praktikum (Nachweis des Palliativ-Basislehrgangs innerhalb von 2 Jahren ab Einstellung anzustreben)

[116] sonstige Ehrenamtliche (z.B. Administration): Einführung bzw. Schulung nach Bedarf

➔ Prozessqualität: Im „Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen“ werden die Kernprozesse für alle Angebote der abgestuften Palliativ- und Hospizversorgung in Form von Musterprozessen abgebildet[117].

PERSONAL, AUSSTATTUNG UND LEISTUNGSBEREICHE

	Palliativ-station	Stationäres Hospiz	Tages-hospiz	Palliativ-konsiliardienst	Mobiles Palliativteam	Hospizteam
Personal – Qualifikation						
Leitung	AM oder FA	entsprechend Organisationsform		im Team festzulegen		Koordinationsperson (nicht ehrenamtlich)
Stammpersonal[1]	interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang[2] (Nachweis innerhalb von 2 Jahren anzustreben)					
Personal – Anwesenheit						
AM oder FA aus Stammpersonal	Tagdienst	stundenweise Präsenz 7/24 Rufbereitschaft: innerhalb 30 Min. verfügbar	stundenweise Präsenz Rufbereitschaft	Tagdienst	tel. Erreichbarkeit 7/24	-
DGKP aus Stammpersonal	7/24	7/24; mind. 80 % der Pflegekräfte; 20 % PA oder FSB A[3]	mind. 2 Personen anwesend	Tagdienst in KA	tel. Erreichbarkeit 7/24	-

	Palliativ-station	Stationäres Hospiz	Tages-hospiz	Palliativ-konsiliar-dienst	Mobiles Palliativ-team	Hospiz-team
Ausstattung						
Schmerzpumpen	x	x	-	x	x	-
Perfusoren und Infusomaten	x	x	-	-	-	-
Patientenheber	x	x	x	-	-	-
Sauerstoff, Absauger	x	x	x	-	-	-
Notfall-Instrumentarium	x	x	x	-	x	-
Medizinische, pflegerische Grundausstattung	x	x	x	-	x	-
Depot für Heilbehelfe, Medikamente	x	x	x	-	x	-
Raumangebot und –ausstattung						
Patientenzimmer/-bereich	wohnliche Gestaltung			-	-	-
Anti-Dekubitus-Matratzen	je nach Bedarf		-	-	-	-
Stationsbad/Pflegebad	fahrbarer Badewannenlift			-	-	-
Mitaufnahmemöglichkeit einer Begleitperson	x	x	-	-	-	-
Räumlichkeiten für therapeut. und soziale Aktivitäten	x	x	x	-	-	-
(Wohn-)Küche	-	x	x	-	-	-
Verabschiedungs-/Meditationsraum	x	x	-	-	-	-
Raum für Teambesprechungen, ambulante Kontakte	x	x	x	x	x	x
Leistungsbereiche						
Erstgespräch mit PatientIn und An- und Zugehörigen vor Aufnahme	x	x	x	-	(x)	-
Erstellen von Symptomdiagnosen (z.B. Schmerzdiagnose)	x	x	-	(x)	(x)	-
Schmerzmanagement und Symptomkontrolle	x	x	x	(x)	(x)	-
Bezugspflege	x	x	x	-	-	-
Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen	x	x	x	(x)	(x)	-
Kreativtherapie			x			
Planen und Ermöglichen von	Ausgängen (ggf. Ausflügen)			-	-	-
Beraten u. Anleiten in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitliche Pflege u. psychosoziale Begleitung	-	-	-	x	x	-
Erstellung eines Betreuungskonzepts in Zusammenarbeit mit behandelndem Personal	-	-	-	x	x	-
Unterstützung des betreuenden Personals in Entscheidungsfindung bei ethischen Fragen	-	-	-	x	x	-

[117] Prozesshandbuch für Hospiz- und Palliativeinrichtungen siehe: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich

	Palliativ-station	Stationä-res Hospiz	Tages-hospiz	Palliativ-konsiliar-dienst	Mobiles Palliativ-team	Hospiz-team
Indikationsstellung für Aufnahme in Palliativstation oder Stationäres Hospiz	-	-	-	x	x	-
Telefonische Beratung	-	-	-	x	x	x
Einfaches „Dasein" („Sitzwachen", Gespräche, gemeinsame Aktivitäten)	-	-	-	-	-	x
Verabschiedung von Verstorbenen	x	x	x[4]	-	x[4]	x[4]
Trauerbegleitung der An- und Zugehörigen	x	x	x	-	x	x

[1] Stammpersonal: ÄrztInnen, Pflegepersonal und SozialarbeiterInnen in den spezialisierten Strukturen
[2] interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang im Ausmaß von 160 UE Theorie und 40 Stunden Praktikum; für DGKP auch ggf. Spezialisierung Hospiz- und Palliativversorgung
[3] FSB A = Fach-Sozialbetreuung mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit
[4] Gedenken an Verstorbene

Anmerkung: (x) = bei Bedarf

B. Palliativ- und Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen

Pädiatrische Palliativ- und Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer lebensbedrohlichen oder lebenslimitierenden Erkrankung bei Bedarf über den gesamten Krankheitsverlauf bis zum Tod und darüber hinaus; jahrelanger Verlauf der Krankheiten (unter Änderung der Krankheitssymptome im Kindesalter rascher als im Erwachsenenalter); gegebenenfalls Gleichzeitigkeit von kurativer und palliativer Versorgung; Ausrichtung der pädiatrischen Palliativ- und Hospizversorgung nach Alter, Grunderkrankung sowie dem Entwicklungsstand des Kindes, Jugendlichen und in Ausnahmefällen auch von jungen Erwachsenen[118]

VERSORGUNGSMODELL

Modulare abgestufte Versorgung, stationäre und mobile Angebote

Pädiatrische Palliativbetten

- Betten in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde, Ausstattung speziell für Palliativbehandlung
- Betreuung pädiatrischer PalliativpatientInnen mit komplexer medizinischer, pflegerischer und/oder psychosozialer Symptomatik und akutem hohem Betreuungsaufwand, wenn Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist; Schaffung der Voraussetzung für eine adäquate Weiterbetreuung
- Bewältigung von Krankheitskrisen unter Einbeziehung aller bedarfsgemäßen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie Betreuung von psychosozialen Krisen, Stabilisierung der Situation, Optimierung der Symptomkontrolle

Stationäres Kinder-Hospiz

- Einrichtung mit eigener Organisationsstruktur
- Betreuung pädiatrischer PalliativpatientInnen und deren Familie und/oder nahen An- und Zugehöriger für eine bestimmte Zeit; Ausrichtung auf die besonderen Bedürfnisse und Wünsche von Kindern und Jugendlichen ab Diagnosestellung
- Ganzheitliche palliative Betreuung der pädiatrischen PalliativpatientInnen, Entlastung und professionelle Unterstützung der Familien, palliativmedizinische, palliativpflegerische, psychosoziale, therapeutische, pädagogische und spirituelle Angebote

Mobiles Kinder-Palliativteam

- Multiprofessionell zusammengesetztes Team
- Fachliche Expertise für die in der Basisversorgung Tätigen, Betreuung pädiatrischer PalliativpatientInnen und deren Familien und/oder An- und Zugehöriger, wenn diese spezieller palliativmedizinischer bzw. palliativpflegerischer, psychosozialer und kommunikativer Expertise bedürfen
- Unterstützung von Entscheidungsprozessen und an den Übergängen zwischen Krankenhaus und häuslicher Betreuung

[118] junge Erwachsene, bei denen vor dem 18. Lebensjahr eine lebenslimitierende Erkrankung diagnostiziert wurde; Wahlmöglichkeit zwischen Weiterbetreuung im pädiatrischen Bereich oder Wechsel in Angebote für Erwachsene

Kinder-Hospizteam

- Team mit qualifizierten ehrenamtlichen Kinder-HospizbegleiterInnen[119], das von einer Koordinationsperson (nicht ehrenamtlich)[120] koordiniert wird, inkl. sonstigen ehrenamtlich Tätigen[121]
- Mitmenschliche alters- und entwicklungsadäquate Begleitung, Entlastung, Unterstützung und Beratung pädiatrischer PalliativpatientInnen und deren Familie und/oder An- und Zugehöriger in allen Versorgungskontexten (zu Hause, Krankenhaus, stationäres Kinder-Hospiz, Betreuungseinrichtungen, Schulen, Kindergärten) sowie Trauerbegleitung

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

	Pädiatrische Palliativbetten	Stationäres Kinder-Hospiz	Mobiles Kinder-Palliativteam	Kinder-Hospizteam
➔ **Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit…**	anderen pädiatrischen Palliativ- und Hospizangeboten			
	allen Fachrichtungen	Abt. für KIJU; Mobilem Kinder-Palliativteam	FÄ intra- und extramural	
	insbesondere mit FA KIJU und AM in PVE			-
➔ **Multiprofessionelle Zusammenarbeit** (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) **von…**	DGKP/DKKP, TherapeutInnen (z.B. für Physiotherapie, Ergotherapie, Diätologie), Psychotherapie und/oder Klinischen Psychologie, Sonder- und/oder Heilpädagogik, Sozialarbeit und/oder Sozialpädagogik, Kinder-Hospizteam, Seelsorge verschiedener Konfessionen (auf Wunsch der PatientInnen, Familie)			Koordinationsperson (nicht ehrenamtlich), ehrenamtlichen Kinder-HospizbegleiterInnen, sonstigen ehrenamtlich Tätigen
➔ **Sonstiges**	Aufnahme der pädiatrischen PalliativpatientInnen gemeinsam mit deren Familie		-	-

PERSONAL, AUSSTATTUNG UND LEISTUNGSBEREICHE

	Pädiatrische Palliativbetten	Stationäres Kinder-Hospiz	Mobiles Kinder-Palliativteam	Kinder-Hospizteam
Personal – Qualifikation				
Leitung	FA KIJU	entsprechend Organisationsform	im Team festzulegen	Koordinationsperson (nicht ehrenamtlich)[120]
Stammpersonal	Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care[1]; mindestens ein Teammitglied mit Qualifikation in Trauerbegleitung			
Personal – Anwesenheit				
FA KIJU	Tagdienst			
Vorrangig FA KIJU / FA oder AM		stundenweise Präsenz; 7/24 Rufbereitschaft (binnen 30 Min. verfügbar	tel. Erreichbarkeit 7/24	-
DGKP/DKKP	7/24			-

[119] Spezialkurs zur Befähigung von ehrenamtlich tätigen Kinder-HospizbegleiterInnen (mind. 80 UE Theorie) sowie 40 Stunden Praktikum in einer Einrichtung zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Gesundheits- und Sozialbereich oder Befähigungskurs für ehrenamtlich tätige HospizbegleiterInnen (mind. 80 UE Theorie) entsprechend den Standards des Dachverbands HOSPIZ ÖSTERREICH sowie 40 Stunden Praktikum im Hospiz- und Palliativbereich und zusätzlich: 40 UE Spezialaufschulung im Bereich der Hospizbegleitung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie 40 Stunden Praktikum in einer Einrichtung zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Gesundheits- und Sozialbereich

[120] abgeschlossene Ausbildung und Berufserfahrung in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care (interdisziplinärer Lehrgang im Ausmaß von mind. 160 UE Theorie und 40 Stunden Praktikum, innerhalb von 2 Jahren ab Einstellung nachzuweisen)

[121] sonstige Ehrenamtliche (z. B. Administration): Einführung bzw. Schulung nach Bedarf

	Pädiatrische Palliativbetten	Stationäres Kinder-Hospiz	Mobiles Kinder-Palliativteam	Kinder-Hospizteam
Ausstattung				
Schmerzpumpen, Ernährungspumpen	x	x	-	-
Perfusoren und Infusomaten	x	x	-	-
Patientenheber	x	x	-	-
Beatmungsgerät, Sauerstoff, Absauger	x	x	-	-
Überwachungsgeräte (z.B. Monitor)	x	x	-	-
Hilfsmittel (z.B. Schmerzpumpen, Infusionspumpe)	x	x	x	-
Medizinischer Notfallkoffer	-	x	x	-
Medizinische, pflegerische Grundausstattung	x	x	x	-
Depot für Heilbehelfe, Hilfsmittel, Medikamente	x	x	x	-
Raumangebot und -ausstattung				
Patientenzimmer/Familienbereiche	wohnliche Gestaltung, altersentsprechend umgestaltbar		-	-
Pflegebad mit Hebebadewanne	verfügbar	x	-	-
Kochmöglichkeit	x	x	-	-
Mitaufnahmemöglichkeit von Familienmitgliedern	x	x	-	-
Räumlichkeiten für therapeutische und soziale Aktivitäten	x	x	-	-
Sensorische Ausstattung	x	x	-	-
Abschiedszimmer/Raum der Stille	verfügbar	x	-	-
Raum für Teambesprechungen, ambulante Kontakte	-	-	x	x
Leistungsbereiche				
Palliativmedizinische Behandlung[2]	x	verfügbar	(x)	-
Palliativpflege, Entlastungspflege	x	x	(x)	-
Familienorientierte psychologische Unterstützung	x	x	(x)	-
Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen	x	x	(x)	-
Schulbildung für PatientInnen und Geschwister	x	x	-	-
Ergänzende therapeutische Angebote (z.B. Musiktherapie, tiergestützte Angebote)	x	x	-	-
Beraten und Anleiten in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitliche Pflege u. psychosoziale Begleitung	-	-	x	-
Erstellung eines individuellen palliativen Behandlungs- und Betreuungsplans, eines Notfallplans für Krisensituationen in Zusammenarbeit mit behandelndem Personal	-	-	x	-
Planen, Organisation und Durchführung von multiprofessionellen Fallbesprechungen und Helferkonferenzen	-	-	x	-
Telefonische Beratung	-	-	x	x
Einfaches „Dasein“, Gespräche, gemeinsame Aktivitäten	-	-	-	x
Begleitung in der Sterbephase	x	x	x	x
Trauerbegleitung der Familie und An- und Zugehörigen	x	x	x	x

[1] Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care: interdisziplinärer Lehrgang im Ausmaß von mind. 160 UE Theorie und 40 Stunden Praktikum, Nachweis innerhalb von 2 Jahren ab Einstellung anzustreben

[2] Palliativmedizinische Behandlung: diagnostische Maßnahmen, Therapieanpassung, Symptomkontrolle, Schmerztherapie, Therapiezielfindung, Notfallmanagement

Anmerkung: (x) = bei Bedarf

3.3 Rehabilitation

Die Einhaltung der Qualitätskriterien zur stationären und ambulanten Rehabilitation der Phase II von Erwachsenen sowie zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist eine Voraussetzung für eine Vertragsbeziehung mit der Sozialversicherung. Diese Qualitätskriterien sind im Rehabilitationsplan 2016[122] enthalten.

Zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen zählt auch eine ausreichende Personalausstattung mit allen für das Leistungsangebot erforderlichen Berufsgruppen. Der Ressourceneinsatz an Personal und Infrastruktur ist entsprechend den betrieblichen Erfordernissen sowie den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall jedenfalls gesetzeskonform sicherzustellen.

3.4 Sektorenübergreifende Qualitätskriterien

3.4.1 Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme

Die 2014 vom BMGF publizierten Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme[123] legen einen Rahmen fest, um die Patientensicherheit sowie die Sicherheit der MitarbeiterInnen zu erhöhen. PatientInnen sollen auf die Qualität im Gesundheitssystem vertrauen können, unabhängig davon, in welcher Region oder in welchem Versorgungssektor die Leistung erbracht wird.

Durch die Verknüpfung mit der bundesweiten Qualitätsberichterstattung wird es den Verantwortlichen ermöglicht, die Erfüllung der Anforderungen zu überprüfen und Verbesserungen zu initiieren. Es wird damit sichergestellt, dass sowohl alle gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe als auch alle Gesundheitseinrichtungen die Basisanforderungen an Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung erfüllen. Die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme (MA-QM) sind verpflichtend zu erfüllen und auf Landesebene bzw. vom PRIKRAF zu evaluieren.

3.4.2 Patientensicherheit

Patientensicherheit ist das Produkt aller Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf gerichtet sind, PatientInnen vor vermeidbaren Schäden im Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren.

Die **österreichweite Strategie zur Patientensicherheit**[124] gibt einen Überblick und bietet einen Leitfaden zu Maßnahmen zur Patientensicherheit.

3.4.2.1 Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Hygiene

Nosokomiale Infektionen bzw. Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen sind Infektionen, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer anderen Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung auftreten. Es darf somit keine Hinweise geben, dass Infektionen vor der Aufnahme oder vor der Behandlung bestehen bzw. sich in der Inkubationszeit befinden.[125]

[122] vgl. http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564714, S. 23-121

[123] Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme, siehe http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/PatientInnensicherheit/Mindestanforderungen_an_Qualitaetsmanagementsysteme

[124] Patientensicherheit – Österreichweite Strategie 2013-2016, siehe https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/PatientInnensicherheit/Patientensicherheit_Oesterreichweite_Strategie_2013_2016

[125] siehe https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/QS_Krankenhaushygiene_nbsp_Qualitaetsstandard_Organisation_und_Strategie_der_Krankenhaus_Hygiene

Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (HAI = Healthcare associated infections) haben erhebliche medizinische und ökonomische Bedeutung und stellen eine Herausforderung in der optimalen Betreuung von PatientInnen dar. Weitere Informationen sind im Nationalen Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz NAP-AMR[126] und in der Rahmenrichtlinie zur Erfassung von Krankenhauskeimen in der jeweils gültigen Fassung enthalten[127].

Hygiene nimmt in der Infektionsvermeidung im medizinischen Umfeld eine Schlüsselrolle ein. Mit hygienischen Maßnahmen vor, während und nach medizinischer Behandlungen lassen sich Infektionen von PatientInnen vermeiden und damit die Patientensicherheit erhöhen.

Empfehlungen für Krankenhaushygiene wurden im Expertenpapier „PROHYG 2.0“[128] erarbeitet, woraus der **Qualitätsstandard „Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“** entwickelt wurde[129].

3.4.3 Prozessqualität im Gesundheitssystem

Prozessqualität beschreibt Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden[130].

Allgemeine Kriterien der Prozessqualität

- Patientenzentrierte Versorgungskoordination
- Vereinbaren von Prozessen/Pfaden für Abläufe, die verschiedene Versorgungsstufen und/oder Fachbereiche und/oder Leistungserbringer umfassen
- Sicherstellen möglichst leitlinienbasierter Versorgung in allen Versorgungsstufen
- Institutionalisierte Kooperation/Koordination zwischen den Leistungserbringern und Institutionen inkl. der Dienste und Einrichtungen im Sozialbereich (z.B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte, mobile Dienste, etc.), inkl. standardisierter Informationsweitergabe
- Kontinuierliche Verbesserung gemäß Public Health Action Cycle (siehe → *Glossar*)

3.4.3.1 Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung (IV) ist eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung.[131] Sie umfasst Prozess- und Organisationsintegration.

Als Grundlage für die Umsetzung Integrierter Versorgung können Strategien (z.B. Demenzstrategie[132]) und Qualitätsstandards dienen.

IV-Programme sind die programmhafte Umsetzung von Integrierter Versorgung für Gruppen von Menschen mit besonderem Bedarf oder mit komplexen Krankheitsbildern, bei welchen die Versor-

[126] siehe https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Antibiotikaresistenz/NAP_AMR_Der_oesterreichische_Nationale_Aktionsplan_zur_Antibiotikaresistenz

[127] siehe https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/PatientInnensicherheit/Rahmenrichtlinie_zur_Erfassung_von_Krankenhauskeimen

[128] siehe https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Antibiotikaresistenz/Krankenhaushygiene_PROHYG_2_0

[129] Qualitätsstandard „Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ siehe: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/QS_Krankenhaushygiene_nbsp_Qualitaetsstandard_Organisation_und_Strategie_der_Krankenhaus_Hygiene

[130] vgl. § 2, Abs. 9 GQG

[131] vgl. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 3 Z 7

[132] Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ Abschlussbericht, siehe zur Entwicklung der Demenzstrategie – Abschluss Dezember 2015: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Demenz/Entwicklung_der_Oesterreichischen_Demenzstrategie_Gut_leben_mit_Demenz

gungsprozesse strukturiert und verbindlicher geregelt werden. Beispiele: IV-Schlaganfall in Tirol, Oberösterreich und Steiermark[133]; Herzinsuffizienz in Salzburg[134]

Disease-Management-Programme sind eine Form Integrierter Versorgungsprogramme, bei welcher zusätzlich der Fokus auf das aktive Mitwirken der PatientInnen gelegt wird (Zielvereinbarungen, Schulungen, Selbstmanagementtrainings etc.). Beispiel: Diabetes mellitus Typ 2 – „Therapie aktiv – Diabetes im Griff"[135]

Case Management geht individuell und situationsbezogen auf die patientenspezifischen Bedürfnisse ein und unterstützt die integrierte Organisation des Versorgungsprozesses im Gesundheits- und Sozialbereich. Im **Care Management** wird dabei der Aufbau eines Netzwerkes zur lokalen Zusammenarbeit mit dem Ziel gültige Lösungen für die Versorgung im Sozial- und Gesundheitswesen zu finden, unterstützt.

3.4.3.2 Nahtstellenmanagement

Unter Nahtstellenmanagement (NSM) wird die prozessbezogene Organisation der Versorgungsübergänge an den Nahtstellen innerhalb des Gesundheitswesens und zum Sozialbereich verstanden.

Ein funktionierendes Nahtstellenmanagement umfasst soziale, ärztliche, pflegerische, therapeutische und pharmazeutische Versorgung in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen bzw. Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens. Gesundheitsförderung und Prävention sind ebenfalls als Teil eines funktionierenden Nahtstellenmanagements zu betrachten. Die Verbesserung des Managements an den Nahtstellen soll den Betreuungsverlauf patientenorientiert, rasch, reibungs- und lückenlos, effektiv, effizient und sinnvoll sicherstellen.

Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Der strukturierte Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards wird als **Aufnahmemanagement** bezeichnet.

Entlassungsmanagement umfasst die standardisierte Organisation im Sinne des Case Managements pflegerischer, medizinischer und sozialer Dienstleistungen institutionenübergreifend im Anschluss an die Krankenhausentlassung für PatientInnen mit multiplem Versorgungsbedarf. Unabhängig davon ist für alle PatientInnen eine geordnete Entlassungsplanung sicherzustellen, auch wenn kein oder kaum Unterstützungsbedarf vorliegt.

Die **Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM)** stellt standardisierte Handlungsanleitungen zu Prozessen zur Verfügung. Ein standardisiertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement in den Akutkrankenanstalten soll die Patientenversorgung an den neuralgischen Stellen des Systems substanziell verbessern. Die BQLL bezieht sich primär auf organisatorische Rahmenbedingungen, d. h. sie beschreibt keine medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Interventionen. [136]

---

[133] Eine Analyse der bestehenden IV-Schlaganfall Programme wurde im Rahmen der Arbeiten zum Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall erstellt. Informationen zu den einzelnen Projekten können auf folgenden Web-Seiten abgerufen werden: https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/krankenanstalten/schlaganfall/projekt/ https://www.ooegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.705023; http://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/Seiten/Reformpool-2.aspx

[134] Beispiel: „KardioMobil - Heimbetreuung für Herzinsuffizienz-PatientInnen", siehe https://avos.at/angebot/erwachsenengesundheit-vorsorgemedizin/kardiomobil-heimbetreuung-fuer-herzinsuffizienz

[135] Beispiel: Disease Management Programm für Personen mit Diabetes Mellitus Typ2, "Therapie Aktiv – Diabetes im Griff", siehe www.therapie-aktiv.at

[136] Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM) siehe: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie_zum_Aufnahme_und_Entlassungsmanagement_BQLL_AUFEM

Weitere Informationen und Grundlagen sind im Bericht „Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement – Umsetzungsstand“ [137] und der „Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement“ zusammengefasst[138].

3.4.3.3 Präoperative Diagnostik

Präoperative Diagnostik wird als das bedarfsgerechte Erstellen präoperativer Befunde bzw. das Verwenden bestehender aktueller Befunde zur Stratifizierung des perioperativen Risikos bei elektiven Eingriffen definiert.

Die **Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (BQLL PRÄOP)**[139] beschränkt sich auf erwachsene PatientInnen und richtet sich an alle stationären und ambulanten Einrichtungen (Ordinationen, Institute, Krankenanstalten) im Gesundheitswesen, die an der präoperativen Diagnostik beteiligt sind.[140] Die präoperative Diagnostik beruht in erster Linie auf einer, laut Vorgaben der medizinischen Quellleitlinie[141], sorgfältigen Anamnese, entsprechenden klinischen Untersuchungen und vorgegebenen Befundungen.

[137] Bericht „Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement – Umsetzungsstand“ siehe: http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/qs_aufnahme_entlassungsmanagement_2014.pdf

[138] Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement siehe: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1333/CMS1350910195632/analyse_regionaler_pilotprojekte_zum_aufnahme-_und_entlassungsmanagement_2015.pdf

[139] Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (BQLL PRÄOP) siehe: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie_zur_integrierten_Versorgung_von_erwachsenen_Patientinnen_und_Patienten_fuer_die_praeoperative_Diagnostik_bei_elektiven_Eingriffen_BQLL_PRAeOP

[140] Von der SV-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft (SVC) wurde dafür die EDV-Lösung PROP zur Verfügung gestellt, es ist jedoch auch die Nutzung gleichwertiger EDV-Lösungen möglich.

[141] Medizinische Quellleitlinie „Leitlinie präoperativer Patientenevaluierung“ der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)

3.4.4 Ergebnisqualität

Ergebnisqualität ist die „messbare Veränderung des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen“[142].

Umfassende Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Versorgung erfordert die Betrachtung von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Das Erfassen der Ergebnisqualität dient der Sicherstellung hoher medizinischer Versorgungsqualität und der Patientensicherheit. Ergebnisqualitäts-Daten liefern Anhaltspunkte für eine Struktur- und Prozessoptimierung, die wiederum zu besseren Ergebnissen führt.

Ein österreichweites Erfassen von Ergebnisqualitäts-Parametern bietet den Gesundheits-Dienstleistern den Vorteil, dass ein nationaler und auch ein internationaler Vergleich stattfinden können.

2011 wurde die bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten (**Austrian Inpatient Quality Indicators A-IQI** inkl. Peer-Reviews), die für alle Krankenanstalten verpflichtend ist, umgesetzt. Über A-IQI werden an Hand von routinedatenbasierten, altersstandardisierten Qualitätsindikatoren statistische Auffälligkeiten identifiziert, die mit Hilfe von Peer-Review-Verfahren aufgearbeitet und so einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zugeführt werden.

Auch für den ambulanten/niedergelassenen Bereich wurde ein Konzept zur Qualitätsmessung entwickelt (**Qualitätsmessung im ambulanten Bereich**) um qualitätsverbessernde Maßnahmen zu initiieren. Grundsätzlich sollen Indikatoren auf Basis von Routinedaten erhoben werden.

Die Vorteile einer Qualitätsmessung aus Routinedaten liegen in der bundesweiten Datenverfügbarkeit sowie in der Reduktion des Dokumentationsaufwandes verglichen mit zusätzlichen Datenerfassungen. Darüber hinaus sind für eine umfassende Qualitätsmessung und -sicherung im Hinblick auf Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren auch andere Daten-/Informationsquellen heranzuziehen.

Eine derartige Möglichkeit ist das Führen von **Registern**. Diese gestatten es, Patientendaten zu sammeln und statistisch auszuwerten. Man unterscheidet epidemiologische Register, klinische Register und Qualitätsregister.

Je nach Art des Registers können spezifische Fragen formuliert und anhand der Daten beurteilt werden. Subsidiäre Register sind nach bundesweiten Kriterien festzulegen und die Ergebnisse in den A-IQI Prozess einzubinden.

[142] Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004)

4 GROSSGERÄTEPLAN

→ *Die für eine Verordnung zum ÖSG vorgesehenen Inhalte aus dem Kapitel 4 sind blau unterlegt.*

Im bundesweiten Großgeräteplan (GGP) werden die medizinisch-technischen Großgeräte festgelegt, die der öffentlichen Versorgung dienen. Der Großgeräteplan enthält die bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderliche Anzahl der Großgeräte und umfasst folgende Großgeräte:

- Computertomographiegeräte (CT)
- Magnetresonanz-Tomographiegeräte (MR)
- Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT)
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze) (COR)
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR) (Linearbeschleuniger)
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT, PET-MR)

Zur näheren Beschreibung der einzelnen Gerätearten siehe → *Glossar*.

Der Großgeräteplan enthält Grundsätze und Ziele der Großgeräteplanung (→ *Kapitel 4.1*) und österreichweite Planungsgrundlagen und Planungsrichtwerte, auf deren Basis die bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderliche Anzahl der Großgeräte geplant wird (→ *Kapitel 4.2*). Ergänzend stellen Qualitätskriterien einen integralen Bestandteil der Planungsaussagen dar (→ *Kapitel 4.3*)[143]. Die für eine Verordnung zum ÖSG vorgesehenen Festlegungen zum Großgeräteplan enthält *Kapitel 4.4.*

4.1 Grundsätze und Ziele

Der GGP enthält den IST-Stand und die Planung der oben genannten Großgerätearten auf Ebene der Bundesländer. Dabei gelten folgende **Grundsätze**:

- Die IST-Zahlen zu den Großgeräten dienen ausschließlich der Information und sind nicht Teil des Plans.
- Die Standort- und Kapazitätsplanung von **Großgeräten mit überregionaler Bedeutung**, das sind Strahlentherapiegeräte (STR), Coronarangiographie-Anlagen (COR) und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET), ist **auf Bundesebene** zu vereinbaren. Ebenso auf Bundesebene ist die standortbezogene Planung der **übrigen medizinisch-technischen Großgeräte** (Computertomographiegeräte (CT), Magnetresonanz-Tomographiegeräte (MR) und Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT)) zu vereinbaren, wobei eine Abstimmung mit den **Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene** vorzusehen ist. [144]
- Der GGP enthält die bundesländerspezifische Gesamtanzahl von medizinisch-technischen Großgeräten in **Fonds-Krankenanstalten.** Bei der Planung der Großgeräte in FKA wird die Geräteausstattung von „Nichtfonds-Krankenanstalten", Rehabilitationszentren und des extramuralen Sektors gemäß jeweiliger Planungs-Vorgabe (siehe → *Anhang 10, Spalte GGP*) berücksichtigt.
- Weiters legt der GGP die bundesländerspezifische Gesamtanzahl von medizinisch-technischen Großgeräten in **Nichtfonds-KA, Rehabilitationszentren und im extramuralen Sektor** fest**.** Bei der Planung dieser Großgeräte wird die Geräteausstattung von FKA gemäß jeweiliger Planungs-Vorgabe (siehe → *Anhang 10, Spalte GGP*) berücksichtigt. Der Ausweis eines Großgerätes in der

[143] gemäß Art. 5 Abs. 3 Z 10 der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens; die Umsetzung der Vereinbarung in Art. 5 Abs. 3 Z 10 , wonach Planungsgrundlagen und -richtwerte insbesondere auch die von diesen Großgeräten zu erbringenden Leistungen bzw. deren Leistungsspektrum sowie deren Verfügbarkeit berücksichtigen, bedarf im ersten Schritt entsprechender Grundlagenarbeiten, deren Ergebnisse erst in weitere Revisionen des GGP einfließen können.

[144] gemäß Art. 5 Abs. 3 Z 11 der o.a. Vereinbarung

Planungs-Vorgabe (siehe → *Anhang 10, Spalte GGP*) für Nichtfonds-KA, Rehabilitationszentren und im extramuralen Bereich ist Voraussetzung für einen allfälligen Kassenvertrag bzw. für eine Kostenerstattung.[145] GesundheitsdiensteanbieterInnen (GDA), die einen Zuschlag in einem Vertragsvergabe-verfahren der Sozialversicherung für ein Großgerät, für welches in der Spalte GGP ein Bedarf ausgewiesen ist, erhalten haben[146], gelten mit Zuschlagserteilung für das jeweilige Versorgungsgebiet bzw. den jeweiligen Standort als planungskonform. Somit ist das in der Spalte GGP für das jeweilige Versorgungsgebiet bzw. den jeweiligen Standort vorgesehene Großgerät diesem/dieser GDA zuzuordnen. Großgeräte, die im Großgeräteplan verzeichnet sind, gelten ab dem Zeitpunkt des sie betreffenden Vertragsendes mit der Krankenversicherung als nicht planungskonform. Das für das jeweilige Versorgungsgebiet bzw. den jeweiligen Standort vorgesehene Großgerät kann, sofern weiterhin ein Bedarf dafür besteht, einem/einer anderen GDA zugeordnet werden. Diese Regelung erfolgt vor dem Hintergrund, dass im Falle einer Kündigung der Vertrauensschutz zu gewährleisten ist.

- Der **Planungshorizont** des GGP entspricht grundsätzlich dem Planungshorizont des gesamten ÖSG.
- **COR und PET** sollen aus gesundheitsplanerischer Sicht im intramuralen Bereich betrieben werden.
- **STR** sind – abgesehen vom bereits bestehenden MedAustron – ausschließlich im intramuralen Bereich zu betreiben.
- Alle planungskonformen Großgeräte sind im bundesweiten GGP des ÖSG sowie in den RSG darzustellen.
- **Funktionsgeräte** sind Großgeräte, die ausschließlich intraoperativ, für unmittelbar erforderliche Abklärung im Schockraum oder für Therapieplanung bzw. -überwachung bei Strahlentherapie zum Einsatz kommen. Sie werden für allgemeine Planungen und Bedarfsprüfungen im Sinne des GGP grundsätzlich nicht berücksichtigt und werden im bundesweiten GGP zu Informationszwecken gesondert dargestellt. Eine konkrete Widmung eines Großgerätes als ausschließliches Funktionsgerät ist vom jeweils vorgesehenen bzw. bestehenden Einsatzgebiet abhängig und daher individuell nachzuweisen und bedarf einer Bewilligung auf Landesebene (inkl. Kenntnisnahme auf Bundesebene). Dabei sind vorgesehene Behandlungsform, Angaben zur Bedarfsfeststellung und Einrichtung des jeweiligen Gerätes (bspw. Planungs-CT für Strahlentherapie; fix im OP-Raum eingerichtete Großgeräte) zu berücksichtigen.
- Großgeräte in Universitätskliniken, die ausschließlich der universitären Lehre und Forschung dienen, sind vom Großgeräteplan nicht erfasst (**Universitätsklausel)**.

Die **Ziele** des Großgeräteplans sind:

- Die Großgeräte sollen regional möglichst gleichmäßig verteilt und bestmöglich erreichbar sein.
- Die Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch-technischen Großgeräten soll gesamtwirtschaftlich sinnvoll erfolgen.
- Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergebenden medizinischen Anforderungen benötigen.
- Die Versorgungswirksamkeit des extramuralen Bereichs sowie Kooperationspotenziale zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich sind in die Planung mit einzubeziehen.

[145] siehe auch § 338 Abs. 2a ASVG
[146] § 3 Abs. 2 und § 3a Abs. 2 KAKuG und Ausführungsgesetze

4.2 Planungsgrundlagen und Richtwerte

Die Planung medizinisch-technischer Großgeräte erfolgt nach quantitativen und qualitativen Planungskriterien; abgesehen von CT gibt es darüber hinaus ergänzende Planungsgrundlagen.

Quantitative Kriterien

Zur Berechnung des Großgerätebedarfes werden pro Großgerät Einwohnerrichtwerte (Anzahl der EinwohnerInnen je Großgerät bzw. Anzahl an GG/Mio. EW) und Erreichbarkeitsrichtwerte herangezogen. Neben diesen vorgegebenen Planungsrichtwerten, die sich an einem Ein-Schicht-Betrieb (8h-Betriebszeit) orientieren, ist die tatsächliche Verfügbarkeit der Vorhaltungen im intra- und extramuralen Bereich für die entsprechende Leistungserbringung zu berücksichtigen.

Planungsrichtwerte

Gerätegruppe/Verfahren	Erreichbarkeit (in Minuten)[1]	Einwohner-richtwert[2]	Großgeräte pro 1 Mio EW[2]
Computertomographie (CT)	30	30.000–50.000	20,0–33,3
Magnetresonanz-Tomographie (MR)	45	70.000–90.000	11,1–14,3
Emissions-Computer-Tomographie (ECT)[3]	45	80.000–100.000	10,0–12,5
Strahlentherapie (STR)[4]	90	130.000–150.000	6,7–7,7
Coronarangiographie (COR)[5]	60	200.000–300.000	3,3–5,0
Positronen-Emissions-Tomographie (PET)[6]	60	300.000–400.000	2,5–3,3

[1] Erreichbarkeitsfrist in Minuten, innerhalb der zumindest 90 % der Wohnbevölkerung im Straßen-Individualverkehr den jeweils nächstgelegenen leistungsanbietenden Standort erreichen können sollen
[2] minimale und maximale Zahl an EinwohnerInnen je Gerät bzw. minimale und maximale Zahl der Großgeräte nach GG/1.000.000 EW
[3] exklusive „nicht SPECT-fähiger" Gammakameras
[4] Neben den in der Strahlentherapie etablierten Bestrahlungsformen mittels Elektronen und Photonen ist in Hinblick auf die Evidenzlage zusätzlich zu der in Niederösterreich vorhandenen Einrichtung bundesweit keine weitere Vorhaltung von alternativen Verfahren wie die Hadronen-/Partikeltherapie vorzusehen.
[5] Richtwerte gültig auch für medizinisch-technische bildgebende Geräte, mit denen COR-Leistungsspektren erbracht werden können.
[6] Konkrete Planung für PET-MR auf Basis der Prüfung der Verfügbarkeit ausreichender Evidenz

Die **Standorte** der Großgeräte sollen möglichst auch im öffentlichen Verkehr gut erreichbar sein (z.B. Bezirkshauptort, Verkehrsknotenpunkt) und/oder an Standorten anderer Gesundheitsversorgungseinrichtungen (z.B. Fonds-Krankenanstalten, Primärversorgungseinrichtungen, Gesundheitszentren) geplant werden.

Des Weiteren sind gegebenenfalls (in Abhängigkeit von der betroffenen Versorgungsregion) **Pendlerbeziehungen**[147] sowie tourismusbedingte **GastpatientInnen**[148] zu berücksichtigen.

Qualitative Kriterien

Neben den angeführten Planungsrichtwerten können für Planungsentscheidungen **weitere Faktoren** herangezogen werden wie z.B. Leistungsspektren in Krankenanstalten, Geräteauslastungen inkl. Berücksichtigung einer Vorhaltenotwendigkeit für den akuten Bedarfsfall sowie organisatorische oder betriebs-/gesamtwirtschaftliche Gründe inkl. entsprechender Kostenbewertungen. Im Falle der Versorgung ambulanter PatientInnen sind die geplanten Öffnungs-/Betriebszeiten auch an Tagesrandzeiten in die Planungsentscheidung einzubeziehen.

[147] „Pendlerfaktor": Index des Pendlersaldos der Versorgungsregion, d.h. Relation der Erwerbstätigen am Arbeitsort zu den Erwerbstätigen am Wohnort (gemäß den jeweils aktuellen Daten von Statistik Austria)
[148] „Tourismusfaktor": Ergänzung des Einwohnerrichtwerts um ein „tourismusbezogenes Einwohner-Äquivalent", d.h. EinwohnerInnen plus Anzahl der TouristInnen (= Anzahl Nächtigungen/365) (gemäß den jeweils aktuellen Daten von Statistik Austria)

Die genannten Faktoren können in begründeten Ausnahmefällen, in denen die idealtypischen Planungsrichtwerte bereits überschritten werden, als zusätzliche Kriterien für die Planung herangezogen werden. Bei entsprechenden Anträgen sind der Bundes-Zielsteuerungskommission objektive und transparente Entscheidungsgrundlagen zu den jeweils relevanten Faktoren vorzulegen.

Ergänzende Planungsgrundlagen

MR	• Sogenannte Niederfeld-MR-Geräte (Feldstärke < 1 Tesla) waren bis 30.6.2012 nicht vom Großgeräteplan erfasst. Seit 1. 7. 2012 gelten alle MR-Geräte unabhängig ihrer Feldstärke als Großgeräte. MR-Geräte < 1 Tesla, die zum Stichtag 1. 7. 2012 bereits eingerichtet waren bzw. ein MR-Gerät < 1 Tesla, für das zum besagten Zeitpunkt bereits ein krankenanstaltenrechtliches Bewilligungsverfahren anhängig war, werden in Form von Fußnoten angeführt. Für diese MR-Geräte bzw. bereits erfolgte Ersatzbeschaffungen durch MR-Geräte < 1 Tesla so-wie für Ersatzanschaffungen von MR-Geräten <1 Tesla, für die per 30.6.2017 bereits Bewilligungsverfahren anhängig sind, wird diese Form der Darstellung i.S.e. Vertrauensschutzes bis 30.6.2027 weitergeführt. Die angeführten MR-Geräte sind ab dem 1.7.2027 plankonform, sofern eine Übernahme in den Großgeräteplan erfolgt ist. Danach entfällt die erwähnte Darstellung in Form von Fußnoten.
ECT	• Vorhaltung grundsätzlich in KA mit Schwerpunkt CH und IM (KAR, ONK, PUL) sowie mehreren der folgenden Fach- bzw. Leistungsbereiche: OR bzw. ORTR, NEU, GYN, URO, KIJU, RAD • Vorhaltung von ECT-Geräten in Krankenanstalten (intra- und extramural) ohne vollständige Erfüllung obiger Anforderung: Betrieb in enger organisatorischer und administrativer Zusammenarbeit sowie in medizinisch-qualitativer Abstimmung mit entsprechenden Einrichtungen
STR	• Für mittelfristige Erbringung von Spezialprozeduren wie intraoperative Radiotherapie: Vorhaltung von sogenannten Dedicated Units sicherzustellen
COR	• siehe → *Kap. 3.2.3.11 Herz-Kreislauf-Erkrankungen*
PET	• Grundsätzlich nur für KA mit Schwerpunktversorgungsfunktion bzw. für KA mit ONKZ oder ONKS vorzusehen • Vorhaltung von PET-Geräten in Krankenanstalten ohne vollständige Erfüllung obiger Anforderung: Betrieb in enger organisatorischer Zusammenarbeit sowie in medizinisch-qualitativer Abstimmung mit zumindest einer Einrichtung entsprechend obigen Vorgaben • Vorhaltung nuklearmedizinisch konventioneller Basisversorgung

Für regionale Planungen ist neben oben angeführten Kriterien bei der Auswahl der technischen Ausprägung des Großgerätes (bspw. CT: Zeilen; MR: Feldstärke) auch auf das vorgesehene Leistungsspektrum und die Patientenklientel Bedacht zu nehmen.

4.3 Qualitätskriterien

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- → Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Fachbereichen (bspw. Kombinationsgeräte: ECT/CT bzw. ECT-MR; PET-CT bzw. PET-MR)
- → Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Radiologietechnologie, Röntgenassistenz (CT, MR), Medizinphysik (CT, ECT, PET, COR, STR: Anzahl jew. gem. MedStrSchV), Technik (HTL-Ing., STR)
- → Prozessqualität für intra- und extramural vorgehaltene Großgerätearten: Kooperationen zwischen intra- und extramuralen Anbietern zur Vermeidung von Parallelstrukturen, Erzielung einer adäquaten Auslastung sowie zur Sicherung entsprechender medizinischer Ergebnisqualität

PERSONAL UND AUSSTATTUNG (intra-und extramural)

	CT	MR	ECT	STR*	COR**	PET
Personal –Anwesenheit (STR und COR siehe unten)						
FA RAD	Tagdienst, ggf. Teleradiologie[1]		-			-
FA NUK	-	-	Tagdienst			Tagdienst
Ausstattung						
PACS	Picture Archiving and Communication System (PACS)-Kompatibilität					
Anästhesie	für Durchführung anästhesiepflichtiger Untersuchungen bzw. Therapien: Möglichkeit der Anästhesie sicherstellen					

[1] im Rahmen der Medizinischen Strahlenschutzverordnung i.d.g.F.

**** Ergänzende Anforderungen für COR siehe → *Kap. 3.2.3.11 Herz-Kreislauf-Erkrankungen***

*** Ergänzende Anforderungen für STR**	
Personalausstattung (Anzahl) bei einer Standardfrequenz von 800 PatientInnen pro Jahr	
FA STR	siehe → *Kap. 3.2.3.9 Krebserkrankungen*
DGKP	3,5
RadiologietechnologInnen	13
für Spezialverfahren (wie Stereotaxie, Ganzkörperbestrahlung, intensitätsmodulierte Radiotherapie und intraoperative Radiotherapie inkl. Therapieplanung) je STR-Standort – anforderungsabhängig von KA-spezifischer Leistungsvorhaltung) zusätzlich:	
pro 100 PatientInnen jährlich je ein/e ÄrztIn und ein/e RadiologietechnologIn	
MedizinphysikerIn gem. MedStrSchV	
Ausstattung	am KA-Standort
generelle Vorhaltungen:	siehe → *Kap. 3.2.3.9 Krebserkrankungen*
Mindestanzahl Linearbeschleuniger	2
Brachytherapiegerät (fakultativ)	1
Geräte mit Simulationsfunktion	1
Bestrahlungsplanungssystem mit zwei Arbeitsplätzen	mind. 1
Sonographie für Planung, Nachsorge und Brachytherapie	mind. 1
Planungs-CT	ab jährlich 800 Pat. mit primärer Verfügbarkeit für STR
Zugang pro LIN zu rd. 10 Betten in KA (für die Hospitalisierung von PatientInnen wegen STR-Behandlung bzw. aufgrund von Nebenwirkungen/Spätfolgen, allfälliger Begleiterkrankungen et al.)	innerorganisatorisch sicher zu stellen

4.4 Festlegungen zum Großgeräteplan

Die in der folgenden Tabelle enthaltenen Festlegungen zum Großgeräteplan umfassen für die eingangs genannten Großgeräte

- die bundesländerspezifische und österreichweite Gesamtanzahl und die Standorte in über Landesgesundheitsfonds abgerechnete Krankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten) und
- die bundesländerspezifische und österreichweite Gesamtzahl und die Gesamtzahl je Versorgungsregion in sonstigen Akut-Krankenanstalten, Rehabilitationszentren und im extramuralen Sektor (selbstständige Ambulatorien inklusive eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger und niedergelassener Bereich).

Die Tabelle enthält jene Großgeräte, die zum Stichtag 30. Juni 2017 bereits öffentlich finanziert wurden (Status quo) beziehungsweise in Zukunft öffentlich finanziert werden sollen. Öffentlich finanzierte Großgeräte sind solche, deren Betreiberin/Betreiber über einen Kassenvertrag verfügt oder für deren Leistungen durch die Sozialversicherung Kostenerstattungen an Anspruchsberechtigte erfolgen.

Die in der Tabelle festgelegten Kapazitäten sind – sofern in den Fußnoten zur Tabelle je Bundesland nichts Abweichendes vorgesehen ist – bis 2020 zu realisieren.

Änderungen des Großgeräteplans basieren auf folgenden Planungskriterien:

- Sicherstellung einer regional möglichst ausgewogenen Verteilung der Versorgungsangebote (**Versorgungskriterium**) insbesondere durch:
  - Berücksichtigung der im ÖSG 2017 festgelegten Planungsrichtwerte für Großgeräte sowie des Versorgungsbedarfs von Gastpatientinnen/Gastpatienten und Pendlerinnen/Pendler,
  - örtlich gut erreichbare und mit anderen Gesundheitsversorgungseinrichtungen gut vernetzte Standorte und
  - im Falle der Versorgung ambulanter PatientInnen entsprechende Öffnungs-/Betriebszeiten auch an Tagesrandzeiten.
- Sicherstellung der für die Erfüllung der Versorgungsaufträge der Fonds-Krankenanstalten erforderlichen Vorhaltung von Großgeräten **(Vorrangkriterium)**. Sofern aus gesundheits-planerischer Sicht keine vollständige Auslastung des Großgeräts in der Fonds-Krankenanstalt zu erwarten ist, ist zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit unter Berücksichtigung von gesamtwirtschaftlichen Erwägungen gemäß nachfolgendem Punkt (Wirtschaftlichkeitskriterium) vorzusehen, dass dieses Großgerät zusätzlich auch zur Abdeckung eines ungedeckten extramuralen Versorgungsauftrages in der Versorgungsregion verwendet wird, wobei für solche Fälle – vor Abdeckung des extramuralen Versorgungsauftrages – zwingend eine entsprechende Kooperations- und Finanzierungsvereinbarung mit der Sozialversicherung abzuschließen ist. Hinsichtlich der Grundzüge der Kooperationsvereinbarung (insbesondere Grundlagen und Methodik der Tarifierung) ist bereits vor der Änderung des Großgeräteplanes das Einvernehmen zwischen dem Landesgesundheitsfonds und der Sozialversicherung herzustellen.
- Sicherstellung einer gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstigen Leistungserbringung bei gleichzeitiger Nutzung von Synergien (Kooperationen intra- und extramural) und Sicherstellung einer Mindestauslastung der Großgeräte (**Wirtschaftlichkeitskriterium**) nach Maßgabe des nachfolgenden Absatzes.

Für Änderungen des Großgeräteplans sind das Versorgungskriterium und/oder das Vorrangkriterium zu erfüllen. Das Wirtschaftlichkeitskriterium kommt nur dann zusätzlich zur Anwendung, wenn eine Entscheidung zwischen mehr als einem Großgerät zu treffen ist.

Großgeräte, die im Großgeräteplan verzeichnet sind, gelten ab dem Zeitpunkt des sie betreffenden Vertragsendes mit der Krankenversicherung als nicht planungskonform. Das für das jeweilige Versor-

gungsgebiet bzw. den jeweiligen Standort vorgesehene Großgerät kann, sofern weiterhin ein Bedarf dafür besteht, einem/einer anderen Gesundheitsdiensteanbieter/in zugeordnet werden.

Großgeräte, die ausschließlich intraoperativ, für die unmittelbar erforderliche Abklärung im Schockraum oder für Therapieplanung bzw. -überwachung bei Strahlentherapie zum Einsatz kommen (Funktionsgeräte) sowie Großgeräte in Universitätskliniken, die ausschließlich der universitären Lehre und Forschung dienen, sind von den verbindlichen Festlegungen zum Großgeräteplan nicht erfasst.

Verbindliche Festlegungen zum Großgeräteplan

Burgenland

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1]	MR[1,2]	ECT[1,3]	STR	COR	PET
11 Burgenland-Nord	Fonds-KA	K102 Eisenstadt BBR KH[3]	1	1	1		**1**	
	Fonds-KA	K105 Kittsee LKH	1	1				
	Fonds-KA	K106 Oberpullendorf LKH	1					
	extramural[2]		2	1	1			
12 Burgenland-Süd	Fonds-KA	K104 Güssing LKH	1	1				
	Fonds-KA	K107 Oberwart LKH	1	1				
	extramural		1		1			
1 Burgenland	Fonds-KA[1,3]		5	4	1		1	
	extramural[2]		3	1	2			
	Summe		**8**	**5**	**3**		**1**	

[1] CT, MR, ECT: Gerätevorhaltungen in Fonds-KA jeweils mit Abrechnungsvereinbarung mit der BGKK (Ausnahme: K106)
[2] MR: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla extramural eingerichtet
[3] ECT: Kooperation KH Eisenstadt (K102) mit KH Wiener Neustadt (K356)

Kärnten

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1,3]	MR[2,3]	ECT[4]	STR	COR	PET
21 Kärnten-Ost	Fonds-KA	K201 Friesach BSRD KH	1	1				
	Fonds-KA	K205 Kl. Klagenfurt a. W.[3, 4]	3	3	4	4	2	2
	Fonds-KA	K206 Klagenfurt ELISAB KH	1					
	Fonds-KA	K214 St. Veit/Glan BBR KH[1]	1	1				
	Fonds-KA	K219 Wolfsberg LKH[2]	1	1				
	extramural[1,2]		3	3				
22 Kärnten-West	Fonds-KA	K213 Laas LKH	1					
	Fonds-KA	K215 Spittal/Drau KH[2]	1	1				
	Fonds-KA	K216 Villach LKH[4]	1	1	1		1	
	sonstige Akut-KA		1	1	1			
	extramural[2]		2	1				
2 Kärnten	Fonds-KA[3]		10	8	5	4	3	2
	sonstige Akut-KA[3]		1	1	1			
	extramural		5	4				
	Summe		**16**	**13**	**6**	**4**	**3**	**2**

[1] CT: extramural exkl. 1 Kooperation mit Akut-KA – K214 in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort K214
[2] MR: extramural exkl. 2 Kooperationen mit Akut-KA – K219 und K215 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort K219 bzw. K215
[3] CT und MR in K205 inklusive des CT- und MR-Gerätes des UKH Klagenfurt vorbehaltlich der geplanten Kooperation
[4] ECT in K216 zu betreiben von K205

Niederösterreich

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1]	MR[2,3]	ECT[4]	STR[5,6]	COR	PET
31 NÖ Mitte	Fonds-KA	K321 Klosterneuburg LKL	1					
	Fonds-KA	K326 Krems UnivKL	1	1		3	1	
	Fonds-KA	K379 Tulln UnivKL	1	1				
	Fonds-KA	K382 St. Pölten-LF UnivKL/						
		St. Pölten	2	2	3		2	1
		Lilienfeld	1					
	extramural		3	4	1			
32 Waldviertel	Fonds-KA	K377 Horn-Allentsteig LKL/Horn[1,2]	1	1	2			
	Fonds-KA	K383 Gmünd-W/T-Zwettl LKL/						
		Waidhofen a. d. Thaya	1					
		Zwettl	1					
	extramural[1,2]		2	2				
33 Weinviertel	Fonds-KA	K319 Hollabrunn LKL	1					
	Fonds-KA	K335 Mistelbach LKL[4]	1	1			1	
	Fonds-KA	K378 Korneuburg-Stockerau LKL/						
		Korneuburg	1					
		Stockerau	1					
	extramural[4]		2	2	2			
34 Thermenregion	Fonds-KA	K315 Hochegg LKL	1					
	Fonds-KA	K316 Hainburg LKL	1					
	Fonds-KA	K338 Neunkirchen LKL	1	1				
	Fonds-KA	K356 Wiener Neustadt LKL	1	1	2	3	2	1
	Fonds-KA	K380 Baden-Mödling LKL/						
		Baden	1	1				
		Mödling	1	1				
	extramural[3,6]		5	3	1	1		
35 Mostviertel	Fonds-KA	K303 Amstetten LKL[2]	1	2				
	Fonds-KA	K333 Mauer LKL	1					
	Fonds-KA	K334 Melk LKL	1					
	Fonds-KA	K347 Scheibbs LKL	1					
	Fonds-KA	K354 Waidhofen a. d. Ybbs LKL[1]	1				1	
	extramural[1,2]		3	1	1			
3 Nieder-österreich	Fonds-KA[5]		24	12	7	9	7	2
	extramural[3, 6]		15	12	5	1		
	Summe		**39**	**24**	**12**	**10**	**7**	**2**

[1] CT: extramural exkl. 2 Kooperationen mit Akut-KA – K377 und K354 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort K377 bzw. K354

[2] MR: extramural exkl. 2 Kooperationen mit Akut-KA – K377 und K303 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort K377 bzw. K303

[3] MR: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla extramural eingerichtet

[4] ECT: extramural inkl. 1 Kooperation mit Akut-KA – K335 in Kooperation mit extramuralem Betreiber

[5] STR in Fonds-KA: inkl. 3 zusätzliche Geräte ohne Standortzuordnung; die Standorte für die 3 neu zu errichtenden STR-Geräte sind noch festzulegen; Errichtung von zumindest 2 der 3 neu vorgesehenen Geräte bis inkl. 2020 vorgesehen

[6] STR extramural: "MedAustron" als Einrichtung gesamthaft abgebildet, keine differenzierte Darstellung nach (Funktions-)Geräten

Oberösterreich

Versorgungsregion		Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1]	MR[1,2,3,4]	ECT	STR[5]	COR	PET[6]
41	OÖ Zentralraum Linz	Fonds-KA	K417 Linz BBR KH	1	1				
		Fonds-KA	K418 Ordens-KL Linz/BSRV	1	1	3	5		1
			K419 Ordens-KL Linz/Elisabethinen[6]	1	1	2		1	
		Fonds-KA	K470 KUK Linz/						
			K470.1 MC III[6]	2	3	3		2	1
			K470.2 NeuromedC	2	2	1			1
			K470.3 MC IV					1	
		sonstige Akut-KA		2	1				
		extramural		4	3				
42	OÖ Zentralraum Wels	Fonds-KA	K434 Wels-Grieskirchen KL						
			K434.1 Wels	2	2	3		2	
			K434.2 Grieskirchen	1					
		Rehabilitationszentren				1		1	
		extramural[3]		1	1				
43	Mühlviertel	Fonds-KA	K408 Freistadt LKH	1					
		Fonds-KA	K441 Rohrbach LKH	1	1				
		extramural		1					
44	Pyhrn-Eisenwurzen	Fonds-KA	K415 Kirchdorf a. d. Krems LKH	1					
		Fonds-KA	K431 Steyr LKH	2	1	2			
		extramural		1	1				
45	Traunviertel-Salzkammergut	Fonds-KA	K480 Salzkammergut-Klinikum/						
			K480.1 Vöcklabruck	1	2	2	2		1
			K480.2 Bad Ischl	1					
			K480.3 Gmunden[2]	1					
		extramural[2,4]		1	1				
46	Innviertel	Fonds-KA	K405 Braunau KH St. Josef[2]	1					
		Fonds-KA	K427 Ried im Innkreis BSRV KH[1]			2			
		Fonds-KA	K428 Schärding LKH	1					
		extramural[1,2]		1	2				
4	**Oberösterreich**	Fonds-KA		20	14	18	7	6	4
		sonstige Akut-KA		2	1				
		Rehabilitationszentren				1		1	
		extramural		9	8				
		Summe		**31**	**23**	**19**	**7**	**7**	**4**

[1] CT und MR: intramural jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort extramural; extramural betriebener CT ausschließlich intramural (stationär und ambulant) versorgungswirksam
[2] MR: intramural jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort jeweils extramural
[3] MR: eingeschränkt auf die Versorgung von klaustrophobischen und übergewichtigen Patient/inn/en
[4] MR: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla extramural eingerichtet
[5] STR: allfällige Kapazitätserweiterung (Ausweitung Schichtbetrieb oder Erhöhung Geräteanzahl) vor 2020 zu evaluieren
[6] PET in Kooperation zwischen K470.1 und K419, Gerätestandort K470.1

Salzburg

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1]	MR[2]	ECT	STR[3]	COR	PET
51 Salzburg-Nord	Fonds-KA	K512 Hallein KH	1					
	Fonds-KA	K517 Oberndorf KH	1					
	Fonds-KA	K524 Salzburg LKA[3]	2	2	2	4	2	2
	Fonds-KA	K527 Salzburg BBR KH	1		1			
	Fonds-KA	K528 Salzburg LNKL	1	1	1			
	sonstige Akut-KA		2	1				
	Rehabilitationszentren				1			
	extramural		3	3				
52 Pinzgau-Pongau-Lungau	Fonds-KA	K534 Schwarzach/Pongau KH	1	1	1		1	
	Fonds-KA	K535 Tamsweg LKH	1					
	Fonds-KA	K536 TauernKL/ Mittersill	1					
		Zell/See[1,2]		1				
	extramural[1]		2					
5 Salzburg	Fonds-KA[3]		9	5	5	4	3	2
	sonstige Akut-KA		2	1				
	Rehabilitationszentren				1			
	extramural		5	3				
	Summe		**16**	**9**	**6**	**4**	**3**	**2**

[1] CT: intramural in bestehender Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort extramural
[2] MR inkl. KV
[3] STR: ausgewiesene Kapazitätserweiterung vorerst auch durch Erhöhung Schichtbetrieb umsetzbar; Evaluierung bis 2020 vorzusehen

Steiermark

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1]	MR[2,3]	ECT	STR[4]	COR	PET
61 Graz	Fonds-KA	K612 Graz LKH [4]	5	4	5	7	3	2
	Fonds-KA	K619 Graz BBR KH/						
		Graz	1	1				
		Graz-Eggenberg	1		3			
	Fonds-KA	K620 ELISAB KH	1					
	Fonds-KA	K673 Graz Süd-West LKH/						
		Graz-West [2]	1				1	
		Graz-Süd	1	1				
	sonstige Akut-KA[2]		1	1				
	extramural		5	6	2			
62 Liezen	Fonds-KA	K643 Rottenmann-Bad Aussee KAV/						
		Bad Aussee	1					
		Rottenmann	1	1				
	Fonds-KA	K646 Schladming DIA KH	1					
	extramural		1	1				
63 Östliche Obersteiermark	Fonds-KA	K638 Leoben-Bruck/Mur LKH/						
		Leoben [1, 3]	1	1	1	2		1
		Bruck/Mur	1	1			1	
	Fonds-KA	K640 Mürzzuschlag Mariazell KAV	1					
	sonstige Akut-KA		1	1				
	extramural[1,3]		2	2	1			
64 Oststeiermark	Fonds-KA	K608 Feldbach-Fürstenfeld KAV/						
		Feldbach [3]	1	1				
		Fürstenfeld	1					
	Fonds-KA	K631 Hartberg LKH [1, 3]	1	1				
	Fonds-KA	K652 Vorau Marien KH	1					
	Fonds-KA	K654 LKH Südsteiermark/Bad Radkersburg	1					
	Fonds-KA	K655 Weiz LKH	1					
	extramural[1,3]		3	1				
65 West-/Süd-steiermark	Fonds-KA	K654 LKH Südsteiermark/Wagna	1					
	Fonds-KA	K664 LKH Weststeiermark/						
		Deutschlandsberg	1					
		Voitsberg	1					
	extramural		2	1				
66 Westliche Obersteiermark	Fonds-KA	K648 Stolzalpe LKH		1				
	Fonds-KA	K672 Judenburg-Knittelfeld LKH/						
		Knittelfeld [3]	1	1				
		Judenburg	1					
	extramural[3]		1					
6 Steiermark	Fonds-KA[4]		27	13	9	9	5	3
	sonstige Akut-KA		2	2				
	extramural		14	11	3			
	Summe		**43**	**26**	**12**	**9**	**5**	**3**

[1] CT: extramural exkl. 2 Kooperationen mit Akut-KA – K631 und K638 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandorte K631 bzw. K638
[2] MR in Fonds-KA und Akut-KA insgesamt: MR in Graz UKH, K614, in Kooperation mit K673, Gerätestandort K614
[3] MR: extramural exkl. 4 Kooperationen mit Akut-KA – K608, K631, K638 und K672 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandorte K608, K631, K638 bzw. K672
[4] STR: vollständige Umsetzung der vorgesehenen Kapazitätserweiterung ggf. erst nach 2020 realisierbar.

Tirol

Versorgungsregion		Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1]	MR[1,2]	ECT	STR	COR	PET
71	Tirol-Zentralraum	Fonds-KA	K704 Hall in Tirol LKH	1	1				
		Fonds-KA	K706 Innsbruck LKH	7	5	4	5	3	2
		Fonds-KA	K707 Hochzirl-Natters LKH/						
			Hochzirl	1					
			Natters	1					
		Fonds-KA	K720 Schwaz BKH[2]	1	1				
		sonstige Akut-KA[1,2]		1	1				
		Extramural[2]		3	3	2			
72	Tirol-West	Fonds-KA	K717 Reutte BKH	1	1				
		Fonds-KA	K722 Zams BSRV KH	1	1				
		extramural[2]		1	1				
73	Tirol-Nordost	Fonds-KA	K719 St. Johann BKH	1	1				
		Fonds-KA	K731 Kufstein BKH	1	2				
		extramural[2]							
74	Osttirol	Fonds-KA	K714 Lienz BKH	1	1	1		1	
		extramural		1					
7	Tirol	Fonds-KA		16	13	5	5	4	2
		sonstige Akut-KA		1	1				
		extramural		5	4	2			
		Summe		**22**	**18**	**7**	**5**	**4**	**2**

[1] CT und MR in Nicht-Fonds-KA: auch extramural versorgungswirksam
[2] MR: ergänzend 6 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (davon drei Geräte in VR 71, zwei Geräte in VR 72, ein Gerät in VR 73)

Vorarlberg

Versorgungsregion		Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT	MR[1,2]	ECT	STR	COR	PET
81	Rheintal-Bregenzerwald	Fonds-KA	K803 Bregenz LKH	1	1				
		Fonds-KA	K807 Dornbirn KH	1	1				
		Fonds-KA	K816 Hohenems LKH	1					
		extramural			2				
82	Vorarlberg-Süd	Fonds-KA	K802 Bludenz LKH [1]	1					
		Fonds-KA	K824 Rankweil LKH		1				
		Fonds-KA	K830 Feldkirch LKH	2	1	3	3	2	1
		sonstige Akut-KA[2]							
		extramural[1,2]		1	2				
8	**Vorarlberg**	Fonds-KA		6	4	3	3	2	1
		extramural		1	4				
		Summe		**7**	**8**	**3**	**3**	**2**	**1**

[1] MR: intramural in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort extramural
[2] MR, GG insgesamt: ergänzend 2 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet

Wien

Versorgungsregion		Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1,2,5]	MR[3,4,5]	ECT	STR[6]	COR	PET
91	Wien-Mitte-Südost	Fonds-KA	K901 Wien AKH[4,6]	5	6	7	5	5	2
		Fonds-KA	K903 BBR KH	2	1	1			
		Fonds-KA	K904 BSR KH	1					
		Fonds-KA	K910 Wien SMZ SÜD KFJ/Preyer	2	1		2		
		Fonds-KA	K914 Herz-Jesu KH	1					
		Fonds-KA	K915 Franziskusspital Hartmannspital[1]						
			St. Elisabeth KH	1					
		Fonds-KA	K917 Rudolfstiftung	1	1	2		1	1
		Fonds-KA	K952 St. Anna KISP	1	1				
		sonstige KA[7]		3	1			1	
		Extramural[1]		6	7	2			
92	Wien-West	Fonds-KA	K908 Evangelisches KH	1	1	1			
		Fonds-KA	K912 Hanusch KH	1	2	2		1	1
		Fonds-KA	K916 Hietzing-Rosenhügel KH	2	1	1	2		
		Fonds-KA	K919 St. Josef KH	1					
		Fonds-KA	K921 Wilhelminenspital	2	2	3	2	1	1
		Fonds-KA	K943 KH Speising	1					
		Fonds-KA	K955 Göttlicher Heiland KH	1	1			1	
		Fonds-KA	K971 Otto Wagner-Spital[3]	1	1				
		sonstige KA[4]		2	2	1			
		extramural[2,4]		7	8	3			
93	Wien-Nordost	Fonds-KA	K956 Wien SMZ OST	2	2	3	4		1
		Fonds-KA	K975 Wien KH Nord[3]	2	2			2	
		extramural		3	3				
9	**Wien**	Fonds-KA		28	22	20	15	11	6
		sonstige Akut-KA		5	3	1		1	
		Extramural[5]		16	18	5			
		Summe		**49**	**43**	**26**	**15**	**12**	**6**

[1] CT: intramural in Kooperation mit extramuralem Anbieter am Standort K915
[2] CT: extramural: Streichung eines CT-Gerätes in der VR 92 mit Wirksamkeit ab 1.1.2019
[3] MR, intramural: Weiterführende Berücksichtigung des MR in K971 in Abstimmung mit Umsetzung in K975
[4] MR: ergänzend 3 MR mit Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (davon ein Gerät in VR 91, 2 Geräte in VR 92)je ein Standort in Fonds-KA, sonstige Akut-KA und extramural)
[5] CT und MR extramural: In Wien soll es künftig im extramuralen Bereich integrierte Schnittbildzentren geben. Jedes Zentrum soll je 1 CT- und 1 MR-Gerät sowie sämtliche radiologische Leistungen anbieten.
[6] STR: exklusive Gammaknife

Österreich

Sektor	CT	MR	ECT	STR	COR	PET
GG in Fonds-KA	145	95	73	56	42	22
GG in sonstigen Akut-KA	13	9	2		1	
GG in Rehabilitationszentren			2		1	
GG im extram. Bereich	73	65	17	1		
Österreich	**231**	**169**	**94**	**57**	**44**	**22**

ANHANG

Anhang 1: Glossar

Anhang 2: Bemessung von ambulanten Betreuungsplätzen in definierten Versorgungsbereichen

Anhang 3: Risikoliste Geburtshilfe

Anhang 4: Präklinische Versorgung von schweren Schädel-Hirn-Traumen

Anhang 5: Planungsgrundlagenmatrix (PM) – *siehe auch separate Beilage*

Anhang 6: Versorgungsmatrix (VM) – *siehe auch separate Beilage*

Anhang 7: Leistungsmatrix-ambulant (LM-amb) – *siehe separate Beilage*

Anhang 8: Leistungsmatrix-stationär (LM-stat) – *siehe separate Beilage*

Anhang 9: RSG-Planungsmatrix (RSG-PM) – *siehe auch separate Beilage*

Anhang 10: Großgeräteplan (GGP) – *siehe separate Beilage*

Anhang 11: Versorgungssituation 2014/2015 nach Regionen (Karten)

Anhang 1: Glossar

7/24: Anwesenheit rund um die Uhr, 365/366 Tage pro Jahr.

Akutfall: ungeplante Kontaktnahme von PatientInnen ohne Termin mit einer fachspezifischen Versorgungseinheit im intramuralen oder extramuralen Bereich (siehe auch → *Notfall)*

Akutkrankenanstalten (Akut-KA): alle über die Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten sowie Unfallkrankenhäuser und private, nicht gemeinnützige bettenführende Krankenanstalten (Sanatorien) zur temporären Versorgung von PatientInnen aufgrund des Eintritts einer akuten Erkrankung mit oder ohne Anstaltsbedürftigkeit, zur Durchführung von Diagnostik und Therapie sowie zur Wiederherstellung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. der Lebensqualität

Akutstationäre Versorgung: Behandlung von PatientInnen aufgrund einer akut eingetretenen Erkrankung mit Bedarf einer stationären Aufnahme in eine bettenführende Akut-KA

Ambulanter Besuch: Zusammenfassung von Kontakten ambulanter PatientInnen pro Funktionseinheit (Kostenstelle) im spitalsambulanten Bereich einer KA pro Kalendertag, unabhängig von der Anzahl der besuchten Funktionseinheiten

Ambulanter Betreuungsplatz (ambBP): Platz, auf dem eine mehrstündige ambulante Behandlung erfolgt (Chemotherapie, Tagesbehandlung in PSY, KJP, PSO, AG/R) oder auf dem PatientInnen nach ambulanter Untersuchung und/oder Behandlung in ZAE kurzfristig beobachtet werden.

Ambulante Verfahren sind in der ambulanten Rehabilitation mit ambulanten Fällen ident.

Ärztliche ambulante Versorgungseinheit (ÄAVE): Messgröße für das durchschnittliche ärztliche Leistungsvolumen (differenziert nach Sonderfächern) gemäß Regiomed-System der SV (basierend auf dem jährlichen Leistungsvolumen eines „durchschnittlich arbeitenden" Arztes/einer Ärztin mit Kassenvertrag; bezüglich der Spitalsambulanzen unter Berücksichtigung der ärztlichen VZÄ in den nicht bettenführenden Hauptkostenstellen gemäß KA-Statistik des BMGF)

Ausbildung

- ist gesundheitsrechtlich eine formale Qualifikation, die durch Gesetz oder Verordnung geregelt ist;
- bezeichnet ein geregeltes Programm zur Vermittlung/Aneignung bestimmter beruflicher Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen, das zur Ausübung eines bestimmten Berufes berechtigt.
- Am Ende des Ausbildungsprogramms steht ein Beurteilungsprozess, in welchem die Erreichung der intendierten Lernergebnisse überprüft wird.

Basale Traumatologie: unfallchirurgische Basisversorgung einfacher Verletzungen gemäß Aufgabenprofil für Primärversorgungseinheiten

Basisleistungen: Ambulante Leistungen, die innerhalb einer Versorgungsstufe zur Verfügung stehen müssen und deren Anbieter sowohl die erforderliche Befähigung gemäß jeweiligem Berufsgesetz ohne weitere Spezialisierung oder einschlägige Erfahrung als auch entsprechende Strukturvoraussetzungen (Ausstattung für Basisleistungen) erfüllen.

Basisversorgungsleistungen: Dem stationären Bereich zugeordnete Leistungen, die keine besonderen Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur und an das Komplikationsmanagement am KA-Standort stellen und in der Regel keinen Bedarf an Intensivüberwachung haben.

Behandlung umfasst Diagnostik und Therapie.

Behandlungsplatz in der Psychiatrie/KJP: Entweder stationäres Bett oder ambulanter Betreuungsplatz in Abhängigkeit von der Anstaltsbedürftigkeit zur psychiatrischen Behandlung

Belegarzt/-ärztin: freiberufliche Berufsausübung eines Arztes/einer Ärztin im Rahmen eines direkten Behandlungsvertrags mit den von diesem/dieser persönlich betreuten PatientInnen in einer bettenführenden (privaten) Krankenanstalt

Best Point of Service: Die kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen *(vgl. Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, Art. 3 Begriffsbestimmungen).*

Betriebsform bezieht sich auf Ablauforganisation: Organisatorischer Rahmen für eine möglichst homogene Abwicklung der Prozesse der Patientenbehandlung und -betreuung in Abhängigkeit vom Bedarf der PatientInnen (betriebliches Optimierungskriterium)

Betriebszeit: Zeit, in der (stationäre) PatientInnen in der KA fachspezifisch versorgt werden.

Bettenäquivalente (BÄ): Maßzahl der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit einer bettenführenden Einheit aufgrund deren Inanspruchnahme innerhalb eines bestimmten Jahres (in der Regel ermittelt unter Annahme einer Soll-Auslastung von 85 Prozent)

Bundesqualitätsleitlinien gemäß § 2 GQG: „Von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit als Orientierungshilfe empfohlene Standards"

Dedicated unit: Eine „dedicated unit" für intraoperative Radiotherapie entspricht einem (ausschließlich) zur intraoperativen Bestrahlung mit variablen Elektronenenergien eingesetzten Linearbeschleuniger, entweder in Form eines im OP installierten Linearbeschleunigers oder eines mobilen Elektronenbeschleunigers.

Dislozierte (Organisationseinheit): ist an eine andere (größere) Organisationseinheit an einem anderen Standort angebunden - entweder betrieblich als Satellit oder funktional, beschränkt auf gemeinsame Qualitätssicherung und Komplikationsmanagement.

Effektivität gemäß § 2 GQG: „Zielerreichungsgrad zwischen einem gesetzten Ziel und dessen Realisierung, wobei das in der Gesundheitsversorgung gesetzte Ziel idealerweise die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten ist."

Effizienz gemäß § 2 GQG: „Verhältnis zwischen dem Einsatz und dem Ergebnis einer Leistung nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unter Berücksichtigung der Kostendämpfung"

Entzug akut umfasst die Betreuung von PatientInnen mit einer substanzgebundenen Suchterkrankung bis zum Abklingen der körperlichen Entzugssymptome (in der Regel ca. 14 Tage). Der geplante Entzug erfolgt in spezialisierten Einrichtungen (z.B. Kalksburg), beim ungeplanten Entzug kommen die PatientInnen (z.B. mit deliranten Zustandsbildern oder mit einem epileptischen Anfall) in ein Allgemeinkrankenhaus und der Entzug kann auf verschiedenen Abteilungen erfolgen.

Entwöhnung umfasst eine geplante, längerfristige Behandlung von PatientInnen mit einer substanzgebundenen Suchterkrankung mit entsprechender Vorbereitungszeit. Ziel ist es, durch psychologische, soziale und medizinische Unterstützung die Bindung an das Suchtmittel zu lösen und durch biographisch sinnvolle Ziele und Bindungen zu ersetzen. Die PatientInnen sind vorselektiert, motiviert und stabil (Dauer in der Regel zwischen 8 und 12 Wochen).

Ergebnisqualität gemäß § 2 GQG: „Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit eines/r PatientIn bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen"

Erreichbarkeit im Straßen-Individualverkehr: Reisezeit zwischen zwei Standort-Gemeinden mit motorisierten Verkehrsmitteln im öffentlichen Straßenverkehrsnetz unter idealtypischen Verkehrsbedingungen (ohne witterungs- und/oder verkehrsbedingte Verzögerungen)

Expertisezentrum: Auf eine vorgegebene Gruppe von seltenen Erkrankungen spezialisierte Einrichtung, die auf Basis eines Designationsprozesses ausgewiesen wird.

Extramuraler Bereich: (Ambulanter) Versorgungsbereich außerhalb von bettenführenden Krankenanstalten (extramural = außerhalb der (KA-)Mauern): selbstständige Ambulatorien (inklusive eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger), Gruppenpraxen, Einzelpraxen (ÄrztInnen oder zur freiberuflichen Tätigkeit berechtigte Angehörige anderer Gesundheitsberufe)

Fachbereich bezieht sich auf die Patientenversorgung und orientiert sich an der Systematik und den Inhalten des entsprechenden Sonderfachs gemäß Ärzte-Ausbildungsordnung, schließt aber sämtliche relevante Gesundheitsberufe mit ein, die einen wesentlichen Behandlungsbeitrag leisten bzw. ausgehend von diesem Fachbereich Aufgaben bzw. Leistungen erbringen.

Fachstruktur: Gesamtheit der in Akut-KA geführten Fachbereiche mit ihrer jeweiligen Organisationsform und zugeordneten Versorgungsstufe

Fächerstruktur: Gesamtheit der in Akut-KA geführten Fachbereiche

Fortbildung

- bezeichnet eine Maßnahme selbstbestimmtem lebenslangen Lernens, das dazu dient, die berufliche Kompetenz bzw. Handlungsfähigkeit laufend zu erweitern und auf den neues-ten Stand von Forschung und Entwicklung zu bringen. Inhalt, Umfang und Lernergebnisse von Fortbildungen können stark variieren (Tagungen, Seminare, Workshops etc.). Die Überprüfung von Lernergebnissen in einem Beurteilungs- und Validierungsprozess ist (meist) nicht vorgesehen;
- ist für Gesundheitsberufe verpflichtend, teilweise mit quantitativen Vorgaben innerhalb eines bestimmten Zeitraums;
- wird als Begriff tlw. synonym mit Weiterbildung verwendet.

Frailty oder Gebrechlichkeit beschreibt ein geriatrisches Syndrom, das durch eine allgemein erhöhte Anfälligkeit älterer Menschen gegenüber exogenen Stressfaktoren (Überlastung, Unruhe, Erkrankungen, etc.) gekennzeichnet ist. Im Umkehrschluss kann von einer verminderten Resistenz gegen Stressoren gesprochen werden. Frailty entsteht durch ein Zusammenspiel von physiologischen Alterungsprozessen und ihren pathologischen Folgen.

GastpatientInnen, ausländisch: PatientInnen, die den Hauptwohnsitz nicht in Österreich haben.

GastpatientInnen, inländisch: PatientInnen mit Wohnsitzstaat Österreich, die in einem anderen als ihrem Wohnsitzbundesland versorgt werden.

Gesundheitsberuf: Ein auf Grundlage des Kompetenztatbestandes „Gesundheitswesen" (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) gesetzlich geregelter Beruf, dessen Berufsbild die Umsetzung von Maßnahmen zur Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfasst. Darunter sind Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu verstehen, die unmittelbar am bzw. unmittelbar oder mittelbar für den Menschen zum Zwecke der Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens erbracht werden
(vgl: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/9/2/CH1002/CMS1286285894833/gesundheitsberufe.pdf).

Gesundheitsförderung: Maßnahmen und Aktivitäten, die auf die Ressourcensteigerung und Erhöhung der Gesundheitspotenziale von Bevölkerungsgruppen in bestimmten Settings abzielen und auf einem umfassenden Gesundheitsbegriff (Berücksichtigung vielfältiger Gesundheitsdeterminanten) aufbauen.

Gesundheitskompetenz / Health Literacy: Wissen, Motivation und Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag zu Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern.

Gesundheitsleistung gemäß § 2 GQG: „Jede durch eine Angehörige oder einen Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes oder einer gesetzlich zugelassenen Organisation am oder für den Menschen erbrachte Handlung, die der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dient."

Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (HAI = Healthcare associated infections; nosokomiale Infektionen): Infektionen, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus, in einer Pflegeeinrichtung oder einer ambulanten Einrichtung erworben werden.

Gesundheitszentrum: örtliche Zusammenführung unterschiedlicher öffentlich finanzierter Gesundheitsangebote ggf. in Verbindung mit (psycho-)sozialen Angeboten an einen gemeinsamen gut erreichbaren Standort, unabhängig von einer vorgegebenen Organisationsform

Großgeräte: Der Plan medizinisch-technischer Geräte umfasst folgende Großgeräte:

Computertomographiegeräte (CT)
Darstellung von morphologischem, physiologischem, pathophysiologischem Gewebe und Funktionsabläufen mittels Röntgenstrahlung auf Basis von Dichtewerten

Magnetresonanz-Tomographiegeräte (MR)
Darstellung von morphologischem, physiologischem, pathophysiologischem Gewebe und Funktionsabläufen mit Hilfe eines Magnetfeldes (bzw. elektromagnetischer Strahlung), dessen Stärke in Tesla gemessen wird

Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT) (inkl. ECT-CT)
Darstellung von physiologischen oder pathophysiologischen Funktionsabläufen; Funktionsprinzip: Detektierung eines einzelnen Photons, das beim Zerfall des verwendeten Radionuklids ausgesendet wird mittels Gamma-Kamera; Unterscheidung zwischen planarer oder tomographischer Aufnahmetechnik

Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze) (COR)

Invasiv-diagnostische und interventionelle/endovaskuläre Kardiologie nach Punktion eines arteriellen Gefäßes und Vorschieben eines Katheters bis zum Herz über ein Schleusensystem, bei Kindern zur Abklärung angeborener Herzfehler zusätzlich zu einem arteriellen meist auch venöser Zugang nötig; siehe auch → *Kap. 3.2.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen*

Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR) (Linearbeschleuniger)
Therapie von Tumorerkrankungen vor allem mittels hochenergetischer ionisierender Strahlung (Gammastrahlung, Röntgenstrahlung und Elektronenstrahlung); häufigste Behandlungsformen: Teletherapie, Brachytherapie; nichtonkologische Indikationen bzw. Maßnahmen (u. a.): Entzündungen, periartikuläre Verkalkungen, Schmerzbestrahlungen;
Spezialform Hadronen-/Partikeltherapie: Therapie mittels Protonen (oder Neutronen), Helium sowie Schwerionen wie Kohlenstoff.

Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET) (inkl. PET-CT, PET-MR)
Darstellung von physiologischen oder pathophysiologischen Funktionsabläufen; Funktionsprinzip: Verwendung von mit Positronenstrahlen markierten Radiopharmazeutika, bei Zerfall der Nuklide Positronenbildung, bei Aufeinandertreffen von Positron und Elektron gegenseitige Vernichtung unter Freisetzung zweier um 180° entgegengesetzt gerichteter Gammaquanten, Lokalisation dieses Ereignisses durch Koinzidenzmessung unter Detektierung und Bildgebung mittels PET-Gerät

Großstadtfaktor: Faktor zur Quantifizierung der in großstädtischen Bereichen zu erwartenden Abweichungen in der Inanspruchnahme-Häufigkeit von stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen vom Bundesdurchschnitt (aufgrund von Besonderheiten betreffend sozioökonomische Rahmenbedingungen, Gesundheitszustand, Morbidität, Mortalität und Inanspruchnahmeverhalten)

Grundversorgung umfasst ambulante und stationäre Leistungen, die ohne aufwändige medizinisch-technische Infrastruktur oder Spezialisierungen über die jeweilige Berufsausbildung hinaus in einem Fachbereich erbracht werden und schließt im Bedarfsfall bei stationären Aufenthalten eine Intensivüberwachung im Rahmen des Komplikationsmanagements mit ein.

Halbstationärer Bereich: Behandlung von PatientInnen über Tag oder über Nacht bzw. längerfristige Intervall-Aufenthalte jeweils nur tagsüber; umfasst tagesklinische und tagesstrukturierende Behandlungen gemäß LKF-Modell in den Versorgungsbereichen PSY, KJP, PSO-E, PSO-KJ, AG/R.

Institutionelle Zusammenarbeit: durch Vereinbarungen formalisierte strukturierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Versorgungseinrichtungen zur Abdeckung der patientenbezogenen Versorgungserfordernisse

Integrative Gesundheitsversorgung im optimalen Sinn ist *(in Anlehnung an die Definition der WHO)* umfassend, koordiniert, nahtlos und sektorenübergreifend. Sie berücksichtigt alle Bereiche (akutstationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Rehabilitation, Nahtstellen zum Sozialbereich) und Aspekte des Versorgungssystems (wie Ressourcen, Leistungserbringung, Management und Organisation der Diagnostik, Krankenbehandlung, Pflege, Rehabilitation und Gesundheitsförderung) und deren Beziehungen untereinander. Durch ein integratives Versorgungssystem und einen niederschwelligen Zugang zur umfassenden Gesundheitsversorgung wird eine koordinierte und vernetzte Behandlung aller PatientInnen sichergestellt. Dadurch werden Qualität, Patientenzufriedenheit und Effizienz der Versorgung verbessert.

Integrative Planung bezieht idealerweise alle Elemente des Versorgungssystems sowie ihre Beziehungen und Wechselwirkungen gleichzeitig und in eine Gesamtschau ein. Sie löst die herkömmliche isolierte Analyse und Planung einzelner Systemelemente (z.B. Krankenanstalten) ohne Berücksichtigung der Auswirkungen auf andere Elemente ab. Damit alle Teile einer Lösung sich optimal, aufeinander abgestimmt und gleichmäßig entwickeln können, arbeiten idealerweise alle Planungsbeteiligten von Anfang an zusammen. Ein integratives Planungsvorgehen ist ein iterativer Prozess, dessen Schritte sich an einem „gesundheitspolitischen Regelkreis“ (siehe → *„Public Health Action Cycle“)* orientieren.

Integrierte Versorgung (IV) ist eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre/multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten (Guidelines, Versorgungs- und Behandlungspfade, etc.) ausgerichtete Versorgung, die definierte Krankheitsbilder oder/und bestimmte Bevölkerungsgruppen adressiert.

Integriertes Versorgungsprogramm (IVP): programmhafte Umsetzung von Integrierter Versorgung, bei der die Versorgungsprozesse strukturiert und verbindlicher geregelt werden.

Interdisziplinär: verschiedene Disziplinen innerhalb einer Berufsgruppe umfassend (z.B. verschiedene Fachrichtungen oder Spezialisierungen von ÄrztInnen)

Interdisziplinäre Kapazitätsnutzung: Nutzung von Infrastruktur zur Patientenbehandlung durch mehrere in einer KA eingerichtete Fachrichtungen; die fachärztliche Zuständigkeit gemäß ÄAO und ggf. KA-interner Re-

gelungen für die jeweiligen PatientInnen entsprechend ihrem jeweils spezifischen Behandlungsbedarf wird dadurch nicht aufgehoben oder relativiert.

Intramuraler Bereich: (Stationärer und spitalsambulanter) Versorgungsbereich in bettenführenden Krankenanstalten (intramural = innerhalb der (KA-)Mauern)

Kapazitätsdichte: Verfügbare Versorgungskapazitäten in Relation zur Wohnbevölkerung, unabhängig von deren Inanspruchnahme (z.B. „Ärzteköpfe" im Sinne der Ärzteliste pro 1.000 EW, systemisierte bzw. tatsächliche Betten im Sinne der KA-Statistik pro 1.000 EW)

Kapnographie: Messung von CO_2 in der Ausatmungsluft

Koherante Einheit: Einheit bzw. Messgröße, die in methodischer Hinsicht eine – nach Fachrichtungen differenzierte – vergleichbare, Sektoren übergreifende Darstellung der Versorgungssituation (z.B. betreffend ärztliche Personalausstattung bzw. deren Versorgungswirkung) erlaubt.

Konsiliardienst: Person aus einer Berufsgruppe, die anfragebezogen PatientInnen im Rahmen eines stationären Aufenthalts oder eines ambulanten Kontaktes zu einer bestimmten Fragestellung begutachtet.

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF): Fallpauschalen-System, das in Abhängigkeit von Leistungen, Diagnosen, Aufenthaltsdauer und Intensivpflege je Spitalsaufenthalt Verrechnungspunkte festlegt; der Punktwert als Verrechnungsgröße in Geldeinheiten ist abhängig von den Budgetmitteln, die seitens des Landesgesundheitsfonds über das LKF-Modell verteilt werden und ist somit in jedem Bundesland unterschiedlich hoch

Liaisondienst: Anfrageunabhängige, regelmäßige Präsenz von entsprechenden Fachkräften unterschiedlicher Berufsgruppen in Abteilungen, um das dortige Behandlungsteam zu beraten und zu unterstützen.

Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (kurz: Fondskrankenanstalten – FKA): Öffentliche allgemeine Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der (Langzeit-)Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie sowie private allgemeine Krankenanstalten, die gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind.

Multiprofessionell: mehrere Berufsgruppen umfassend

Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst: Zeit außerhalb des Tagdienstes gemäß KA-spezifischer Regelung

Niedergelassener (ärztlicher) Bereich: in Einzel- oder Gruppenpraxen tätige ÄrztInnen mit und ohne Kassenvertrag

Nosokomiale Infektionen (Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen; HAI = Healthcare associated infections): Infektionen, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus, in einer Pflegeeinrichtung oder einer ambulanten Einrichtung erworben werden.

Notfall: Je nach Schwergrad ist dringlicher Handlungsbedarf gegeben, um weiteren Schaden von dem/der PatientIn abzuhalten (siehe auch → *Akutfall).*

Nulltagesaufenthalt (NTA): Aufenthalte mit Belagstagen = 0 (d.h. keine Nächtigung in der KA)

Öffnungszeit: Zeit, in der PatientInnen die KA oder andere AnbieterInnen von Gesundheitsdienstleistungen zur Begutachtung und Behandlung aufsuchen können.

Organisationsform bezieht sich auf Aufbauorganisation: rechtlicher und struktureller Rahmen eines Fachbereiches für die inhaltliche und zeitliche Zuständigkeit aufgrund eines definierten Leistungsspektrums sowie der Öffnungs- und Betriebszeit (Planungskriterium für Versorgungssicherheit)

Patientenorientierung: Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen.

Patientensicherheit umfasst Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der PatientInnen führen können.

Patientenzentrierte Gesprächsführung umfasst Herstellen und Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehung, Strukturierung des Gesprächs, Umgang mit emotional herausfordernden Situationen und herausfordernden Kontexten, Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Einflussfaktoren und Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen für den Einsatz unterschiedlicher Kommunikationsmedien (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015, Kap. 7 und 14c, vgl. http://www.nklm.de/).

Ein Beispiel für ein Modell patientenzentrierter Gesprächsführung ist *The enhanced Calgary-Cambridge Guides* (Kurtz et al. in Academic Medicine 78/8:802-809; 2003)

Patientenzentrierung: umfasst die folgenden Elemente: 1) Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren, 2) Erfassen der lebensweltlichen Bedeutung von Krankheit für die Patientin/den Patienten, 3) Unterstützen der Patientenanliegen und Berücksichtigung des Informationsbedarfs der Patientin/des Patienten und ihrer/seiner Präferenzen hinsichtlich der Entscheidungsfindung, 4) Entwicklung gemeinsamer Therapieziele und Stärkung der persönlichen Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient und 5) Berücksichtigung des Einflusses der Persönlichkeit der Ärztin/des Arztes (Mead/Bower in Social Science and Medicine 51/7:1087-1110; 2000)

Periphere Lage einer Krankenanstalt: Region mit geringer Besiedelungsdichte (unter 30 EW pro km^2 Katasterfläche) und fehlender bzw. grenzwertiger Erreichbarkeit der nächstgelegenen Abteilung der jeweiligen Sonderfächer gemäß Planungsrichtwerten

Prävention: Vorbeugende Maßnahmen, Programme und Projekte, um ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung zu vermeiden.

Prozessqualität gemäß § 2 GQG: „Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden."

Public Health Action Cycle: Als Ausgangspunkt des gesundheitspolitischen Regelkreises informiert die Gesundheitsberichterstattung auf Basis entsprechender Datengrundlagen über die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung. Es werden die bestehende Situation und Entwicklungstrends analysiert. Auf dieser Basis wird gesundheitspolitischer Handlungsbedarf identifiziert (nach Möglichkeit in Form von Kausalanalysen). Auf Basis dieser Erkenntnisse werden Gesundheitsziele formuliert und Optionen, Strategien und Maßnahmen zur Minderung oder Lösung der jeweiligen Gesundheitsprobleme abgeleitet. Zur Umsetzung der Interventions-Konzepte in die Praxis werden im Rahmen der Gesundheitsplanung Maßnahmen im präventiven und kurativen Bereich formuliert und umgesetzt. Deren nachhaltige Wirkungen werden wiederum im Rahmen einer zyklischen Gesundheitsberichterstattung regelmäßig beobachtet und ggf. evaluiert. Dies führt zu einer Neubewertung der gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung und ggf. zu einer Anpassung von Strategien und Maßnahmen.

Qualität gemäß § 2 GQG: „Grad der Erfüllung der Merkmale von patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität."

Qualitätsstandards gemäß § 2 GQG: „Beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten"

Quellbezug: regionale Zuordnung anhand des Wohnortes des Patienten / der Patientin, unabhängig von der Versicherungsregion oder dem Standort des Leistungserbringers

Rechtsform ist die rechtliche Ausprägung der Trägerschaft als natürliche oder juristische Person; Grundlage für die Regelung von Rechtsangelegenheiten einer Rechtsperson; unterschiedliche Rechtsformen bestimmen unterschiedliche Grundstrukturen hinsichtlich Eigentums- und Haftungsformen.

Referenzzentrum: Organisationsform, der die Durchführung jener Leistungen vorbehalten ist, die in der stationären Leistungsmatrix mit RFZ gekennzeichnet sind; die jeweils höchste Versorgungsstufe einer abgestuften Versorgungsstruktur und hochspezialisierte (zumeist operativer) Fachbereiche.

Regelversorgung umfasst häufige Routine-Leistungen eines Fachbereichs, die im Rahmen einer Abteilung mit zugehörigem fachspezifischem Komplikationsmanagement (im Bedarfsfall inkl. Intensivbehandlung) erbracht werden.

Rehabilitation: Die **stationäre** medizinische Rehabilitation[149] umfasst die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen[150] (Rehabilitationszentren). Alle drei Versicherungszweige (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) sind für das Gewähren von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zuständig[151]. Die **ambulante** medizinische Rehabilitation ist seit 2011 im Bereich der Pensionsversi-

[149] Gemäß § 154a, § 189 und §§ 300–307c ASVG

[150] In der Regel in Sonderkrankenanstalten im Sinne § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG, im Bereich der Rehabilitation für PSY bzw. KJP/ESP de facto auch in selbstständigen Ambulatorien mit angeschlossenem Beherbergungsbetrieb

[151] Entsprechend dem ASVG bzw. den Richtlinien des HVSVT gem. § 31 Abs. 5 Z 19 und 20 ASVG, vgl. RKK 2005

cherung gesetzlich erwähnt[152]. Sie wird derzeit i.d.R. in selbstständigen Ambulatorien durchgeführt. Die derzeit in Österreich vorhandenen Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation sind noch nicht ausreichend evaluiert. Die Schnittstellen der ambulanten Rehabilitation zu anderen Gesundheitsleistungen und Leistungserbringern sind vielfach noch ungeklärt. Die ambulante Rehabilitation in Österreich befindet sich derzeit noch im Etablierungsstadium.

Rufbereitschaft: jederzeitige Erreichbarkeit des/der jeweils zuständigen Arztes/Ärztin mit der erforderlichen Qualifikation bzw. eines anderen Gesundheitsberufs (z.B. DGKP) für Anwesenheit in KA im Bedarfsfall (i.d.R. innerhalb von 30 Minuten)

Sanatorien: Private, nicht-gemeinnützige Akutkrankenanstalten, die ohne weitere vertragliche Vereinbarung keine Versorgungsverpflichtung übernehmen (kein Kontrahierungszwang) und die gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG eine besondere Ausstattung für höhere Ansprüche hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung haben; sie werden oftmals ohne innerorganisatorische Fachgliederung bzw. unter Heranziehung von BelegärztInnen betrieben.

Selbstständige Ambulatorien: Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG, die der Untersuchung und Behandlung von Personen, die nicht der Aufnahme in Anstaltspflege bedürfen, dienen.

Sicherstellung (der Versorgung): Verpflichtung, organisatorische Maßnahmen vorzusehen, um PatientInnen die jeweils bedarfsspezifisch erforderliche Versorgung zugänglich zu machen.

Sonderausbildung/Spezialisierung bezeichnet eine auf die berufliche Erstausbildung aufbauende Zusatzausbildung für ein bestimmtes Fachgebiet oder eine bestimmte Aufgabe, die mit Erweiterung oder Vertiefung der beruflichen Befugnisse einhergeht. Am Ende dieses Programmes steht ein Beurteilungsprozess, in welchem die Erreichung der intendierten Lernergebnisse überprüft wird.

Spezialzentrum: Innerhalb eines Fachbereichs für einen spezialisierten Teilbereich etablierte Struktur, die eine spezielle Patientengruppe mit speziellen Erkrankungen adressiert und einen hohen Grad an Expertise und interdisziplinärer Zusammenarbeit erfordert.

Spitalsambulanzen: Anstaltsambulatorien als Teil von Allgemeinen KA und Sonder-KA; dienen der Behandlung und Untersuchung von Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, wenn es aus bestimmten Gründen notwendig ist (z.B. Leistung Erster ärztlicher Hilfe, Befunderhebung vor Aufnahme, Behandlung nach einer in der KA erfolgten Pflege, usw.) *(vgl. § 26 KAKuG).*

Standardversorgungseinheit (SVE): Messgröße für das durchschnittliche ärztliche Leistungsvolumen (differenziert nach Sonderfächern) gemäß Bundesland-spezifischer Berechnung (basierend auf dem jährlichen Leistungsvolumen eines „durchschnittlich arbeitenden" Arztes/einer Ärztin; unter symmetrischer Berücksichtigung der Anzahl der ambulanten Kontakte im extramuralen und im spitalsambulanten Bereich)

Strukturqualität gemäß § 2 GQG: „Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht"

Systemisiertes Bett: im Zuge einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung behördlich genehmigtes Bett

Tagdienst: Anwesenheit von Personal an Werktagen während der Betriebszeit gemäß KA-spezifischer Regelung in der Anstaltsordnung (i.d.R. Mo-Fr exkl. Feiertage)

Tagesbehandlung (ambulant): mehrstündiger ambulanter Besuch während eines Tages in Einheiten zur Tagesbehandlung in der PSY, KJP, PSO-E, PSO-KJ, AG/R in KA

Tagesklinik-Aufenthalt: Stationärer Aufenthalt von PatientInnen, die Leistung(en) aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen gemäß LKF-Modell erhalten und am selben Tag aufgenommen und entlassen werden.

Tagesklinikplatz: systemisiertes oder tatsächlich aufgestelltes Bett bzw. Planbett zur ausschließlichen Nutzung für Tagesklinik-Aufenthalte

Tagesklinische Versorgung: Behandlung im Rahmen eines Tagesklinik-Aufenthalts

Telefonische Erreichbarkeit: jederzeitige Erreichbarkeit des/der jeweils zuständigen Arztes/Ärztin mit der erforderlichen Qualifikation für telefonische Abklärung bei Rückfragen des Gesundheitspersonals zum Behandlungsprozess und ggf. Organisation erforderlicher Unterstützungsmaßnahmen

[152] § 302 Abs. 1 Z 1a ASVG

Transition: Aktiv begleiteter Übergang von Kindern oder jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen aus einer kindzentrierten in eine erwachsenenorientierte Gesundheitsversorgungseinrichtung; Ziel der Transitionsmedizin ist es, diesen Übergang durch verschiedene Programme – insbesondere Schulungen und strukturierte Fortbildungsangebote – zu standardisieren und zu vereinfachen.

Transparenz gemäß § 2 GQG: „Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse und deren systematische Überprüfung; Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche zur Qualitätsverbesserung"

Triage: (standardisierte) Bewertung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs von Akut- bzw. Notfällen

Übergangspflege: Kurzzeitpflege zum Aufbau der häuslichen Pflege im Anschluss an eine stat. Behandlung

Unfallkrankenhäuser (UKH) sind gemeinnützige Krankenanstalten der allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und somit Teil des öffentlichen Gesundheitsversorgungssystems. Es sind alle ÖSG-Regelungen unmittelbar anwendbar. In der Planung der Krankenanstaltenversorgung auf Landesebene sind UKH mit ihrer Versorgungswirkung zu berücksichtigen.

Verfügbar (in KA): Das als Qualitätskriterium geforderte Personal und/oder die Ausstattung steht bei Bedarf dem jeweiligen Fach-/Versorgungsbereich auf Anforderung zur Verfügung.

Versorgung umfasst Diagnostik, Therapie und organisatorische Maßnahmen zur Erreichung der Therapieziele

Versorgungsauftrag: Zuordnung von Aufgaben und Leistungen zur dafür im regionalen Kontext am besten geeigneten Anbieterstruktur.

Versorgungsbereich: spezialisierter Teilbereich zur Versorgung von PatientInnen mit bestimmten Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen) oder bestimmter Patientengruppen (z.B. Erwachsene, Kinder und Jugendliche) oder zur Versorgung in einem bestimmten Behandlungsstadium (z.B. intensivmedizinische Versorgung) oder bei multidimensionalem Versorgungsbedarf (z.B. Akutgeriatrie/Remobilisation); ist jeweils ein Teil eines oder mehrerer Fachbereiche und stellt in der Regel keinen gesamten Fachbereich dar

Versorgungsdichte: Versorgungskapazitäten in Relation zur Wohnbevölkerung, gewichtet nach deren Inanspruchnahme (z.B. „ärztliche ambulante Versorgungseinheiten - ÄAVE" im Sinne von Regiomed pro 1.000 EW, Bettenäquivalente pro 1.000 EW)

Versorgungsgebiet: Summe aller einem Soll-Leistungsstandort zugeordneten Gemeinden (z.B. im Rahmen der ambulanten Versorgungsplanung inkl. der Primärversorgung) bzw. ÖSG-Versorgungsregionen (z.B. im Rahmen der überregionalen Versorgungsplanung - ÜRVP), für die der betreffende Soll-Leistungsstandort die primäre Versorgungsfunktion in einem bestimmten Fach-/Versorgungsbereich möglichst zur Gänze zu übernehmen hat (die Festlegung der Versorgungsgebiete erfolgt in Abhängigkeit von den derzeitigen regionalen Versorgungsbeziehungen sowie von der Erreichbarkeit im Straßenverkehr und unabhängig von räumlich-administrativen Grenzen, v.a. von Bundesländergrenzen); die Wahlfreiheit der Patienten/-innen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im betreffenden Fach-/Versorgungsbereich bleibt davon unberührt.

Versorgungsregion (VR): Der integrativen regionalen Versorgungsplanung im Sinne des ÖSG liegen 32 Versorgungsregionen (VR) zugrunde, die unter Berücksichtigung der regionalen Beziehungen in der Gesundheitsversorgung und in Anlehnung an das Konzept der „NUTS-III-Regionen" des Statistischen Amts der Europäischen Union (Eurostat) mit den Bundesländern einvernehmlich festgelegt wurden. Die VR setzen sich jeweils aus mehreren politischen Bezirken eines Bundeslandes zusammen und erstrecken sich nicht über Bundeslandgrenzen hinweg *(vgl. Karten in → Anhang 11).*

Versorgungszone (VZ): Der Planung des stationären Rehabilitationsbereichs liegen als regionale Einheiten vier Versorgungszonen zugrunde, die unter Berücksichtigung der regionalen Beziehungen in der Gesundheitsversorgung und in Anlehnung an das Konzept der „NUTS-I-Regionen" des Statistischen Amts der Europäischen Union (Eurostat) festgelegt wurden. Die VZ West setzt sich aus Vorarlberg und Tirol zusammen, die VZ Nord aus Salzburg und Oberösterreich, die VZ Süd aus Kärnten und Steiermark und die VZ Ost aus Niederösterreich und Wien; das Burgenland zählt entsprechend der tatsächlichen Patientenströme sowohl zur VZ Ost als auch zur VZ Süd.

VertragsärztInnen lt. Ärzteliste/Zahnärzteliste sind jene niedergelassen tätigen ÄrztInnen, die einen Vertrag mit mindestens einem Krankenversicherungsträger (§2-Kassen (GKK, SVB, BKK) sowie BVA, SVA, VAEB) haben. Verträge mit KFA/KUF sowie reine Vorsorgeuntersuchungs-Verträge werden hier nicht berücksichtigt. Die Angaben in der Ärzteliste zum Vorliegen eines Kassenvertrags sind unabhängig von den Datengrundla-

gen der Sozialversicherung. Das bedeutet, dass Abweichungen zwischen den Angaben zu VertragsärztInnen gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung möglich sind. Die Fachrichtungszuordnung erfolgt über ein in der (Zahn-)Ärzteliste definiertes Erstfach (ist jene Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist).

Vollstationäre Aufenthalte: Aufenthalte mit Belagstagen > 0 (d.h. mit mindestens einer Nächtigung)

Vollzeit-Äquivalent (VZÄ): Arbeitseinsatz auf Basis 40-Stunden-Woche; quantitative Mehr- bzw. Minderleistungen sind entsprechend zu berücksichtigen

Vollstationäre Betten: systemisierte bzw. tatsächliche Betten für vollstationäre Aufenthalte

WahlärztInnen lt. Ärzteliste sind niedergelassen tätige ÄrztInnen, die mit keiner Krankenkasse (ausgenommen KFA und KUF) einen Vertrag haben und mind. eine Privatordination führen. Die Fachrichtungszuordnung erfolgt über ein in der (Zahn-)Ärzteliste definiertes Erstfach (das ist jene Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist).

Weiterbildung

- ist für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe geregelt;
- bezeichnet ein auf die berufliche Erstausbildung aufbauendes Programm zur Vertiefung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Kompetenzen (Können) in einem bestimmten Fachbereich. Am Ende dieses Programmes steht ein Beurteilungsprozess, in welchem die Erreichung der intendierten Lernergebnisse überprüft wird;
- wird als Begriff tlw. synonym mit Fortbildung verwendet.

Zielbezug: regionale Zuordnung zum Standort des Leistungserbringers, unabhängig von der Wohnregion der Patientin / des Patienten oder der Versicherungszuständigkeit für die Patientin / den Patienten

Zusammenarbeit (interdisziplinär/multiprofessionell): gemeinsame Wahrnehmung des interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsansatzes durch Einbindung aller im jeweiligen Einzelfall bedarfsspezifisch erforderlichen Gesundheitsberufe; regelmäßige und strukturierte Kommunikation und Informationsaustausch inkl. Fallbesprechungen zur Erhöhung der Behandlungsqualität

Zusatzausbildung: siehe → *Sonderausbildung/Spezialisierung*

Anhang 2: Bemessung von ambulanten Betreuungsplätzen in definierten Versorgungsbereichen

Durch die Einführung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells[153] und der damit verbundenen sukzessiven Verlagerung von medizinisch nicht indizierten kurzstationären Aufenthalten vom stationären in den spitalsambulanten Bereich werden für folgende definierte Versorgungsbereiche sog. **ambulante Betreuungsplätze** (ambBP) als Planungsgrößen eingeführt:

- ambulante Chemotherapie
- Tagesbehandlungen (im bisherigen halbstationären Bereich)
- längere Beobachtung (bis zu 24 Stunden) im Rahmen von „Zentralen ambulanten Erstversorgungseinheiten“ (ZAE)

Die rechnerische Ermittlung erfolgt auf Basis der dafür ausgewählten ambulanten Pauschalgruppen gemäß LKF-Modell-ambulant (Stand: LKF-ambulant 2018) mit folgenden Parametern:

Behandlungsgruppe gemäß LKF-ambulant	Messgröße in Einheit	Betriebstage pro Jahr	Belegungsfaktor pro ambBP pro Betriebstag	Auslastung	Anzahl ambulante Besuche pro Jahr pro ambBP[1]
Chemotherapie	PatientInnen/Tag	250	2	85%	425
Tagesbehandlungen in PSY, KJP, PSO-E, PSO-KJ, AG/R	PatientInnen/Tag	250	1	85%	210
Beobachtungsfälle in ZAE	PatientInnen mit Beobachtungsbedarf/Tag	365	1,5	65%	350

[1] gerundet

Berechnungsbasis: Ambulante Pauschalgruppen gemäß LKF-Modell-ambulant (2018)

Chemotherapien

AMG-APG	APG-AMG-Bezeichnung
AMG21.01	Chemotherapie bei malignen Erkrankungen d. Leistungsgruppe A
AMG21.02	Chemotherapie bei malignen Erkrankungen d. Leistungsgruppe B
AMG21.03	Chemotherapie bei malignen Erkrankungen d. Leistungsgruppe C
AMG21.04	Chemotherapie bei malignen Erkrankungen d. Leistungsgruppe D
AMG21.05	Chemotherapie bei malignen Erkrankungen d. Leistungsgruppe E
AMG21.06	Chemotherapie bei malignen Erkrankungen d. Leistungsgruppe F
AMG21.07	Intraarterielle Chemotherapie
AMG21.14	Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper
AMG21.15	Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Antimykotika
AMG21.16	Fortsetzung einer Chemotherapie oder Verabreichen nicht kostenrelevanter Zytostatika
AMG21.18	Zellseperator-Thrombozytenkonzentrat von Einzelspendern
AMG21.19	Spezifische Gammaglobulin-Verabreichung nach Stammzelltransplantation
AMG21.20	Gabe von Einzelfaktorkonzentraten bei angeborenen Gerinnungsstörungen und Hemmkörperhämophilie
AMG21.22	Andere spezifische Tumortherapie
AMG21.23	Radioaktiv markierte Antikörper
AMG21.25	Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Antivirale Therapie
AMG21.51	Zusätzliche onkologische Therapie - bestrahltes Erythrozytenkonzentrat
AMG21.52	Zusätzliche onkologische Therapie - Leukozytenkonzentrat

[153] Siehe unter https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstalten/LKF_Modell_2017/Modell_spitalsambulant_2017

AMG-APG	APG-AMG-Bezeichnung
AMG21.53	Behandlung mit unspezifischen IgG 10-35g
AMG21.54	Behandlung mit unspezifischen IgG > 35g
AMG21.55	Antilymphozytenglobulin bei aplastischer Anämie

Tagesbehandlungen (im ehemals halbstationären Bereich)

AMG-APG	APG-AMG-Bezeichnung
AMG20.05	Tagesbehandlung in der Psychiatrie
AMG20.06	Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie
AMG20.07	Tagesbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)
AMG20.08	Tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)
AMG20.11	Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation
AMG20.12	Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO

Berechnungsbasis: Beobachtungsfälle in ZAE

Leistung	Leistungsbezeichnung
ZZ710	Betreuung und Monitoring in einer (ambulanten) Erstversorgungseinheit (LE=je Sitzung)

Die Zuordnung der ambulanten Pauschalen bzw. Leistungen wird jährlich mit dem LKF-Modell (spitalsambulant) gewartet.

Anhang 3: Risikoliste Geburtshilfe

Indikationen zur Transferierung von Schwangeren und Neugeborenen aus der Grundversorgung oder im Fall einer Hebammengeburt (inkl. Hausgeburt) in eine höhere Versorgungsstufe

Quelle: AWMF-Register Nr. 024/002: Verlegung von Früh- und Reifgeborenen in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe

Risikobilder
fetal
Unreife < 36 + 0 SSW p.m.
Unreife ≥ 36 + 0 SSW p.m.*
Fetale Wachstumsretardierung (Geburtsgewicht < 3.Perzentile), nach Untersuchung durch FA KIJU in Abstimmung mit PNZ oder Schwerpunkt Typ A
Fetale Wachstumsretardierung (3. - 10. Perzentile)*
Atemstörungen jeglicher Genese einschl. Apnoen/Bradykardien (mit Ausnahme von kurzfristigen Anpassungsstörungen postpartal mit sich rasch bessernder klinischer Symptomatik)
Nabelarterien pH < 7,0
Fehlbildungen oder Verdacht darauf zur weiteren Diagnostik und/oder Therapie* (nach Untersuchung durch FA KIJU in Abstimmung mit PNZ oder Schwerpunkt Typ A)
Angeborene Stoffwechselstörungen oder Verdacht darauf
Hypoglykämie, wiederholt < 36 mg/dl (2 mmol/l) in den ersten 24 Stunden,< 45 mg/dl (2,5 mmol/l) ab 25. Lebensstunde
Diabetische Fetopathie
Endokrinopathien oder Verdacht darauf (nach Untersuchung durch FA KIJU in Abstimmung mit PNZ oder Schwerpunkt Typ A)
Morbus haemolyticus neonatorum
Polyglobulie (Hämatokrit venös > 0,7)
Polyglobulie (Hämatokrit venös 0,66 - 0,70)*
Anämie (mit klinischer Symptomatik und Hämatokrit < 0,35) in der ersten Lebenswoche
Hyperbilirubinämie: sichtbarer Ikterus in den ersten 24 Stunden > 20 mg/dl trotz Fototherapie bei gesunden reifen Neugeborenen > 17 mg/dl trotz Fototherapie bei reifen Neugeborenen mit Risikofaktoren
Hyperbilirubinämie zur Differentialdiagnostik und eventuellen Fototherapie*
Morbus haemorrhagicus
Krampfanfälle
Intrakranielle Blutungen und Verdacht darauf
Zyanose (mit Ausnahme von kurzfristigen Anpassungsstörungen postpartal mit sich rasch bessernder klinischer Symptomatik)
Infektion
Verdacht auf Infektion* (außer das Neugeborene ist klinisch stabil)
Thermolabilität oder ausgeprägte Trinkschwäche
Herzrhythmusstörungen
Neurologische Auffälligkeiten*
Anamnestischer Verdacht auf Infektion bis zum Ausschluss*
Fehlbildungen mit aufgeschobener Dringlichkeit*
Ernährungsstörungen*
maternal
Entzugssymptome bei Drogenabhängigkeit der Mutter
Insulinbedürftiger Diabetes mellitus der Mutter**

* relative fetale/kindliche Indikation, d.h. wenn ein neonatologisch versierter FA nicht verfügbar ist, der die klinische Symptomatik entsprechend einschätzen kann

** relative maternale Indikation, d.h. wenn ein FA für IM-EKRI nicht verfügbar ist, der das Risiko abschätzen kann.

Anhang 4: Präklinische Versorgung von schweren Schädel-Hirn-Traumen

- obligatorische Verwendung der Kapnographie
- Verwendung von Ringerlösung oder anderer balancierter Elektrolytlösungen
- KEINE Verwendung von Ringerlaktat
- KEINE Verwendung von Steroiden
- rascher Transport in das nächstgelegene geeignete Traumazentrum

Quellen:
http://www.igeh.org/app/webroot/files/docs/projects/Empfehlungen_zur_Erstversorgung_SHT_Nov_2012.pdf
http://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/empfehlung__zu_erstversorgung_sht_2013.pdf

Methodik zur Studie: http://www.igeh.org/app/webroot/files/docs/publications/Erste_Ergebnisse_Prehospital_Projekt_Nov_2012.pdf

Anhang 5: Planungsgrundlagenmatrix (PM)

Die Planungsgrundlagenmatrix (PM) beschreibt anhand von Indikatoren die Versorgungssituation in **allen** inkludierten **Versorgungsbereichen** der jeweiligen Versorgungsregion (VR), die ihrerseits jeweils auch in einer höher aggregierten räumlichen Betrachtungseinheit (Bundesland, Versorgungszone sowie Österreich insgesamt) Eingang findet.

Die PM ist nach den **32 Versorgungsregionen**, den neun Bundesländern und den vier Versorgungszonen gegliedert. Die Indikatoren zur Beschreibung der Versorgungssituation in den verschiedenen akutstationären und nicht akutstationären Versorgungsbereichen innerhalb der jeweiligen Region beziehen sich auf den **Ist-Stand** gemäß jeweils aktuell verfügbarer Datenbasis (primär auf das Daten-Jahr 2014) sowie auf Planungsaussagen zur Gesamtzahl an stationären Aufenthalten im Jahr 2020 von PatientInnen aus der jeweiligen Region („quellbezogene" Darstellung wie in der VM, inkl. Nulltagesaufenthalte). Weiters erfolgt eine Darstellung zum **Soll-Stand** der stationären Aufenthalte 2020 in Differenzierung nach Fachrichtungen (ebenfalls „quellbezogene" Darstellung), jeweils auf Ebene der Bundesländer und der Versorgungszonen (unverbindliche Grobabschätzung).

Die Beschreibung der Versorgungssituation erfolgt dabei zu folgenden **Versorgungsbereichen** *(vgl. auch Karten 3 bis 8 im → Anhang 11*):

- Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)
- Ambulante ärztliche Versorgung (niedergelassene ÄrztInnen, ÄrztInnen in Spitalsambulanzen sowie in selbstständigen Ambulatorien)
- Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung (letztere u.a. PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, psychosoziale Beratung etc. umfassend)
- Rehabilitation (stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Darstellung auf Ebene der vier Versorgungszonen)
- Alten- und Langzeitversorgung (stationäre und mobile Betreuungs- und Pflegedienste sowie spezielle Versorgungsformen umfassend)

Ergänzend werden in der PM jene Kriterien zum Nahtstellenmanagement (NSM) angeführt, anhand derer künftighin das Funktionieren des NSM in den einzelnen Versorgungsregionen systematisch bewertet werden soll.

Weitere Erläuterungen und Tabellen: siehe → *Tabellenband*

Die Tabellen sind auch als xls-Dokument
„ÖSG 2017 – Planungsgrundlagenmatrix (Tabellen zu Anhang 5)" separat verfügbar. "

Anhang 6: Versorgungsmatrix (VM)

Die VM ist nach **VMMHG** (in der VM verwendete medizinisch homogene Obergruppen der MHG), weiters nach den 32 Versorgungsregionen (VR), den neun Bundesländern sowie den vier Versorgungszonen gegliedert und legt auf diesen regionalen Ebenen quellbezogene Richtwerte für die Anzahl der stationären Aufenthalte in den Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH und SAN) fest.

Weitere Erläuterungen und Tabelle: siehe → *Tabellenband*

Die Tabelle ist auch als xls-Dokument
„ÖSG 2017 – Versorgungsmatrix (Tabelle zu Anhang 6)" separat verfügbar.

Anhang 7: Leistungsmatrix-ambulant (LM-amb)

Die LM-amb ist jährlich zu warten und den Änderungen im BMGF-Leistungskatalog anzupassen sowie anwendungsorientiert weiterzuentwickeln. Sie wird jeweils mit dem Folgejahr der Beschlussfassung durch das zuständige BGA-Gremium gemeinsam mit der Leistungsmatrix für den stationären Bereich (LM-stat) gültig.

Leistungsmatrix-ambulant: siehe → *Tabellenband*

Die Unterlagen sind auch als xls-Dokument
„ÖSG 2017 – Leistungsmatrix-ambulant (Tabellen zu Anhang 7)" separat verfügbar.

Anhang 8: Leistungsmatrix-stationär (LM-stat)

Die LM-stat ist jährlich zu warten und den Änderungen im BMGF-Leistungskatalog anzupassen sowie anwendungsorientiert weiterzuentwickeln. Sie wird jeweils mit dem Folgejahr der Beschlussfassung durch das zuständige BGA-Gremium als Rahmenbedingung zum LKF-Modell gültig.

Leistungsmatrix-stationär: siehe → *Tabellenband*

Die Unterlagen sind auch als xls-Dokument
„ÖSG 2017 – Leistungsmatrix-stationär (Tabellen zu Anhang 8)" separat verfügbar.

Anhang 9: RSG-Planungsmatrix (RSG-PM)

Die RSG-Planungsmatrix basiert auf der Planungsgrundlagenmatrix des ÖSG und beschreibt anhand von Planungsgrößen die Versorgungssituation im ambulanten und akutstationären Versorgungsbereich (sowie möglichst auch zu den Nahtstellen zum Sozialbereich) in der jeweiligen Versorgungsregion (VR) sowie für die stationäre und ambulante Rehabilitation im jeweiligen Bundesland.

Die Bestandsanalyse zur IST-Situation und die Planung der Angebotsstruktur in jeder Versorgungsregion oder auch in kleineren Planungsräumen (z.B. Bezirke) sind Ausgangspunkte für die Zuordnung der Planungsgrößen auf einzelne Anbieterstrukturen oder Gruppen von Anbieterstrukturen bzw. in der Folge auch für die Summendarstellung je Bundesland. In der RSG-Planungsmatrix sind Tabellen für folgende Ebenen zu erstellen:

1. Akut-Krankenanstalten (eine Tabelle je Akut-KA-Standort)
2. Versorgungsregionen (eine Tabelle je VR)
3. Bundesland (eine Tabelle)

Die Planungsgrößen beziehen sich dabei auf den IST-Stand gemäß jeweils aktuell verfügbarer Datenbasis (Ausweis des aktuell verfügbaren Basis-Daten-Jahres). Die Darstellung zum SOLL-Stand betrifft den jeweiligen Planungshorizont, der jedenfalls bundeseinheitlich in 5-Jahresschritten (2020, 2025, etc.) festzulegen ist.

Weitere Erläuterungen und Tabellen: siehe → *Tabellenband*

Die Tabellen sind auch als xls-Dokument
„ÖSG 2017 – RSG-Planungsmatrix (Tabellen zu Anhang 9)“ separat verfügbar.

Anhang 10: Großgeräteplan (GGP)

➔ *Zu den für eine Verordnung zum ÖSG vorgesehenen Inhalten des Großgeräteplans siehe Kapitel 4 und 4.4.*

Im Großgeräteplan sind die Vorgaben zur Großgeräteplanung (inkl. Funktionsgeräte) nach Bundesländern alphabetisch geordnet, standortgenau sowie in einer Österreich-Gesamtdarstellung in Tabellenform angeführt.

Großgeräteplan: siehe ➔ *Tabellenband*

Die Unterlagen sind auch als xls-Dokument
„ÖSG 2017 – Großgeräteplan (Tabellen zu Anhang 10)“ separat verfügbar.

Anhang 11: Versorgungssituation 2014/2015 nach Regionen

Nachfolgend sind die nachstehenden Inhalte in kartographischer Form dargestellt:

Karte 1: Standorte der Akutkrankenanstalten 2015 und Versorgungsregionen 2020

Karte 1a: Standorte der Akutkrankenanstalten 2015 und Versorgungsregionen 2020 in Wien

Karte 2: Standorte der Rehabilitationseinrichtungen 2015

Karte 3: Akutbettendichte 2014

Karte 4: Versorgungsdichte Allgemeinmediziner 2014

Karte 5: Ärztliche Versorgungsdichte im ambulanten Bereich insgesamt 2014

Karte 6: Versorgungsdichte stationäre Rehabilitation 2014

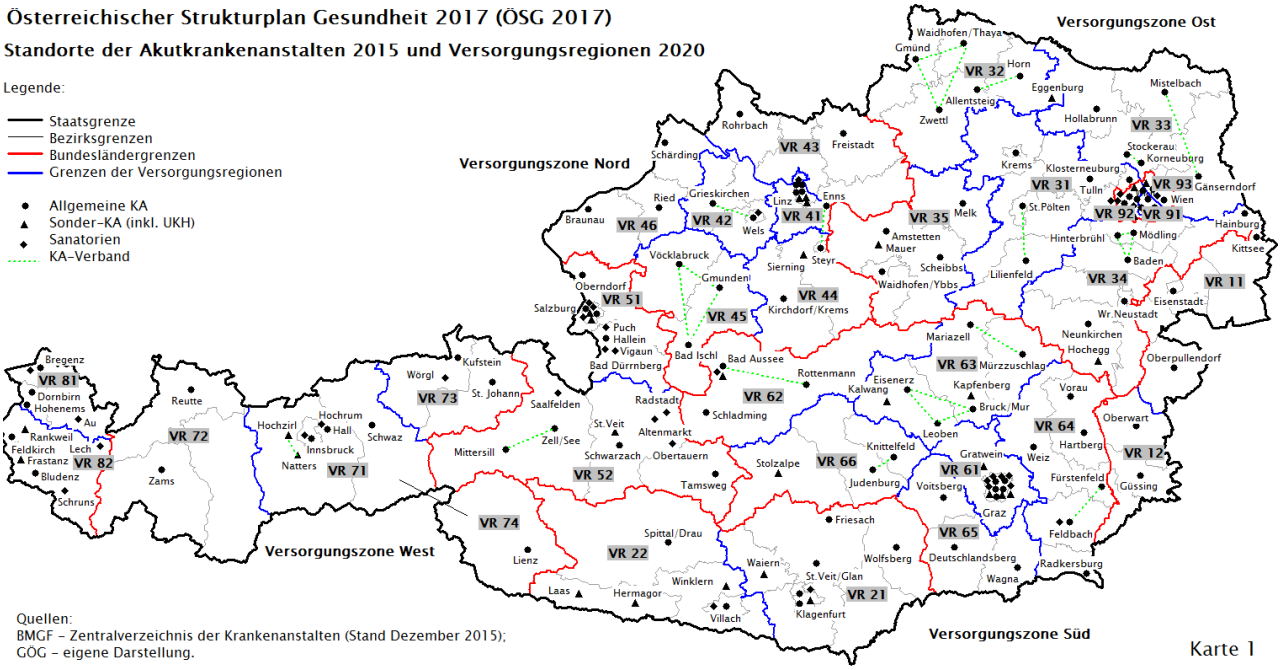
Karte 7: Versorgungsdichte Alten-/Pflegeheime 2014

Karte 8: Versorgungsdichte Mobile Dienste 2014

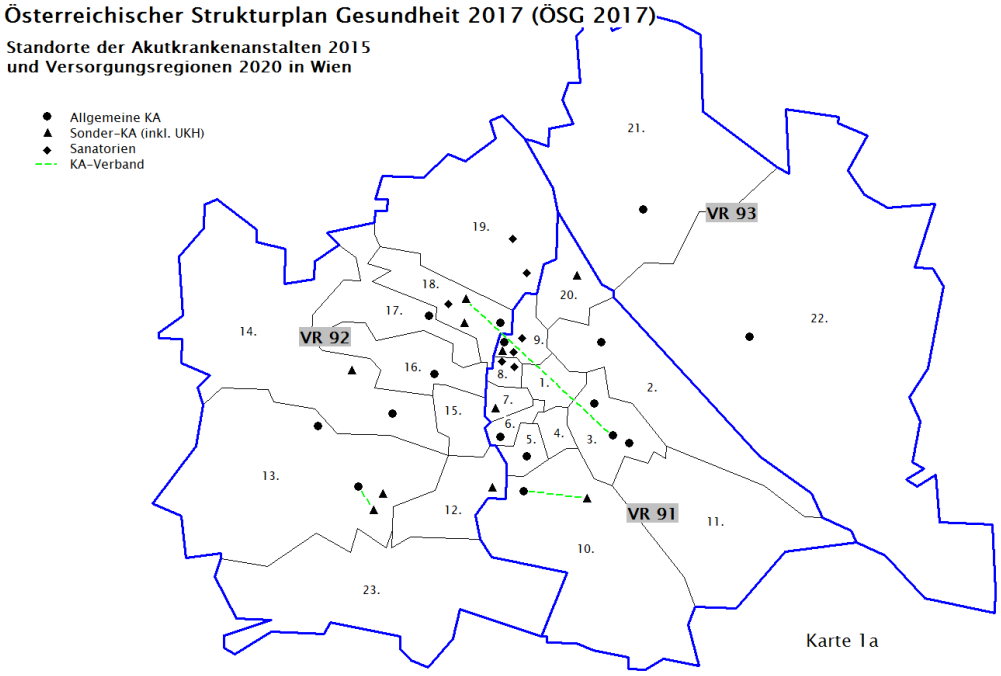
Erläuterung der Karteninhalte

Die **Karten 1, 1a und 2** zeigen die mit den Bundesländern einvernehmlich vereinbarte Abgrenzung der Versorgungsregionen sowie die Standorte der Akutkrankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien; *zu den einbezogenen Sanatorien vgl.* → *Legende zur Planungsmatrix*).

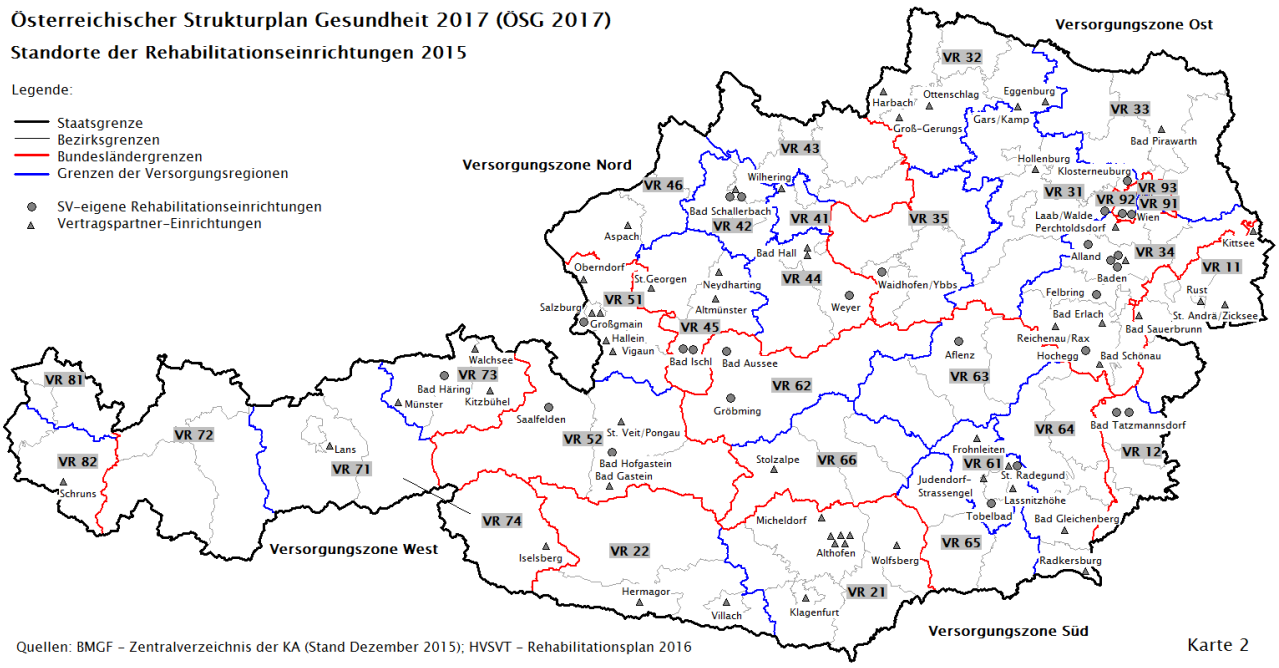
Die **Karten 3 bis 8** geben einen Überblick über die Versorgungssituation in den 32 Versorgungsregionen in Bezug auf die verschiedenen Versorgungsbereiche. Dargestellt wird hier grundsätzlich die „Kapazitätsdichte“ bzw. die „Versorgungsdichte“ (in der Versorgungsregion verfügbare bzw. versorgungswirksame Kapazitäten pro 1.000 EW der Wohnbevölkerung) im Verhältnis zur bundesweit durchschnittlichen „Kapazitätsdichte“ bzw. „Versorgungsdichte“ im jeweiligen Bereich.



Karte 1



Karte 1a



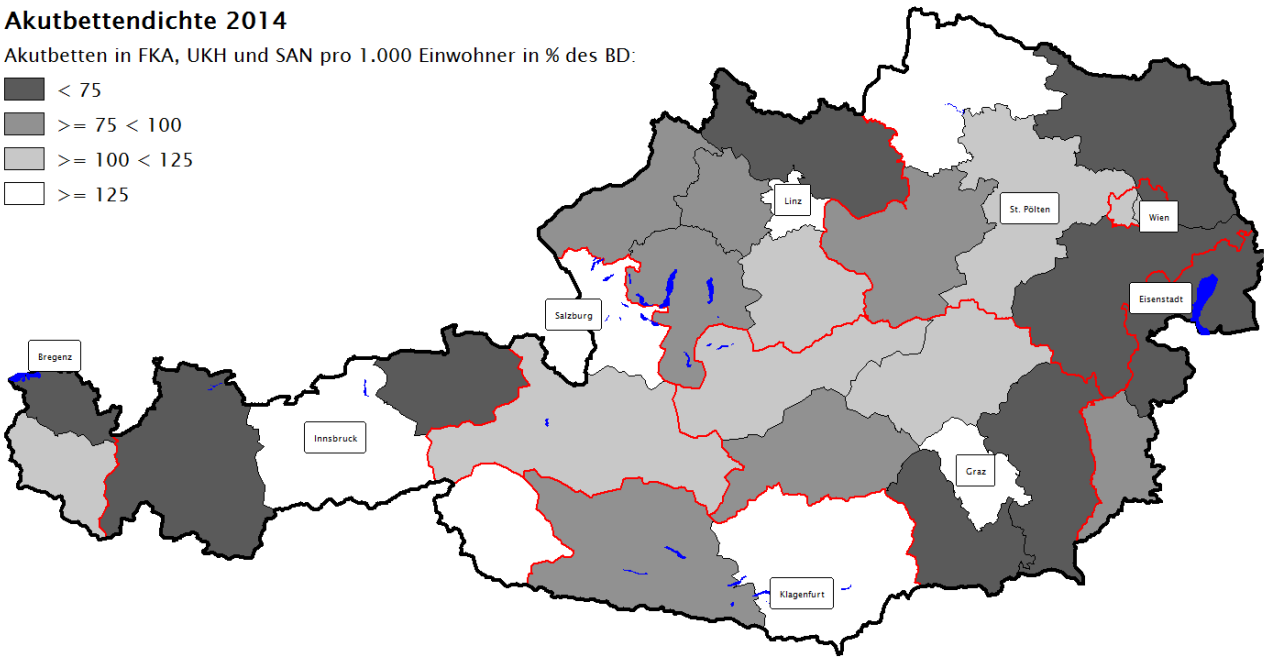
Quellen: BMGF – Zentralverzeichnis der KA (Stand Dezember 2015); HVSVT – Rehabilitationsplan 2016

Karte 2

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017)

Akutbettendichte 2014

Akutbetten in FKA, UKH und SAN pro 1.000 Einwohner in % des BD:



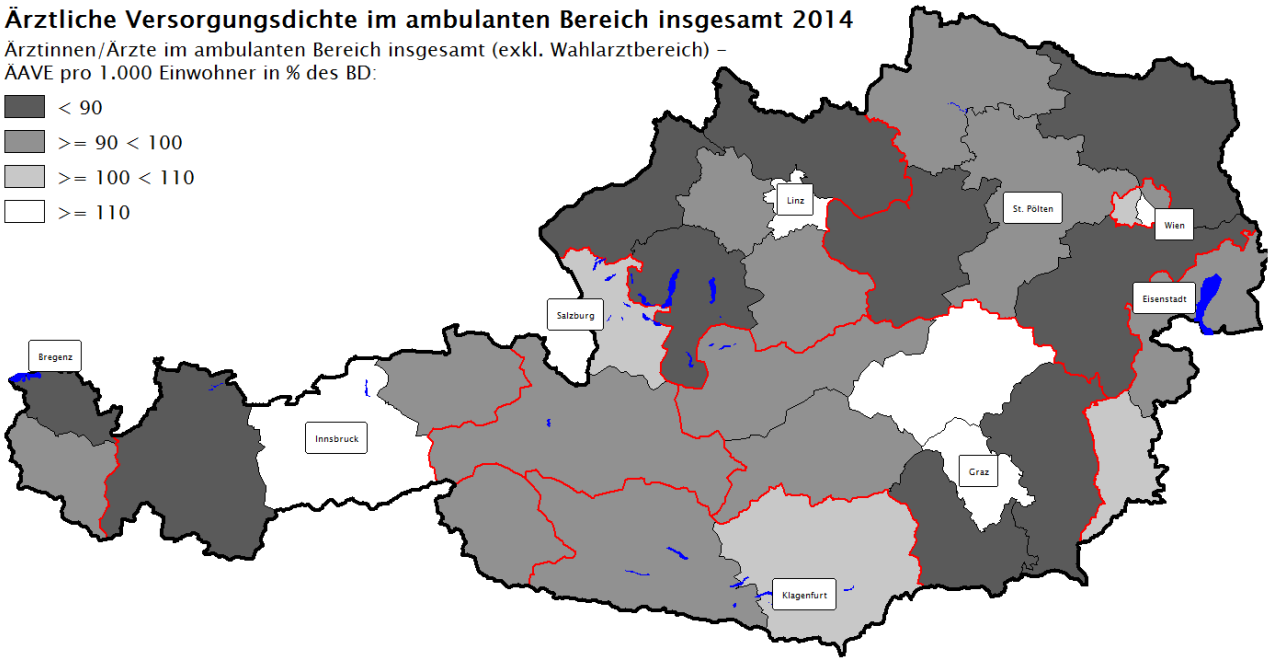
Quellen: BMGF – KDok/KA-Statistik 2014;
Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2014;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 3

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017)

Ärztliche Versorgungsdichte im ambulanten Bereich insgesamt 2014

Ärztinnen/Ärzte im ambulanten Bereich insgesamt (exkl. Wahlarztbereich) – ÄAVE pro 1.000 Einwohner in % des BD:



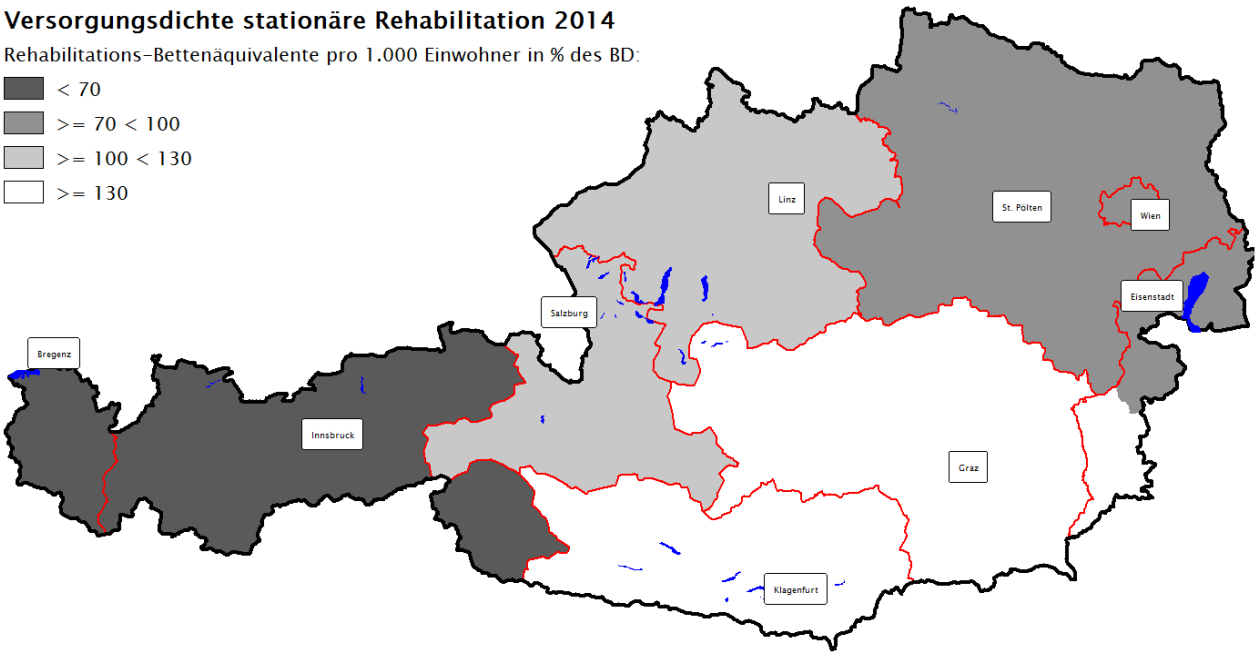
Quellen: BMGF – KDok/KA-Statistik 2014;
Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2014;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 5

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017)

Versorgungsdichte stationäre Rehabilitation 2014

Rehabilitations-Bettenäquivalente pro 1.000 Einwohner in % des BD:



Quellen: BMGF – KDok/KA-Statistik 2014; HVSVT – Rehabilitationsplan 2016;
Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2014;
GÖG – eigene Berechnungen.

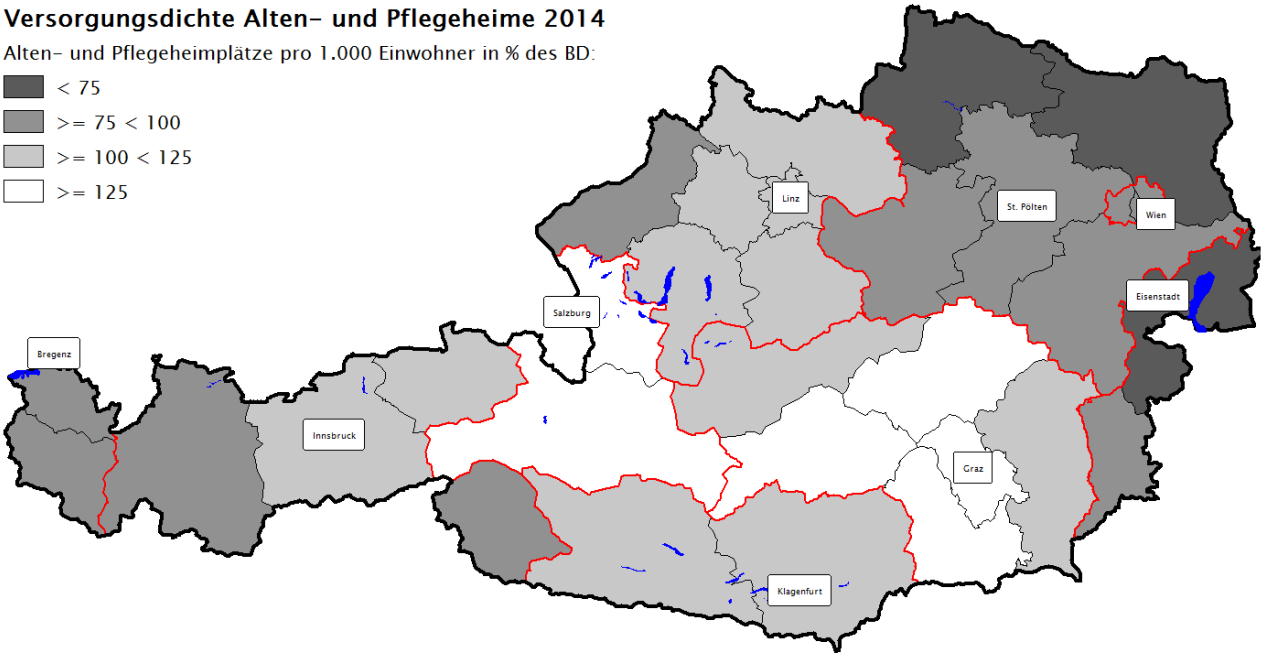
Karte 6

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017)

Versorgungsdichte Alten- und Pflegeheime 2014

Alten- und Pflegeheimplätze pro 1.000 Einwohner in % des BD:

- < 75
- >= 75 < 100
- >= 100 < 125
- >= 125



Quellen: BMGF/GÖG – eigene Erhebungen in den Bundesländern;
Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2014;
GÖG – eigene Berechnungen.

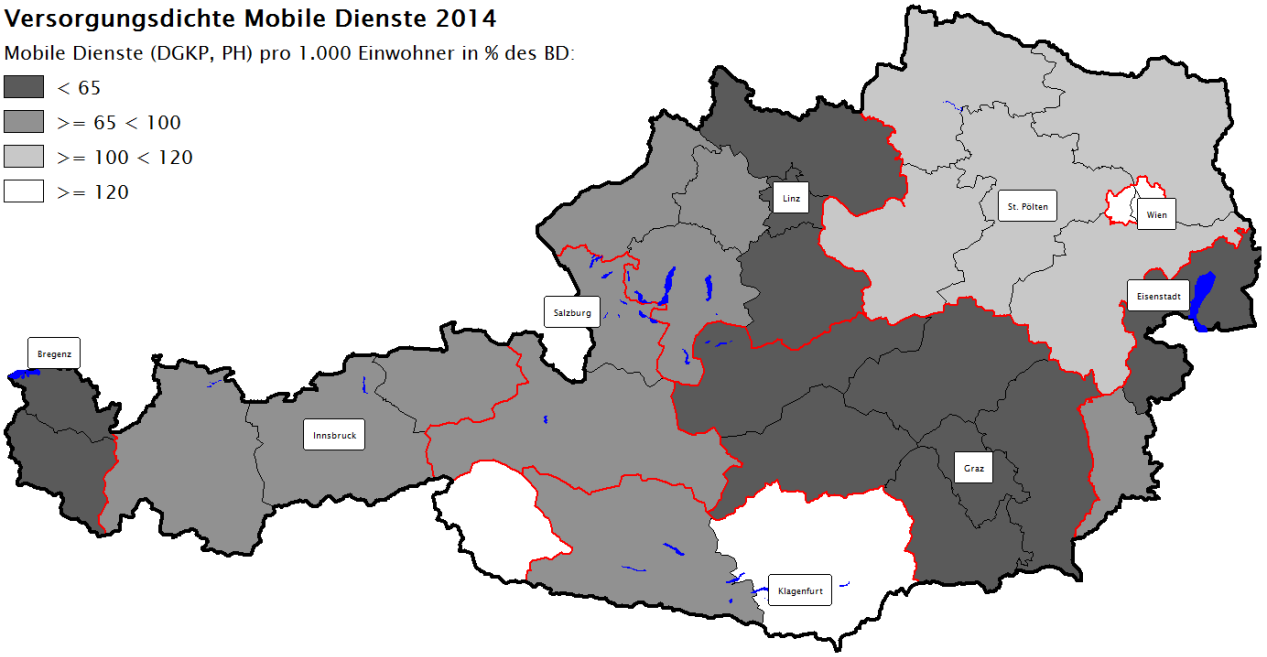
Karte 7

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017)

Versorgungsdichte Mobile Dienste 2014

Mobile Dienste (DGKP, PH) pro 1.000 Einwohner in % des BD:

- < 65
- >= 65 < 100
- >= 100 < 120
- >= 120



Quellen: BMGF/GÖG – eigene Erhebungen in den Bundesländern;
Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2014;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 8

TABELLENBAND

Die Anhänge 5, 6, 7, 8, 9 und 10 werden samt weiterer Erläuterungen und den zugehörigen Tabellen (Matrizen) in einem **separaten Tabellenband** zusammengefasst.

- **Anhang 5: Planungsgrundlagenmatrix (PM)**
- **Anhang 6: Versorgungsmatrix (VM)**
- **Anhang 7: Leistungsmatrix-ambulant (LM-amb)**
- **Anhang 8: Leistungsmatrix-stationär (LM-stat)**
- **Anhang 9: RSG-Planungsmatrix (RSG-PM)**
- **Anhang 10: Großgeräteplan (GGP)**

Die Tabellen werden zum Zweck der individuellen weiteren Verwendung und Verarbeitung **zusätzlich auch im xls-Format** zur Verfügung gestellt (siehe www.bmgf.gv.at – Gesundheitssystem/Qualitätssicherung – Planung und spezielle Versorgungsbereiche – Österreichischer Strukturplan Gesundheit)

REPUBLIK ÖSTERREICH BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND KONSUMENTENSCHUTZ @ AMTSSIGNATUR	Unterzeichner	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
	Datum/Zeit	2018-04-24T11:29:40+02:00
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02,OU=a-sign-corporate-light-02,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT
	Serien-Nr.	738854333
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.	
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung des elektronischen Siegels bzw. der elektronischen Signatur finden Sie unter: http://www.signaturpruefung.gv.at Informationen zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.sozialministerium.at/site/Ministerium/Willkommen_im_Ministerium/Amtssignatur/Amtssignatur	