

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012

inklusive Großgeräteplan

gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012

**ÖS G
2012**

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012

inklusive Großgeräteplan

gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012

**VERFASST VON DER GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH (GÖG)
IM AUFTRAG DER BUNDESGESUNDHEITSAGENTUR**

Wien, im November 2012

Impressum:

Projektteam der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG):

Ines Czásny, Karin Eglau, Michael Entleitner, Gerhard Fülöp, Joachim Hagleitner, Reinhard Kern, Eva-Maria Kernstock, Peter Matousek, Stephan Mildschuh, Claudia Nemeth, Thomas Neruda, Petra Paretta, Elisabeth Pochobradsky, Daniela Reiter, Sophie Sagerschnig, Barbara Schleicher, Sonja Valady, Manfred Willinger

Projektkoordination:

Gerhard Fülöp (GÖG)

Redaktionelle Betreuung:

Andreas Vejvar (GÖG)

Projektsekretariat:

Lisa Haiduk, Verena Paschek (GÖG)

Herausgeber und Medieninhaber:

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesgesundheitsagentur, vertreten durch SC Dr. Clemens-Martin Auer (BMG, Sektion I)

Technische Herstellung:

Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6, 1010 Wien

Wien 2012

Vorbemerkungen

In der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist festgelegt, dass der ÖSG während der Laufzeit der Vereinbarung (2008 – 2013) kontinuierlich weiterzuentwickeln ist. Dabei sind Planungsgrundsätze und Planungsfestlegungen prioritär für den ambulanten und den Rehabilitationsbereich sowie für die Nahtstellen zum Pflegebereich sukzessive bis zum Ende der Vereinbarungsperiode verbindlich festzulegen und in den ÖSG aufzunehmen. Bis Ende 2010 war eine umfassende Revision der bisherigen ÖSG-Inhalte auf der aktuellen Datenbasis mit Planungshorizont 2020 vorzunehmen. Entsprechend diesen Vereinbarungen wurden im Zeitraum 2009/2010 die erforderlichen Arbeiten zur ÖSG-Weiterentwicklung geleistet und in den Arbeitsgremien der Bundesgesundheitskommission beraten, sodass der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2010 (ÖSG 2010) im November 2010 beschlossen und veröffentlicht werden konnte.

Der nunmehr vorliegende ÖSG 2012 ist eine konsequente Weiterentwicklung des ÖSG 2010 und ist weiterhin als Leistungsangebotsplan mit Planungshorizont 2020 konzipiert. Die wesentlichen Neuerungen und Anpassungen gegenüber dem ÖSG 2010 umfassen folgende Punkte:

- Integration der „überregionalen Versorgungsplanung“ zur Bündelung komplexer spezialisierter Leistungsangebote (Referenzzentren, z.B. für Herzchirurgie, Transplantationschirurgie)
- Integration von „transformierten“ Qualitätskriterien für private nicht gemeinnützige Akut-Krankenanstalten (Sanatorien)
- Aktualisierungen und Ergänzungen kleineren Umfangs (u.a. betreffend Planungsrichtwerte, die Bereiche Kinder-Dialyse, Gefäßchirurgie und Kinder-Anästhesie sowie die Präzisierung von Formulierungen zur Beseitigung bestehender Unklarheiten in der praktischen Umsetzung)
- Aktualisierung sämtlicher Basisdaten und Kartendarstellungen im ÖSG auf den Beobachtungszeitraum 2010/2011)
- Aktualisierung des Großgeräteplans (inkl. Ist-Stände im Jahr 2011)

Darüber hinaus wurde eine umfassende Revision der ÖSG-Inhalte zur stationären und ambulanten Rehabilitation vorbereitet, die in der Folge bis Mitte 2013 in den ÖSG integriert werden soll.

Über den ÖSG 2012 werden auf Bundesebene ausschließlich grundsätzliche Planungsaussagen festgelegt, sodass Länder, Krankenanstaltenträger und soziale Krankenversicherungsträger im Rahmen der Detailplanung auf regionaler Ebene (RSG) über umfassende Gestaltungsmöglichkeiten verfügen. Der integrative Ansatz ist eine Weichenstellung für Verlagerungen zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens. Damit ist der ÖSG auch eine Basis für die Umsetzung und für weitere Schritte der Gesundheitsreform.

Eine laufende Evaluation, Revision und Weiterentwicklung des ÖSG im Sinne einer integrativen Versorgungsplanung ist unverzichtbar. Da der ÖSG für alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung weiterentwickelt werden soll, sollen künftig auch Qualitätskriterien für weitere Versorgungsbereiche außerhalb der Akutkrankenanstalten in den ÖSG integriert werden (z. B. Qualitätsstandards zur ambulanten ärztlichen Versorgung sowie zur Rehabilitation).

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	VII
1 Konzeption des ÖSG	1
1.1 Integrative regionale Versorgungsplanung	1
1.2 Aufbau und Inhalte des ÖSG 2012	4
1.3 Evaluierung und Weiterentwicklung des ÖSG	5
1.3.1 Evaluierung der Einhaltung und der Auswirkungen des ÖSG	5
1.3.2 Weiterentwicklung des ÖSG.....	6
1.4 Funktionen und Geltungsbereiche von ÖSG und RSG.....	9
2 Akut-/Kurzzeitversorgung	13
2.1 Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze	13
2.1.1 Akutstationäre Versorgung	13
2.1.2 Ambulante Versorgung.....	14
2.2 Planungsmethoden und Richtwerte	15
2.2.1 Rahmenbedingungen zur Kapazitätsplanung	15
2.2.2 Kapazitätsplanung akutstationäre Versorgung	16
2.2.3 Kapazitätsplanung ambulante Versorgung.....	19
2.2.4 Leistungsangebotsplanung	23
2.3 Versorgungsstrukturen und Qualitätskriterien – allgemeine Festlegungen	23
2.3.1 Versorgungsstufen.....	24
2.3.2 Fachrichtungsbezogene Organisationsformen	25
2.3.3 Betriebsformen.....	28
2.3.4 Weiterentwicklung in Richtung integrierter Versorgungsstrukturen – Ausblick	33
2.3.5 Personalbedarf und Personalplanung	33
2.4 Festlegungen zu ausgewählten Fachbereichen	35
2.4.1 Anästhesiologie und Intensivmedizin/Intensivversorgung (AN/INT)	37
2.4.2 Versorgung von Kindern und Jugendlichen	52
2.4.2.1 Kinder- und Jugendheilkunde (KI)	53
2.4.2.2 Kinder- und Jugendchirurgie (KCH)	54
2.4.2.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	55
2.4.3 Chirurgie (CH)	56
2.4.4 Neurochirurgie (NC)	57
2.4.5 Innere Medizin (IM).....	58
2.4.6 Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH)	58
2.4.7 Neurologie (NEU) und spezielle neurologische Versorgung.....	61
2.4.7.1 Stroke-Unit (SU).....	62
2.4.7.2 Neurologische Akut-Nachbehandlung (NEU-ANB)	63
2.4.7.3 Schädel-Hirn-Trauma / Wachkoma (SHT).....	63
2.4.8 Psychiatrie (PSY; inkl. Abhängigkeitserkrankungen)	64
2.4.9 Dermatologie (DER)	66
2.4.10 Augenheilkunde (AU)	66
2.4.11 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO).....	66
2.4.12 Urologie (URO)	66
2.4.13 Plastische Chirurgie (PCH)	67
2.4.14 Pulmologie (PUL)	67
2.4.15 Orthopädische und unfallchirurgische Versorgung.....	68
2.4.15.1 Orthopädie und orthopädische Chirurgie (OR)	68
2.4.15.2 Unfallchirurgie (UC)	68
2.4.15.3 Interdisziplinäre orthopädisch/unfallchirurgische Versorgung.....	69

2.4.16	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	70
2.4.17	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK)	70
2.4.18	Radioonkologie/Strahlentherapie (STB)	70
2.4.19	Radiologie-Diagnostik (RAD)	71
2.4.20	Medizinische und chemische Labordiagnostik (LAB)	71
2.4.21	Pathologie (PAT)	71
2.4.22	Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR)	71
2.5	Festlegungen zu Referenzzentren	72
2.5.1	Herzchirurgie (HCH)	72
2.5.2	Thoraxchirurgie (TCH)	73
2.5.3	Gefäßchirurgie (GCH)	74
2.5.4	Transplantationschirurgie (TXC)	75
2.5.5	Interventionelle Kardiologie (KAR)	81
2.5.6	Kinderkardiologie (KKAR)	82
2.5.7	Onkologie (ONK)	83
2.5.8	Pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung (KIONK)	88
2.5.9	Stammzelltransplantation (SZT)	90
2.5.10	Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)	91
2.5.11	Nephrologie (NEP)	91
2.5.12	Schwerbrandverletzten-Versorgung (BRA)	95
2.6	Festlegungen zu speziellen Versorgungsbereichen	96
2.6.1	Psychosomatische Versorgung	96
2.6.1.1	Psychosomatik – Erwachsene (PSO-E)	96
2.6.1.2	Psychosomatik – Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSO-KJ)	97
2.6.2	Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	99
2.6.3	Remobilisation/Nachsorge (RNS)	101
2.6.4	Hospiz- und Palliativversorgung (HOS/PAL)	102
2.6.4.1	HOS/PAL für Erwachsene	102
2.6.4.2	HOS/PAL für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	105
2.6.5	Schlafmedizin (SMED)	105
2.6.6	Interdisziplinäre Schmerztherapie (IDST)	105
2.7	Leistungsmatrix im ÖSG	105
2.8	Überregionale Versorgungsplanung	108
3	Rehabilitation	110
3.1	Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze	110
3.2	Planungsmethoden und Richtwerte	110
3.2.1	Stationäre Rehabilitation	112
3.2.2	Ambulante Rehabilitation	113
3.3	Versorgungsstrukturen und Qualitätskriterien	113
3.3.1	Stationäre Rehabilitation	113
3.3.2	Ambulante Rehabilitation	114
4	Medizinisch-technische Großgeräte	115
4.1	Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze	115
4.2	Planungsmethoden und Richtwerte	116
4.3	Versorgungsstrukturen und Qualitätskriterien	117
4.3.1	Computertomographie (CT)	117
4.3.2	Magnetresonanztomographie (MR) *	117
4.3.3	Coronarangiographie – Herzkatheterarbeitsplätze (COR)	118
4.3.4	Strahlentherapie – Hochvolttherapiegeräte (STR)	118
4.3.5	Emissions-Computertomographie (ECT)	119
4.3.6	Positronen-Emissions-Computertomographie (PET)	120
5	Nahtstellen- und Prozessmanagement	121

5.1	Grundlagen zu Nahtstellen- und Prozessmanagement.....	121
5.1.1	Begriff und Zielgruppen des Nahtstellen- und Prozessmanagements	121
5.1.2	Rechtliche Grundlagen und Instrumente	121
5.1.3	Kriterien des Nahtstellen- und Prozessmanagements	122
5.2	Sektorenübergreifendes Prozessmanagement.....	123
5.2.1	Aufnahme- und Entlassungsmanagement	123
5.2.2	Präoperative Diagnostik	124
5.2.3	Sektorenübergreifendes Prozessmanagement für ausgewählte Diagnosen.....	124
6	Ergebnisqualität.....	125
6.1	Ergebnisqualität – Grundlagen.....	125
6.2	Ergebnisqualität – Soll-Vorgaben.....	126
Anhang.....		128
	Versorgungssituation 2010/2011 nach Regionen	
	Planungsmatrix	
	Versorgungsmatrix	
	Leistungsmatrix	
	Unfallchirurgische Leistungen mit Erfordernis einer Schockraummannschaft in privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-KA (PKA)	
	Überregionale Versorgungsplanung	
	Kapazitätsplanung und Großgeräteplan	

Abkürzungsverzeichnis

ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten	FR	Fachrichtung
AEE	ambulante Erstversorgungseinheit	FSP	Fachschwerpunkt
AFB	Altenfachbetreuer/in	GAS	Gastroenterologie
AG	Angehörigengruppe	GCH	Gefäßchirurgie
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation	GEM	Gemischter Belag
AM	Allgemeinmedizin	GG	Großgeräte
AN	Anästhesiologie und Intensivmedizin	GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
ANG	Angiologie-Phlebologie	GGP	Großgeräteplan
AP	Affilierte Partner	GH	Geburtshilfe
ArbM	mobile Arbeitsunterstützung (z. B. Arbeitsassistent, Jobcoaching, Mentoring)	GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
ATZ	Arbeitstrainingszentrum	GYN	Gynäkologie
AU	Augenheilkunde	HCH	Herzchirurgie
AZU	Arbeitsplätze für psychisch Kranke, zeitlich unbegrenzt	HD	Hauptdiagnose
BÄ	Bettenäquivalent	HDG	Hauptdiagnosen-Gruppe
BB	Bettenbericht des BMGF	HH	Heimhilfen
BD	Bundesdurchschnitt	HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
BLB	Besondere Leistungsbereiche der LAP	HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	HOS	Hospizbereich
BMZ	Bettenmessziffer	HTX	Herztransplantation
BRA	Schwerbrandverletzten-Versorgung	HZV	Herzzeitvolumen
BRZ	Brustzentrum	ICD-10	International Classification of Diseases, 10 th Revision
BSR	Bewegungs-/Stützapparat bzw. Rheumatologie	ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
BTD	Belagstagedichte	ICU	Intensive Care Unit
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz	ICSD	International Classification of Sleep Disorders
CF	Zystische Fibrose	IE	Intensiveinheit
CH	Chirurgie	IM	Innere Medizin
CL	Konsiliar- und Liaisondienst	IMCU	Intermediate Care Unit
COB	Telekobaltherapiegeräte	INT	Intensivmedizin bzw. Intensivbereich
COR	Herzkatheterarbeitsplätze	IONKA	Assoziiertes Angebot für internistische Onkologie und Hämatologie
CPAP	Continuous positive airway pressure	IONKS	Schwerpunkt für internist. Onkologie/Hämatologie
CT	Computertomographiegeräte	IONKZ	Zentrum für internistische Onkologie/Hämatologie
dBD	durchschnittliche Belagsdauer	IPPB	Intermittent positive pressure breathing
DEP	Department	IRVP	Integrative regionale Versorgungsplanung
DER	Dermatologie	KA	Krankenanstalt
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson	KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten/Kuranstalten
DIA	Chronische Hämodialyse	KAL	Katalog ambulanter Leistungen
DKKS	Diplomierte Kinderkrankenschwester	KAR	Kardiologie
DKKP	Diplomierte Kinderkrankenpfleger	KCH	Kinder- und Jugendchirurgie
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation	KH	Krankenhaus
DSA	Digitale Subtraktions-Angiographieanlage	KHH	Krankenhaustäufigkeit
dTK	dislozierte Tagesklinik	KI	Kinder- und Jugendheilkunde
dWK	dislozierte Wochenklinik	KIONK	Kinder- und Jugendonkologie
ECT	Emissions-Computer-Tomographiegeräte (inkl. ECT-CT)	KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
ED	Ergotherapie	KKAR	Kinderkardiologie
EEG	Elektroenzephalogramm	KLUB	Klubeinrichtungen
EH	Eingliederungshilfen zeitlich begrenzt (z. B. Arbeitstrainingszentren, sozioökonomische Beschäftigungsprojekte)	KP/GP	Klinische Psychologinnen/Psychologen / Gesundheits- psychologinnen/-psychologen
EKG	Elektrokardiographie	LAB	Labormedizin
EKRI	Endokrinologie	LAP	Leistungsangebotsplanung
EMG	Elektromyogramm	LBP	Labormedizin und Pathologie
EPMS	Extrapyramidales Motorisches System	LH	Laienhilfe
ERC	European Resuscitation Council	LIN	Linearbeschleuniger
ESWL	Extrakorporale Stoßwellen-Lithotripsie	LKAP	Landeskrankenanstaltenplan
EW	Einwohnerinnen und Einwohner	LKF	Leistungsorientierte KA-Finanzierung
FÄ	Fachärztinnen und/oder-ärzte	LM	Leistungsmatrix
FACS	Fluorescence-activated Cell Sorter	LOG	Logopädie
FDSB	Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer bzw. Diplom- Sozialbetreuerinnen/-betreuer inkl. Altenfachbetreue- rinnen/-betreuer	LTX	Lebertransplantation
FKA	Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt	LuTX	Lungentransplantation
		MBZ	Mindestbettenzahl
		MedStrSchV	Medizinische Strahlenschutzverordnung
		MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF-Modell
		MFL	Mindestfrequenz (Leistungen / Leistungserbringer)
		MFS	Mindestfrequenz (Leistungen / Standort bzw. KA)
		MHG	MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell

MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	PTCA	Percutane Transluminale Coronarangioplastie
MKP	Mutter-Kind-Pass	PUL	Pulmologie
MR	Magnetresonanztomographieverfahren	QK	Qualitätskriterium
MTF	Medizinisch-technischer Fachdienst	RAD	Radiologie-Diagnostik
MVS	Mindestversorgungsstufe	RCU	Respiratory Care Unit
NC	Neurochirurgie	RFZ	Referenzzentrum
NEO	Neonatologie	RHE	Rheumatologie
NEP	Nephrologie	RIG	Rehabilitations-Indikationsgruppe
NEU	Neurologie	RNS	Remobilisation/Nachsorge
NEU-ANB/B	Neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe B	ROF	Reduzierte Organisationsform
NEU-ANB/C	Neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe C	RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
NIBP	Non-invasive Blood Pressure	RZ	Rehabilitationszentrum
NICU	Neonatal Intensive Care Unit	SA	Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter
NIMCU	Neonatal Intermediate Care Unit	SAN	Sanatorium
NLG	Nervenleitgeschwindigkeit	SB	Suchtberatung und Suchtprävention (überregional)
NSM	Nahtstellenmanagement	SHG	Selbsthilfegruppe
NTA	Nulltagesaufenthalte	SKA	Sonderkrankenanstalt
NTX	Nierentransplantation	SON	Sonstige
NUK	Nuklearmedizin	SPECT	Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie
NUKT	Nuklearmedizinische Therapie(-bettenstation)	SRN	Strahlentherapie-Radioonkologie / Nuklearmedizin
ÖNR	Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation	STR	Strahlentherapie-Radioonkologie / Hochvolt-therapie; STR-Geräte
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan	STV	Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten
ONK	Onkologische Versorgung	SU	Stroke-Unit
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie	SZT	Stammzelltransplantation
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit	TCH	Thoraxchirurgie
PACS	Picture Archiving and Communication System	TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
PAL	Palliativmedizin	TK	Tagesklinik
PAT	Pathologie	TP	Therapieplatz
PCH	Plastische Chirurgie	TS	Tagesstruktur/Tagesbetreuung/Tagesstätten
PCR	Polymerase Chain Reaction	TXC	Transplantationschirurgie
PD	Physiotherapie	UbG	Unterbringungsgesetz
PDia	Peritonealdialyse	UC	Unfallchirurgie
PET	Positronen-Emissions-Computertomographie (inkl. PET-CT)	UCNC	Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen
PH	Pflegehelferin/Pflegehelfer	UE	Überwachungseinheit
PICU	Paediatric Intensive Care Unit	UKH	Unfallkrankenhaus
PIMCU	Paediatric Intermediate Care Unit	URO	Urologie
PKA	Private, nicht gemeinnützige Akut-KA	VM	Versorgungsmatrix
PM	Planungsmatrix	VMMHG	Obergruppen der MHG in der Versorgungsmatrix
PMR	Physikalische Medizin und Rehabilitation	VR	Versorgungsregion
PND	Psychosozialer Notdienst, Kriseninterventionsstelle, Krisenzimmer	VU	Vorsorgeuntersuchung
PND	Psychosozialer Notdienst	VZ	Versorgungszone
PNS	Peripheres Nervensystem	VZÄ	Vollzeitäquivalent*
PP	Pflegeplätze	WOH	Wohnheime, Wohngemeinschaften, Übergangswohnen, mobil betreutes Wohnen
PRIKRAF	Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds	WP	Wohnplätze
PSB	Psychosoziale Beratung und Betreuung	ZA	Zusammenarbeit
PSO	Psychosomatik	ZAE	zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten
PSOE	Psychosomatik für Erwachsene	ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
PSOK	Psychosomatik für Kinder und Jugendliche	ZNS	Zentrales Nervensystem
PSY	Psychiatrie	ZVD	Zentraler Venendruck
PT	Psychotherapeutinnen/-therapeuten		

* auf Basis 40-Stunden-Woche; quantitative Mehr- bzw. Minderleistungen sind entsprechend zu berücksichtigen

1 Konzeption des ÖSG

1.1 Integrative regionale Versorgungsplanung

Entsprechend der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Laufzeit 2008–2013, nachfolgend als „Artikel-15a-Vereinbarung“ bezeichnet) sind das gesamte Gesundheitswesen und dessen Teilbereiche überregional und sektorenübergreifend ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln. Insbesondere sind eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen sicherzustellen und das Nahtstellenmanagement (NSM) zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern. Dementsprechend umfasst der Geltungsbereich der Artikel-15a-Vereinbarung das gesamte österreichische Gesundheitswesen (intra- und extramuraler Bereich) sowie die Nahtstellen zum Pflegebereich. Die „integrierte Gesundheitsstrukturplanung“ umfasst gemäß Artikel 3 (1) dieser Vereinbarung alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche:

- den stationären Bereich (Krankenanstellen gemäß Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz – KAKuG),
- den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen in den Akutkrankenanstellen sowie selbstständige Ambulatorien, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen und sonstige frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen),
- den Rehabilitationsbereich (stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen)
- und den Pflegebereich (soweit dieser im Rahmen des NSM für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist).

Gemäß Artikel 3 (3) hat die integrierte Gesundheitsstrukturplanung die Beziehungen zwischen den genannten Ebenen und Teilbereichen sowie den angrenzenden Versorgungsbereichen zu berücksichtigen. Der vorliegende Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Gesundheitsstrukturplanung und beinhaltet gleichzeitig die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene (Regionale Strukturpläne Gesundheit auf Ebene der Bundesländer – RSG).

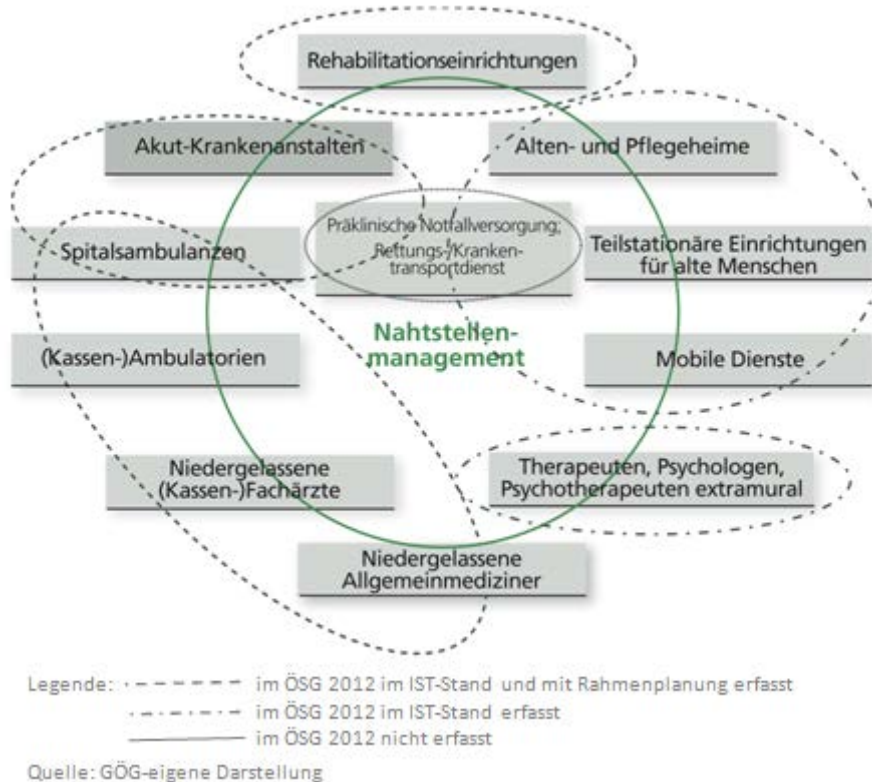
Im Sinne einer Patientenorientierung und der oben genannten Bestimmungen wird im ÖSG von der isolierten Betrachtung des Krankenhauses abgegangen und die gesamte Versorgung einer Region unter Berücksichtigung aller oben angeführten Bereiche in einem integrativen Ansatz abgebildet („Integrative regionale Versorgungsplanung“ – IRVP).

Besondere Bedeutung kommt dabei der Tatsache zu, dass zwischen dem (teil-)stationären Bereich, den Spitalsambulanzen und den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und anderen Anbieterinnen und Anbietern im Gesundheits- und Sozialbereich Wechselwirkungen bestehen und dass die Entlassungsmöglichkeiten der Akut-Krankenanstellen in hohem Maße von der Verfügbarkeit komplementärer nicht akutstationärer Einrichtungen abhängen.

Im Rahmen der IRVP werden diese Wechselwirkungen sowie auch die Notwendigkeit eines optimierten Nahtstellenmanagements zwischen diesen Sphären berücksichtigt (vgl. Abb. 1). Die strukturplanerischen Aspekte der gemäß Artikel-15a-Vereinbarung anzustrebenden flächendeckenden Qualitätsverbesserung bzw. Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen sind integraler Bestandteil der IRVP. Dabei geht die IRVP von einer gegenüber dem Ist-Stand unveränderten Zuordnung der Kompetenzen (Trägerschaft, Finanzierung, etc.) aus, solange diesbezüglich keine anderslautenden Vereinbarungen bzw. Regelungen getroffen werden.

Die daraus abgeleiteten Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze einer IRVP basieren zum Teil auf den in der Artikel-15a-Vereinbarung festgelegten Prinzipien, wurden jedoch an die Anforderungen einer IRVP angepasst bzw. entsprechend erweitert.

Abb. 1: Sphären und Teilbereiche der „Integrativen regionalen Versorgungsplanung“



Allgemeine Ziele und Planungsgrundsätze der IRVP

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen, effektiven, effizienten und gleichwertigen Versorgung in allen Versorgungsregionen unter Berücksichtigung aller relevanten Bereiche im Gesundheits- und Sozialwesen, nämlich des stationären Akutbereichs (Akutkrankenhäusern inkl. Tageskliniken), des ambulanten Bereichs (Spitalsambulanzen, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und selbstständige Ambulatorien), des Rehabilitationsbereichs (Rehabilitationszentren und ambulante Rehabilitation) sowie des Pflege- und Sozialbereichs (Alten- und Pflegeheime, mobile Dienste, Einrichtungen und Dienste für behinderte Menschen, psychosoziale Versorgung) einschließlich deren Beziehungen untereinander (Verbesserung von Koordination, Kooperation und Kommunikation)
- Gewährleistung einer raschen, lückenlosen sowie medizinisch und ökonomisch sinnvollen Behandlungskette für die Patientin / den Patienten durch Verbesserung des Nahtstellenmanagements (Sicherstellung des Informationstransfers und des nahtlosen Übergangs zwischen den Einrichtungen bzw. zwischen den oben erwähnten Bereichen, insbesondere auch durch effizienten Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnologien)
- Regionale Abstimmung der Planungen für die erwähnten Teilbereiche im Rahmen einer IRVP auf Ebene von Versorgungsregionen (VR), deren Abgrenzung sich an den sozioökonomischen Verflechtungen und an topographischen Kriterien orientiert und die für alle oben erwähnten Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens gelten, sofern bei einzelnen Teilbereichen nicht eine österreichweite Betrachtungsweise sinnvoller bzw. notwendig ist; Genderaspekte sind entsprechend zu berücksichtigen

- Sicherstellung einer überregionalen Abstimmung der Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung durch den ÖSG, soweit dies sinnvoll bzw. notwendig ist, insbesondere auch durch die Verankerung der überregionalen Versorgungsplanung für komplexe spezialisierte Strukturen von überregionaler Bedeutung (Referenzzentren; Zuständigkeit von Referenzzentren pro Versorgungsgebiet, vgl., Kap. 2.8)
- Gewährleistung einer möglichst gleichmäßigen und bestmöglich erreichbaren, aber auch einer wirtschaftlich und medizinisch sinnvollen Versorgung mit entsprechender Qualitätssicherung (Vorgabe von Mindestfrequenzen und Richtlinien für Qualitätskriterien etc.)
- Entlastung der Akutkrankenanstalten durch Minimierung 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 volkswirtschaftlich günstiger erbracht werden können (best point of service). Daraus resultierende Verschiebungen der Finanzierungslast sind auszugleichen.

Ziele und Planungsgrundsätze der IRVP – stationärer Bereich

- Sicherstellung der stationären Akutversorgung durch leistungsfähige, bedarfsgerechte, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte und – soweit sinnvoll und möglich – in regionalen KA-Verbänden organisierten Akut-KA (inkl. vollständiger EDV-Vernetzung)
- Sicherstellung einer bedarfsorientierten Umstrukturierung der Kapazitäten von Fächern mit steigendem Bedarf und solchen mit sinkendem Bedarf
- Fortsetzung der Anpassung der stationären Bereiche auf die speziellen Bedürfnisse der steigenden Zahl hochbetagter Patientinnen und Patienten
- Entwicklung der Akut-KA zu Bezugspunkten der Vernetzung zwischen den Akut-KA, den niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten und Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin sowie dem Rehabilitations- und Pflegebereich
- Institutionalisierung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements in den Akut-KA (z. B. standardisierte Zuweisungsformulare, gezielte „Aufnahmeplanung“, „Entlassungsscheckliste“, Überleitungspflege etc.; vgl. dazu auch Kap. 5 zum Nahtstellen-/Prozessmanagement)

Ziele und Planungsgrundsätze der IRVP – ambulanter Bereich

- Bündelung der ambulanten fachärztlichen Leistungserbringung in Behandlungszentren an geeigneten Standorten (innerhalb und außerhalb der Akut-KA) unter Gewährleistung eines flächendeckenden ausgeglichenen fachärztlichen Versorgungsniveaus im ambulanten Bereich in allen Versorgungsregionen bei gleichzeitiger flächendeckender und dezentraler Versorgung mit Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin, denen bei der integrierten regionalen Versorgung eine Schlüsselrolle zukommt. Die Bündelung der ambulanten fachärztlichen Leistungserbringung ist dann anzustreben, wenn die Leistungserstellung bei vergleichbarer Versorgungsqualität volkswirtschaftlich günstiger erbracht werden kann (best point of service). Dies ist unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten zu bewerten.
- Gemeinsame Analyse und Planung sämtlicher fachärztlicher Versorgungsangebote im ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und selbstständige Ambulatorien) auf Basis gemeinsamer kohärenter Einheiten bzw. Messgrößen (z. B. fachärztliche Vollzeitäquivalente, ärztliche ambulante Versorgungseinheiten).

Ziele und Planungsgrundsätze der IRVP – Rehabilitationsbereich

- Gewährleistung ausreichender Rehabilitationskapazitäten für sämtliche Indikationsgruppen entsprechend dem Versorgungsbedarf innerhalb und außerhalb des jeweiligen Bundeslandes bzw. der jeweiligen Versorgungszone
- Teilweise Substitution bzw. Ergänzung der stationären durch ambulante Rehabilitation: Eine Verlagerung von Rehabilitationsleistungen ist dann anzustreben, wenn diese Leistungen bei zumindest gleicher Qualität volkswirtschaftlich günstiger erbracht werden können.

Ziele und Planungsgrundsätze der IRVP – Nahtstellen zum Pflegebereich

- Bedarfsgerechter Ausbau der Pflegeplätze, der mobilen Dienste sowie von Tagespflege und Kurzzeitpflege zur Entlastung der pflegenden Angehörigen
- Institutionalisierung der Koordination und Kooperation der stationären und mobilen Dienste verschiedener Leistungsanbieter

In einer „Gesamtgesundheitsplanung“ sollte eine Vernetzung der verschiedenen Bereiche hergestellt werden, wobei auch die Einbindung der Maßnahmen und Einrichtungen des Sozialbereichs notwendig ist. In Österreich besteht zwischen intra- und extramuraler Versorgung eine völlig getrennte Verantwortung in Bezug auf Planung und Finanzierung. Dies verursacht – neben anderen Faktoren – eine „Nahtstellenproblematik“, die sich in Defiziten in der Kooperation und Koordination zwischen den Einrichtungen niederschlägt und daher ein entsprechendes „Nahtstellenmanagement“ (NSM) erfordert. Daher wurden in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Maßnahmen zur Verbesserung des NSM verankert, um einen „raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlauf“ zu gewährleisten (vgl. Artikel 5 (1) der Vereinbarung). Aus diesem Grund sind seit dem ÖSG 2010 – neben der Darstellung der regionalen Versorgungssituation in allen oben angeführten Bereichen – auch Kriterien zum Funktionieren des NSM in der jeweiligen Versorgungsregion im ÖSG enthalten (vgl. Rubrik „Nahtstellenmanagement – Kriterien“ in der „Planungsmatrix“ im Anhang).

1.2 Aufbau und Inhalte des ÖSG 2012

Das konsequente Verfolgen des unter 1.1 dargestellten Ansatzes zur IRVP führt zu einer Darstellungssystematik nach insgesamt 32 Versorgungsregionen (VR) und vier Versorgungszonen (VZ; vgl. Karte 1 im Kartenanhang), für die – ebenso wie für die einzelnen Bundesländer – nach Maßgabe der verfügbaren Datengrundlagen jeweils sämtliche oben erwähnten Versorgungsbereiche (akutstationärer Bereich, ambulanter Bereich, Rehabilitations- und Pflegebereich) analytisch erfasst und im Ist-Stand 2010/2011 dargestellt werden. Die Analyse des Ist-Stands 2010/2011 sowie die Festlegung von Planungsaussagen erfolgt in insgesamt drei Matrizen („Versorgungsmatrix“, „Planungsmatrix“, vgl. Anhang, sowie „Leistungsmatrix“, vgl. Kap. 2.7 und Anhang „Leistungsmatrix“), die miteinander in enger Wechselwirkung stehen. Die Ermittlung der quantitativen Planungsaussagen erfolgt in einem komplexen Simulationsmodell, das auf Basis jenes Modells konzipiert wurde, das bereits als Grundlage für den ÖKAP/GGP 1997 diente und in Richtung Leistungsangebotsplanung entsprechend modifiziert wurde.

Quantitative Planungsaussagen werden im ÖSG 2012 primär zum stationären Akutbereich getroffen, wobei diese Planungsaussagen – im Sinne einer Rahmenplanung für die Detailplanungen auf regionaler Ebene – in Form von Richtwerten zur Anzahl stationärer Aufenthalte im Jahr 2015 bzw. 2020 auf Ebene der VR und VZ und nicht auf Ebene der Krankenanstalten selbst getroffen werden. Überdies werden im Zuge der Rahmenplanung für den akutstationären Bereich Planungsrichtwerte festgelegt (vgl. Kap. 2.2.2). Entsprechend Artikel 4 (4) der Artikel-15a-Vereinbarung werden im ÖSG 2012 analoge quantitative Planungsaussagen im Sinne einer Rahmenplanung auch für die nicht akutstationären

Bereiche verankert, nämlich allgemeine Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und Methoden sowie Planungsrichtwerte zum ambulanten Versorgungsbereich und zum Rehabilitationsbereich (vgl. Kap. 2.2.3 und Kap. 3). Der ÖSG sieht weiters eine Weiterführung der qualitativen und quantitativen Großgeräteplanung mit verbindlichen Regelungen vor, sofern in der Bundesgesundheitskommission nicht eine andere Lösung gefunden wird.

Gemäß Artikel 4 (3) der Artikel-15a-Vereinbarung sind verbindliche Strukturqualitätskriterien ein integrierender Bestandteil der Leistungsangebotsplanung bzw. des ÖSG. Ausgehend von einer umfassenden Darstellung der Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und Methoden in Differenzierung nach medizinischen Fachbereichen und Sonderfächern, werden Richtlinien für Qualitätskriterien festgelegt (vgl. Kap. 2.4 bis 2.6). Diese Inhalte beziehen sich – ebenso wie die quantitativen Planungsaussagen des ÖSG 2012 – derzeit noch primär auf Akut-Krankenanstalten, sie sollen bis zur nächsten Revision des ÖSG auf den ambulanten Bereich sowie auf den Rehabilitationsbereich erweitert werden.

Für den Bereich der Mindestfrequenzen pro Leistungserbringer (MFL) soll ein Konzept für deren Erfassung, Dokumentation und Evaluierung erstellt werden. Damit kann die Voraussetzung für die Ausdehnung der Qualitätskriterien auf alle Krankenanstalten gemäß KAKuG geschaffen werden.

Entsprechend Artikel 4 (4) der Artikel-15a-Vereinbarung werden künftig auch Qualitätskriterien für Versorgungsbereiche außerhalb der Akutkrankenanstalten in den ÖSG integriert werden. Dies betrifft vor allem Qualitätsstandards für die ambulante ärztliche Versorgung sowie für die stationäre und die ambulante Rehabilitation.

Zu der in der geltenden Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG vorgesehenen Evaluierung des ÖSG sind nach Möglichkeit Zwischenziele zu vereinbaren. Zur Unterstützung dieser Evaluierung wird das bereits eingerichtete „ÖSG-Monitoring“ weiter ausgebaut.

1.3 Evaluierung und Weiterentwicklung des ÖSG

1.3.1 Evaluierung der Einhaltung und der Auswirkungen des ÖSG

Die Komplexität des Analyse- und Planungsansatzes des ÖSG 2012 ist aufgrund der multisektoralen Aufgabenstellung und der Umstellung auf einen „reinen Leistungsangebotsplan“ nicht zu vermeiden. Es ist davon auszugehen, dass die Umsetzung des ÖSG erheblicher Anstrengungen auch im Bereich der begleitenden Evaluierung¹ (Ist-Stand versus Soll-Stand) bedarf, deren Ergebnisse wiederum die Grundlage für die Weiterentwicklung des ÖSG bilden muss. Diese Evaluierung umfasst auch den Analyse- und Planungsansatz. Aus diesem Grund sollte ein periodischer Evaluierungsbericht (zumindest einmal während der Laufzeit einer Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG) zum Stand der Umsetzung des ÖSG erstellt werden, der insbesondere folgende Elemente beinhalten sollte:

- Überprüfung, inwieweit die Detailplanungen auf regionaler Ebene vorliegen und der im ÖSG vorgegebenen Rahmenplanung entsprechen (vgl. Artikel 4 der Artikel-15a-Vereinbarung)
- Darstellung, inwieweit die Leistungserbringung in den einzelnen KA zu den Bestimmungen der Leistungsmatrix kompatibel ist – automatisierte Überprüfung via LKF-Scoring-Programm und jährliche Auswertung (vgl. „Leistungsmatrix“ im Anhang)

¹ „[...] a systematic way of learning from experience and using the lessons learned to improve current activities and promote better planning by careful selection of alternatives for future action.“ WHO 1981: Health Program Evaluation. Guiding Principles for its Application in the Managerial Process for National Health Development (Health for all series 6). Weltgesundheitsorganisation. Genf, 5; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800062.pdf>

- Tatsächlich anfallende stationäre Aufenthalte im Vergleich zu den vorgegebenen Richtwerten in Differenzierung nach MHG, VR, VZ und Bundesländern (Ist versus Soll 2020, inkl. ausländischer Gastpatienten; vgl. „Versorgungsmatrix“ im Anhang), um die Entwicklung der stationären Aufenthalte im Detail darstellen und mit dem Soll-Zustand vergleichen zu können – jährliche Auswertung
- Periodisches Update der Informationen zum Ist-Stand in den verschiedenen Versorgungsbereichen (Versorgungsdichte und Inanspruchnahme in den Bereichen Akutkrankenanstalten, ambulanter Bereich, Rehabilitationsbereich sowie Pflegebereich; vgl. „Planungsmatrix“ im Anhang); Überprüfung der Notwendigkeit bzw. Sinnhaftigkeit von Veränderungen in der Angebotsstruktur der Akut-KA unter Berücksichtigung der Entwicklung in den nicht akutstationären Bereichen bzw. im Tagesklinikbereich (Abschätzung von Umlagerungspotenzialen, Tendenzen der Verschiebung vom vollstationären in den tagesklinischen Bereich unter Vermeidung additiver Leistungserbringung); periodische Evaluierung der Einhaltung der Kriterien des NSM in jeder VR
- Prüfung auf Einhaltung und Zweckmäßigkeit sämtlicher im ÖSG festgelegter Qualitätskriterien

Zielsetzung der Evaluierung ist, die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der ÖSG-Inhalte entscheidend zu erhöhen und eine unverzichtbare Grundlage für die Weiterentwicklung und allfällige Nachjustierung der Qualitätskriterien des ÖSG zu bilden.

ÖSG-Monitoring

Als Instrument zur Evaluierung im Sinne der oben angeführten Punkte dient das laufende ÖSG-Monitoring auf Basis von Jahresmeldungen, das um ein zentral und aktuell zu führendes RSG-Monitoring zum Umsetzungsstand der jeweiligen RSG ergänzt wird.

Ergänzend zum ÖSG-Monitoring soll eine Evaluierung der Auswirkungen auf die Patientenversorgung in den unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitswesens aufgrund der Aufnahme von neuen Versorgungsangeboten bzw. Versorgungsmodellen in den ÖSG erfolgen. Dazu ist je neu aufgenommenem Versorgungsmodell ein Evaluierungskonzept in Abstimmung mit den betroffenen Finanzierungsträgern (inkl. Definition der erforderlichen Datengrundlagen) zu erstellen und der Evaluierungszeitraum jeweils angemessen festzulegen. Die im Zuge von Pilotprojekten durchzuführende Evaluierung ist darauf abzustimmen, und deren Ergebnisse sind dem jeweiligen bundesweiten Evaluierungsprojekt zur Verfügung zu stellen.

1.3.2 Weiterentwicklung des ÖSG

Ergänzung und Vervollständigung

In der Zeit bis zur nächsten Revision des ÖSG sind folgende Schritte zur Vervollständigung des ÖSG zu setzen:

- Ergänzung der noch fehlenden Teile entsprechend der in den BGK-Arbeitsgremien erstellten Priorisierung
- Auf Ebene der Versorgungszonen sollen weiterhin die „Zonenkonferenzen“ überregionale länderübergreifende Planungen (unter Einbeziehung der Sozialversicherung) abstimmen.
- Zur Sicherstellung einer raschen und effizienten überregionalen Versorgung von Patientinnen/-Patienten mit akutem spitzenmedizinischem Versorgungsbedarf soll im Einvernehmen mit den Ländern ein Konzept zur Einrichtung einer oder mehrerer Koordinationsstellen erstellt werden. Diese Koordinationsstellen sollen – nach Möglichkeit in Ankoppelung an bestehende, bereits einschlägig tätige Einrichtungen – Koordinations- und Vermittlungsfunktionen für akute spitzenmedizinische Leistungen wahrnehmen. Die Definition der „akuten spitzenmedizinischen Leistungen“ ist Aufgabe der Bundesgesundheitskommission.

- Weiterentwicklung des ÖSG im Sinne von Artikel 4 (4) der Artikel-15a-Vereinbarung in Richtung einer Leistungsangebotsplanung (inkl. quantitativer Planungsaussagen und Qualitätskriterien) auch für die nicht akutstationären Bereiche (insbesondere ambulanter Versorgungsbereich, Rehabilitation).

Weiterentwicklung der Qualitätskriterien im ÖSG

In der Zeit bis zur nächsten Revision des ÖSG sind die Richtlinien für Qualitätskriterien sowie die Leistungsmatrix im ÖSG weiterzuentwickeln, wobei im Sinne einer abgestimmten Vorgangsweise folgende Eckpunkte und Rahmenvorgaben für das künftige Prozedere bzw. für Umfang und Tiefe dieser Bestimmungen festgelegt werden:

- Einbeziehung ökonomischer Expertise und wissenschafts-/evidenzbasierter Methoden („Rückkoppelungsschleifen“);
- wissenschafts-/evidenzbasierte Festlegung von Mindestfrequenzen pro Standort bzw. pro Leistungserbringer, Mindestfrequenzen für den Bereich Kinder/Jugendliche werden gesondert dargestellt;
- Überprüfung der Sinnhaftigkeit eines „Handbuchs zu Qualitätskriterien“ im Sinne einer Beilage zum ÖSG (insbesondere für den Bereich INT sowie für in Aufbau stehende Strukturen wie z. B. AG/R, Referenzzentren, auch unter Berücksichtigung des im Jahr 2011 erstellten und in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen einzuführenden „Prozesshandbuchs Hospiz- und Palliativeinrichtungen“);
- Einheitlichkeit und Überschaubarkeit der Darstellung für alle Sonderfächer bzw. Leistungsbereiche;
- Sicherstellung einer möglichst einfachen und benutzerfreundlichen Administrierbarkeit und Kontrollierbarkeit sämtlicher Bestimmungen;
- Anwendbarkeit auf alle Krankenanstalten gemäß KAKuG sowie auf alle weiteren Leistungserbringerinnen/-erbringer im Gesundheitswesen;
- Sicherstellung eines hohen Qualitätsniveaus unter Wahrung der Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit der Bestimmungen;
- bei Regelungsinhalten, die über den akutstationären Bereich hinausgehen, frühzeitige Einbindung der jeweils betroffenen Entscheidungsträger.

Die Richtlinien für Qualitätskriterien sind grundsätzlich an folgenden Merkmalen auszurichten:

- Personalausstattung in Differenzierung nach Berufsgruppen;
- Personalqualifikation;
- infrastrukturelle Anforderungen (wesentliche räumliche und apparative Ausstattung);
- Leistungsangebote;
- medizinisch und wissenschaftlich begründete Mindestfrequenzen.

Die sinnvolle Abstimmung der Merkmale für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Kohärenz der diesbezüglichen Arbeiten ist weiterhin sicherzustellen, wobei die bereits im ÖSG 2010 eingeleitete verstärkte Schwerpunktsetzung auf Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität weiter zu intensivieren ist.

Kapazitätsplanung im ÖSG

Entsprechend Art 4 (6) der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind bei den Detailplanungen auf Länderebene (RSG) bzw. im Bereich der Sozialversicherung die im ÖSG in der jeweiligen Fassung enthaltenen Vorgaben und Richtwerte einzuhalten. Die Gesundheitsplattformen auf Länderebene haben bei der Erstellung regionaler De-

tailplanungen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens mitzuwirken. Die Detailplanungen sind im Wege der Gesundheitsplattformen auf Länderebene der Bundesgesundheitsagentur umgehend zur Kenntnis zu bringen.

Als Grundlage für die Erstellung und Festlegung der Detailplanungen auf Länderebene (RSG) werden – neben den Planungsrichtwerten in den Kapiteln 2.2, 3.2 und 4.2 – Leistungsstandorte für besondere Leistungsbereiche bzw. Referenzzentren auf Krankenanstalten-Ebene dargestellt (vgl. Kap. 2.8 bzw. Anhang „Überregionale Versorgungsplanung“) und bis zur nächsten Revision des ÖSG um eine Kapazitätsplanung auf KA-Ebene ergänzt werden. Damit soll die überregionale Abstimmung der Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung durch den ÖSG sichergestellt werden. Weitere standortbezogene Festlegungen sind im ÖSG 2012 nicht enthalten (zur Kapazitätsplanung im Sinne der PLAN-Betten entsprechend den derzeit aktuellen Detailplanungen bzw. RSG der Bundesländer vgl. Anhang „Kapazitätsplanung und Großgeräteplan“ inkl. Hinweis auf das „RSG-Monitoring“).

RSG-Monitoring

Um einen bundesweiten Überblick über die Versorgungsstrukturen und Kapazitäten im österreichischen Gesundheitswesen zu erhalten, erfolgt eine umfassende Darstellung von Ist- und Plan-Aussagen der RSG mit dem jeweils aktuellen Stand im Rahmen eines zentral eingerichteten RSG-Monitorings (als Teil des ÖSG-Monitorings konzipiert), das durch halbjährliche Übernahme von RSG-Beschlüssen von den Gesundheitsplattformen aktualisiert und gemeinsam mit dem ÖSG auf der BMG-Website abrufbar bereitgestellt wird.

Als Voraussetzung für eine Vergleichbarkeit der Angebotsstrukturen sind in den RSG als Kerninhalte Ist-Darstellungen und Planaussagen zu allen Teilbereichen, wie sie in der Planungsmatrix sowie in der Kapazitätsplanung im ÖSG enthalten sind, abzubilden und durch ergänzende Beschreibungen zu den Rahmenbedingungen der Kapazitätsplanungen (vgl. Kap. 2.2.1) im Gesamtkontext darzustellen. Zur Herstellung ausreichender Vergleichbarkeit soll die Darstellungsform bei zukünftigen RSG-Revisionen durch Orientierung an Muster-RSG (insbesondere auch den Tabellenteil betreffend) weitgehend vereinheitlicht werden.

In der ersten Entwicklungsstufe sind als Minimalerfordernis in einem RSG die Kapazitäten und Leistungsstandorte im stationären Bereich sowie die Großgeräte zumindest auf Ebene der Versorgungsregionen analog zur Kapazitätsplanung bis zum ÖSG 2008 abzubilden und im Zuge der jeweils nächsten RSG-Revision zumindest um die Leistungsstandorte und Kapazitäten des Rehabilitationsbereichs im jeweiligen Bundesland zu ergänzen.

Großgeräteplan im ÖSG

Der ÖSG enthält in Kapitel 4 den bundesweiten Großgeräteplan, der Festlegungen für CT, MR und ECT (inkl. ECT-CT) in Bezug auf die maximale Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte auf Bundeslandebene sowie die Darstellung der extramuralen Standorte beinhaltet. In den regionalen Detailplanungen auf Landesebene sind auf Basis der im GGP für CT, MR und ECT festgelegten Geräteobergrenzen konkrete Standortplanungen zu entwickeln.

COR, STR und PET (inkl. PET-CT) beziehungsweise vormalig im GGP abgebildete Großgeräte (DSA, LIT) sind ausschließlich im intramuralen Bereich zu betreiben. In den Bereichen COR, STR und PET (inkl. PET-CT) wird der bundesweite GGP durch die regionalen Detailplanungen bzw. Standortplanungen auf Landesebene (RSG) abgelöst. Entsprechende regionale Detailplanungen zum GGP sind von den Landes-Gesundheitsplattformen verbindlich festzulegen. Bis zu einer solchen Festlegung gelten weiterhin die im GGP enthaltenen Planungen. Sobald die Detailplanungen auf Landesebene (COR, STR und PET inkl. PET-CT) erfolgt sind, werden diese im ÖSG dargestellt.

1.4 Funktionen und Geltungsbereiche von ÖSG und RSG

Die zentrale rechtliche Grundlage für die integrative regionale Versorgungsplanung (siehe Kap. 1.1) stellt die zwischen dem Bund und allen Bundesländern abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl I Nr. 105/2008) (im Folgenden: Vereinbarung) dar. Davon ausgehend müssen verschiedene Rechtsnormen auf unterschiedlichen Ebenen in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen die Planung für die Adressaten (Gesundheitsversorgungseinrichtungen) verbindlich machen.

Gemäß der Vereinbarung wird die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt. Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für den Rehabilitationsbereich und die Nahtstellen zum Pflegebereich sowie für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) dar (Art 4 Abs 1 der Vereinbarung).

Zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund der Vereinbarung ist die Bundesgesundheitsagentur eingerichtet (Art 14 der Vereinbarung), zu deren Aufgaben im Zusammenhang mit der Versorgungsplanung insbesondere zählen (Art 15 Abs 1 Z 1, 3 und 4 in Verbindung mit Art 4 Abs 3 und 4 der Vereinbarung):

- Entwicklung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
- Festlegung der Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planung im Gesundheitswesen,
- Leistungsangebotsplanung als Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens einschließlich der Entwicklung geeigneter Formen der Zusammenarbeit von Leistungserbringern.

Hinsichtlich der Inhalte von ÖSG und RSG ergibt sich aus der Vereinbarung (Art 3 in Verbindung mit Art 4 Abs 1 und 2), dass ÖSG und RSG als integrierte Planung insbesondere folgende Bereiche umfassen:

- den stationären Bereich von Akut-KA, sofern dieser aus Mitteln der Gebietskörperschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert wird;
- den ambulanten Bereich, d. h. Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen;
- den Rehabilitationsbereich mit dem Ziel des weiteren Auf- und Ausbaus einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Sinne eines bedarfsgerechten Angebots in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d. h. stationär und ambulant, mit besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen;
- den Pflegebereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist.

Die Beschlussfassung in diesen Angelegenheiten auf Bundesebene – und damit auch die Beschlussfassung des ÖSG – obliegt dem Organ der Bundesgesundheitsagentur, der Bundesgesundheitskommission, und setzt ein Einvernehmen zwischen dem Bund, allen neun Ländern und der Sozialversicherung voraus (Art 16 der Vereinbarung).

Die stationäre und ambulante Versorgungsplanung im Rahmen der RSG sowie Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen dieser Planungen sind zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung in den Gesundheitsplattformen (Art 19 und 20 der Vereinbarung) abzustimmen (Art 4 Abs 5 der Vereinbarung). Damit soll sichergestellt werden, dass die konkrete Planung durch die unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche für die verschiedenen Sektoren und Ebenen der Gesundheits-

versorgung – insbesondere das jeweilige Land (für die Krankenanstalten) und die Sozialversicherung (für den niedergelassenen Bereich) – integrativ, also gemeinsam, aufeinander abgestimmt und zusammenführend erfolgt.

Sowohl die Vereinbarung als auch die Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission und der Gesundheitsplattformen – und damit auch der ÖSG und die RSG – entfalten keine unmittelbare, direkte Verbindlichkeit für Dritte (also etwa für Rechtsträger von Gesundheitseinrichtungen), sondern stellen zunächst eine Selbstbindung der jeweiligen Partner an die von allen Ländern ratifizierte Vereinbarung sowie an ihre darauf basierenden jeweiligen Beschlüsse und Abstimmungsergebnisse dar.

Im nächsten Schritt sind die Beschlüsse im jeweiligen Wirkungsbereich der Beschlusspartner für Dritte mittels der jeweils zur Verfügung stehenden Rechtsnormen und Instrumente verbindlich zu machen. Dazu ist in der Vereinbarung (Art 4 Abs 5) festgehalten, dass

- die Krankenanstaltenplanung des RSG durch eine Verordnung des jeweiligen Landes zu erlassen ist,
- die RSG Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung sind,
- entsprechende Anpassungen im Krankenanstalten- sowie im Sozialversicherungsrecht vorzunehmen sind,
- sozialversicherungsrechtlich sicherzustellen ist, dass die Gesamtvertragspartner im extramuralen Bereich ihre Verhandlungen darauf ausrichten,
- bei der Erteilung von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Bedarfsprüfungsverfahren) alleversorgungswirksamen Kapazitäten zu berücksichtigen sind.

Dem entsprechend gibt das KAKuG vor, dass die Landesgesetzgebung die Landesregierung zu verpflichten hat, im Rahmen eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit jedenfalls für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des ÖSG befindet (§ 10a Abs 1).

Für Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, ist ein Bedarf gegeben, wenn die Errichtung nach Anstaltszweck und in Aussicht genommenem Leistungsangebot dem jeweiligen mit dem RSG abgestimmten Landeskrankenanstaltenplan entspricht (§ 3 Abs 2b). Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist der Bedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG im Zuge der Bedarfsprüfung festzustellen (§ 3 Abs 2c). Bei selbstständigen Ambulatorien sind für die Beurteilung im Zulassungsverfahren Kriterien ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen RSG zu berücksichtigen (§ 3a Abs 3).

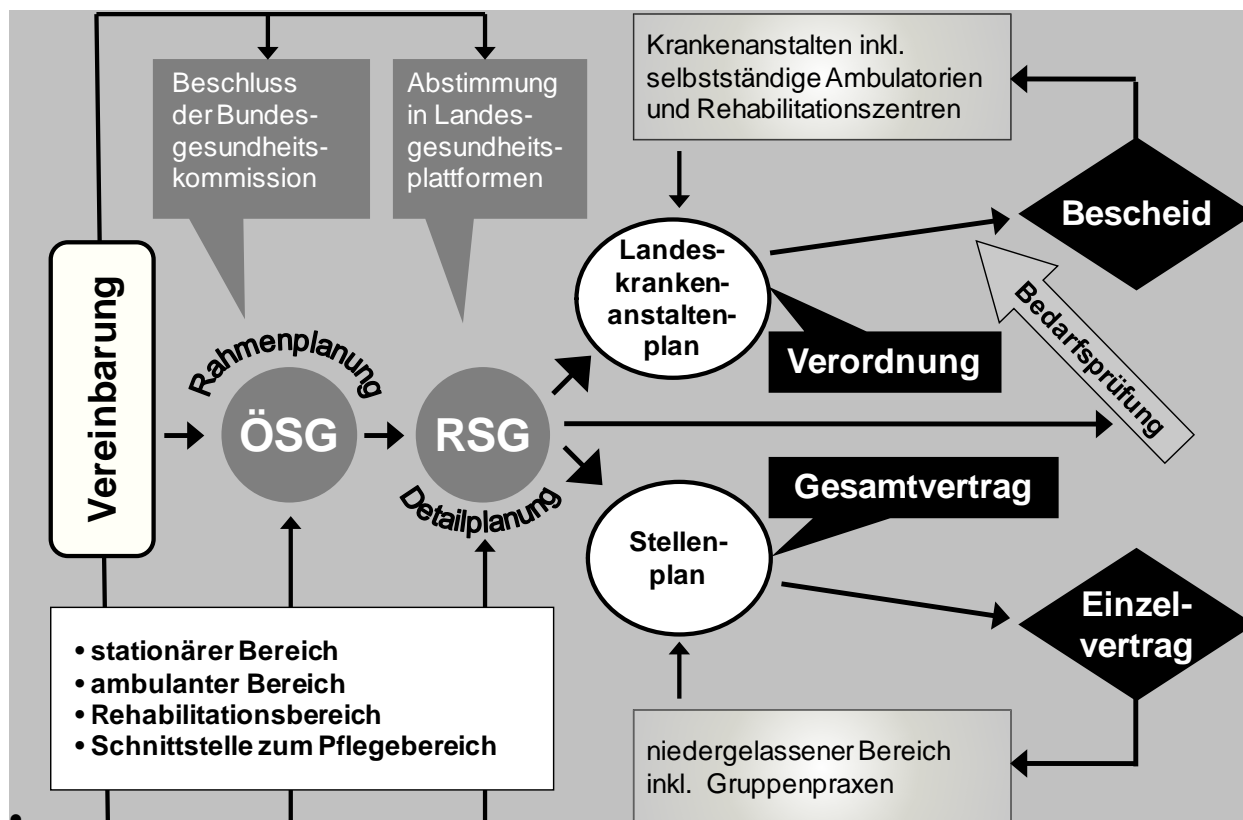
Für die Sozialversicherung legt das ASVG (§ 84a Abs 1) fest, dass sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen haben und die dabei abgestimmten Ergebnisse (z. B. ÖSG) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes durch koordiniertes Vorgehen zu beachten haben.

Für Gruppenpraxen mit Kassenverträgen fordert das Ärztegesetz 1998 bzw. das Zahnärztegesetz, dass deren Gründung nach Maßgabe des RSG (§ 52b Abs 2 bzw. § 26a Abs 2) und deren Zulassung unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG (§ 52c Abs 2 bzw. § 26b Abs 2) zu erfolgen hat.

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

Zusammenfassend betrachtet ist die gesamte Versorgungsplanung zunächst im Rahmen der Gesundheitsplattform auf der Grundlage des ÖSG zwischen dem Land und der Sozialversicherung abzustimmen. Sodann ist der – nach außen nicht verbindliche – RSG für den Bereich der Krankenanstalten durch das Land, für den niedergelassenen Bereich durch die Sozialversicherung entsprechend umzusetzen. Die verbindliche Umsetzung der RSG erfolgt für den Krankenanstaltenbereich als Landeskrankenanstaltenplan (LKAP) durch Verordnung und darauf basierende Bescheide bzw. durch Bescheide, denen Bedarfsprüfungen zugrunde liegen. Für den niedergelassenen Bereich ist auf die RSG bei den Stellenplänen als Teil der Gesamtverträge Bedacht zu nehmen. Ebenso kann die Einhaltung von ggf. auch für diesen Bereich zutreffenden Qualitätskriterien des ÖSG berücksichtigt werden.

Abb. 2: Rechtliche Umsetzung der integrierten Versorgungsplanung



Anm.: Der als Verordnung festgelegte Landeskrankenanstaltenplan umfasst jedenfalls die landesfondsfinanzierten KA; bei sonstigen bettenführenden KA hat die Bedarfsprüfung unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG zu erfolgen.

Quelle und Darstellung: BMG

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

Private, nicht-gemeinnützige Akut-Krankenanstalten (PKA) 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.

Anwendung der Qualitätskriterien des ÖSG

Die Qualitätskriterien des ÖSG sind grundsätzlich von allen Leistungsanbietern einzuhalten.

In privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-KA (PKA) 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.

2 Akut-/Kurzzeitversorgung

2.1 Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze

2.1.1 Akutstationäre Versorgung

Der ÖSG 2012 baut auf folgenden Zielvorstellungen und Planungsgrundsätzen, die bei allen Veränderungen der akutstationären Versorgungsstruktur zu berücksichtigen sind, auf:

- Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich zweckmäßige und medizinisch sinnvolle Versorgung der österreichischen Bevölkerung gewährleisten (Ziele: Versorgungssicherheit, Minimierung von Komplikationsfolgen und deren Konsequenzen, Nutzung des Versorgungsstufenkonzepts, Vermeidung von Parallelstrukturen, Nutzung von Größenvorteilen bzw. Beachtung von Fixkostensprüngen).
- Die vom ÖSG umfassten stationären Bereiche sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß minimiert werden.
- Dislozierte Organisationseinheiten müssen an eine Fachabteilung angebunden sein. Das umfasst unter anderem einen klar umgrenzten Versorgungsauftrag, definierte Betriebszeiten und Qualitätssicherung.
- Reduzierte Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte etc.; vgl. Kap. 2.3.2) sind nur zur Abdeckung von Versorgungslücken bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn sie in der regionalen Detailplanung des jeweiligen Bundeslandes vorgesehen sind.
- Psychiatrie, Akutgeriatrie und/oder Remobilisation, Palliativmedizin sowie Psychosomatik sollen dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden.
- Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten der betreffenden Fachrichtung eingerichtet werden; dislozierte Tageskliniken (ohne vollstationäre bettenführende Struktur der betreffenden Fachrichtung in derselben Krankenanstalt) sind zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn sie in der regionalen Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen sind. Damit sollen Rahmenbedingungen für ein abgestuftes intramurales Versorgungsangebot geschaffen werden, das die weitere Verringerung vollstationärer Bettenkapazitäten unterstützt, Verweildauern und Belagstage senkt sowie Kosteneinsparungseffekte erzielt. Die Leistungen in Tageskliniken sind nicht additiv, sondern substitutiv zu den vollstationären Leistungen bzw. in dafür umgewidmeten Betten zu erbringen.
- Zusammenschlüsse von einzelnen Abteilungen und von Krankenanstalten zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte sollen gefördert werden, wenn sich die Krankenanstalten in räumlicher Nähe befinden.
- Die Kooperation zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor zur besseren gemeinsamen Nutzung von bestehenden Ressourcen bei gleichzeitiger Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote soll gefördert werden. Entsprechende Konzepte sind im Rahmen von Pilotprojekten zu erproben bzw. zu evaluieren.
- Für Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit sind Konzepte zur Umwidmung in alternative Versorgungsformen zu entwickeln; dabei sollen auch neue Modelle (z. B. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung, dislozierte Wochenkliniken,

dislozierte Tageskliniken und Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Nahtstellenfunktion) in die Überlegungen einbezogen werden.

- Die in der „Versorgungsmatrix“ (vgl. Anhang) für die Versorgungsregionen bzw. Versorgungszonen enthaltenen Richtwerte zur Anzahl stationärer Aufenthalte pro VMMHG (in der VM verwendete homogene Obergruppen der MHG) stellen Richtwerte für die Jahre 2015 bzw. 2020 dar. Diese Richtwerte zur Anzahl an stationären Aufenthalten sind „quellbezogen“ definiert (entsprechen also dem aus der Wohnbevölkerung der jeweiligen Region heraus entstehenden Versorgungsbedarf, inkl. ausländischer Gastpatienten) und sollen pro Region nicht um mehr als 25 Prozent über- bzw. unterschritten werden.
- Ziel- und Planungshorizont des ÖSG 2012 ist gemäß Art 4 (4) der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens grundsätzlich das Jahr 2020. Aufgrund von Unsicherheiten in der längerfristigen Prognose wird der Planungshorizont in der Versorgungsmatrix jedoch vorläufig mit 2015 definiert und auf Ebene der Bundesländer mit einem vorläufigen Planungswert (Orientierungswert) für das Jahr 2020 ergänzt. Die Umsetzung der Ziele und Inhalte des ÖSG in der jeweils adaptierten Fassung soll im Wege der jeweiligen regionalen Detailplanungen auf Landesebene (RSG) bis zum Planungshorizont gemäß Artikel-15a-Vereinbarung (2020) verwirklicht sein.

2.1.2 Ambulante Versorgung

Der ambulante Bereich umfasst hier die ärztliche Versorgung, insbesondere in den Spitalsambulanzen der Akutkrankenanstalten, in selbstständigen Ambulatorien (SV-eigene Einrichtungen sowie Vertragsinstitute) sowie durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte (inkl. Gruppenpraxen). Während in der ambulanten fachärztlichen Leistungserbringung eine Bündelung an geeigneten Standorten (innerhalb und außerhalb der Akut-KA) anzustreben ist, muss eine flächendeckende und dezentrale Versorgung mit Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin gewährleistet werden (vgl. Ziele und Planungsgrundsätze in Kap. 1.1). Die Planung im ambulanten Bereich erfolgt dynamisch, und die Entwicklungen sind kontinuierlich zu beobachten und zu evaluieren.

Bis zu einer Einführung einer (Diagnosen- und) Leistungsdokumentation für den ambulanten Bereich und die darauf aufbauende Leistungsangebotsplanung hat die gemeinsame Analyse und Planung der ärztlichen Versorgungsangebote im ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte inkl. Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien) auf Basis einheitlicher Messgrößen zu erfolgen (z. B. ärztliche Vollzeitäquivalente – VZÄ, ärztliche ambulante Versorgungseinheiten – ÄAVE; Standardversorgungseinheiten – SVE).

Im Rahmen der Analyse und Planung des ambulanten Bereichs sind die nachfolgenden Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze bei allen Veränderungen der Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich zu berücksichtigen.

Zielvorstellungen

- Sicherung einer wohnnahen und bedarfsgerechten Versorgung durch die Gesamtheit aller ambulanten Leistungsanbieter in der betreffenden Region
- Sicherstellung einer in quantitativer und qualitativer Hinsicht österreichweit gleichwertigen Gesundheitsversorgung, insbesondere auch Ausgleich von stark über- oder unterdurchschnittlicher Versorgung
- Versorgung dort, wo Leistungen bei zumindest gleicher Qualität volkswirtschaftlich am günstigsten erbracht werden können (best point of service).
- Entlastung der Akutkrankenanstalten im Sinne des Prinzips „ambulant vor stationär“ und Ermöglichung der daraus resultierenden (notwendigen) Strukturveränderungen

- Gesamthafte Sichtweise und Planung der gesamten Gesundheitsversorgung, d. h. Berücksichtigung aller Sektoren des Gesundheitswesens und der Nahtstellen zu den angrenzenden Bereichen

Planungsgrundsätze

- Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit: Garantie einer möglichst gleichmäßigen regionalen Versorgung mit medizinischen Leistungen
- Qualitätsprinzip: optimale Leistungserbringung aus Sicht der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Effizienzprinzip: Sicherstellung einer effizienten Leistungserbringung und Nutzung von Synergien (Berücksichtigung der entscheidenden Faktoren wie z. B. Fallzahlen, Frequenzen und Zahl erbrachter Leistungen, Auslastungsgrad teurer Infrastruktur, Erreichen entsprechender Mindestumsätze)
- Ökonomieprinzip: Beachtung von gesamtwirtschaftlicher Auswirkung und Finanzierbarkeit der geplanten Leistungsangebote; Ermöglichung einer gesamtwirtschaftlich angelegten Folgekostenabschätzung anhand von Simulationsmodellen.

2.2 Planungsmethoden und Richtwerte

2.2.1 Rahmenbedingungen zur Kapazitätsplanung

Die Festlegung ausreichender Akutversorgungsangebote in Art und Umfang ist abhängig von den Rahmenbedingungen, die sich aus der vernetzten Versorgungswirkung aller Systempartner in den komplementären Versorgungssektoren im Gesundheits- und angrenzenden Sozialwesen ergeben. Der Ansatz integrativer Planung (vgl. Abbildung 1 in Kap. 1.1) hat diese Wechselwirkungen weitgehend zu berücksichtigen, wobei im Rahmen von Bandbreiten auf die landesspezifische Ausgestaltung der Systematik von Versorgungsangeboten bzw. auf regionale Besonderheiten eingegangen werden kann. Ausgangspunkt ist dabei ein bundesweiter Referenzwert, der sich am Bundesdurchschnitt in der Versorgungsdichte in den einzelnen Sektoren orientiert. Regionale Besonderheiten sind bei der Festlegung des jeweils anzuwendenden Referenzwertes sektorenspezifisch zu berücksichtigen (z. B. Bundesdurchschnitt mit/ohne Wien, Berücksichtigung Großstadtfaktor, internationale Vergleichswerte etc.).

Die Planungsrichtwerte beruhen auf den Annahmen einer ausreichenden, bedarfsgemäßen und effizienten Versorgung in den jeweiligen Sektoren:

- Sicherstellung einer Notfallversorgung durch ein verlässliches Notfallversorgungssystem unter zentraler Einbindung eines professionellen Notarzt- und Rettungswesens. Dabei wird entsprechend der modernen Notfallmedizin die Erstversorgung zunehmend an den Ort des Notfallschehens verlagert: Stabilisierung der Vitalfunktionen, Herstellung der Transportfähigkeit und Transport zur nächstgelegenen, bedarfsadäquat geeigneten ambulanten oder stationären Versorgungsstruktur.
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Verfügbarkeit von Nachbetreuungsangeboten (Rehabilitation, Sozial- und Pflegebereich, Hauskrankenpflege und therapeutisches Angebot) bzw. Betreuungsnetzwerken (soziale Dienste, Laienhilfe, Selbsthilfegruppen etc.), um für soziale Indikationen zur KA-Aufnahme nicht bzw. nicht länger als medizinisch notwendig Vorsorge treffen zu müssen
- Sicherstellung des offenen Patientenzugangs zum medizinischen Fortschritt (Nutzung von Erkenntnissen in der medizinischen Wissenschaft, technologischer Entwicklung in der Medizin, Weiterentwicklung der Behandlungsmethodik v. a. in Richtung Erhöhung von Überlebensraten, Einsatz patientenschonender Methoden, insbesondere minimal-invasiver Eingriffe, und Nutzung der

damit verbundenen Verkürzung von Verweildauern bzw. Verlagerung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich, auch durch vertretbare Konzentration von teurem Ressourceneinsatz)

- Sicherstellung von fachlicher Expertise in den Behandlungsteams (v. a. Ärztinnen/Ärzte und Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe) durch Qualifikation (Aus-, Fort- und Weiterbildung) und Routinewirkung und damit von zufriedenstellender Ergebnisqualität
- Einhaltung der im ÖSG enthaltenen Qualitätskriterien und
- Einhaltung ökonomischer Grundprinzipien im Hinblick auf ausreichende Leistungsdichte, Fixkostendegression und Nutzungsgrad von eingesetzten Ressourcen und Kapazitäten ohne Qualitätseinbußen

Wird eine dieser Rahmenbedingungen in regionalen Versorgungssituationen nicht vollinhaltlich gewährleistet, sind adäquate Anpassungen im Leistungsangebot in den von der integrativen Planung betroffenen Bereichen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Regelungs- und Finanzierungs-kompetenzen im Sinn kommunizierender Gefäße erforderlich. Dazu ist das Einvernehmen im Kooperationsbereich in den Gesundheitsplattformen sowie anlassbezogen ggf. auch mit Entscheidungsträgern komplementärer Versorgungsbereiche (z. B. Sozialbereich) herzustellen.

2.2.2 Kapazitätsplanung akutstationäre Versorgung

Die Festlegung der nachfolgenden Richtwerte zu den bettenführenden Strukturen erfolgte unter Berücksichtigung der regionalen Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte, der Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßenverkehr, der beobachteten Auslastung bereits bestehender stationärer Einheiten sowie der Entwicklungstendenzen in der modernen Medizin. Für nicht bettenführende Fachbereiche (wie z. B. Radiologie, Labormedizin) erfolgt hinsichtlich der Bettenvorhaltung keine explizite Darstellung von Richtwerten.

Das Intervall der Bettenmessziffer ist Ausdruck der erforderlichen Versorgungsdichte und bezieht sich auf die Versorgung der Wohnbevölkerung. Das Intervall ermöglicht die Berücksichtigung epidemiologischer und intersektoraler Versorgungsspezifika einer Region. Regionale Austauschbeziehungen (inländische und ausländische Gastpatientinnen/-patienten) sind über dieses Intervall in Einzelfällen nicht in vollem Umfang abgebildet. Daher sind solche Austauschbeziehungen im Rahmen der regionsspezifischen Detailplanung in den RSG ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Bei der Weiterentwicklung der Akutkrankenanstalten gelten die unten aufgelisteten Planungsrichtwerte als Orientierungsgrößen. Die fachrichtungsspezifisch festgelegten Erreichbarkeitsrichtwerte, Mindestbettenzahlen und Richtintervalle zu den Bettenmessziffern (BMZ) sollen nur in begründeten Ausnahmefällen über- bzw. unterschritten werden. Die Erreichbarkeitsrichtwerte pro Fachrichtung sollen für mindestens 90 Prozent der Gesamtbevölkerung des jeweiligen Bundeslandes (unter Berücksichtigung auch bundesländerübergreifender Versorgungsbeziehungen) eingehalten werden. Die Bettenmessziffern und die Mindestbettenanzahl für Akutgeriatrie/Remobilisation, für Palliativmedizin und für Psychosomatik gelten als Orientierungswerte.

Planungsrichtwerte – Normalpflege-/Intensivbereiche in Akut-KA (Planungshorizont 2020)

Fachrichtung / Fachbereich	Err.(Min.)	BMZmin	BMZmax	BMZ 2011	MBZ
Intensivbereiche (INT/IS)	45	0,21	0,36	0,18	6
Intensivüberwachungsbereiche (INT/UE)	30			0,10	4
Kinder- und Jugendheilkunde (KI)	45	0,16	0,27	0,19	20
Kinder- und Jugendchirurgie (KCH)	*	0,04	0,06	0,04	25
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	60	0,08	0,13	0,04	30
Chirurgie (CH)	30 bis 45	0,52	0,87	0,82	30
Neurochirurgie (NC)	60	0,06	0,09	0,06	30
Innere Medizin (IM)	30	1,04	1,73	1,55	30
Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH)	45	0,24	0,40	0,40	25
Neurologie (NEU)	45	0,21	0,35	0,24	30
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe B (NEU-ANB/B)	90	0,03	0,05	0,03	3
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe C (NEU-ANB/C)	90	0,09	0,15	0,07	8
Psychiatrie (PSY)	60	0,34	0,57	0,51	30
Dermatologie (DER)	90	0,06	0,09	0,09	25
Augenheilkunde (AU)	60	0,06	0,11	0,11	20
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	60	0,09	0,15	0,14	25
Urologie (URO)	60	0,11	0,18	0,16	25
Plastische Chirurgie (PCH)	*	0,02	0,03	0,03	15
Pulmologie (PUL)	*	0,10	0,16	0,14	30
Orthopädie und orthopädische Chirurgie (OR)	45	0,26	0,43	0,30	30
Unfallchirurgie (UC)	30 bis 45	0,30	0,50	0,46	20
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	*	*	*	0,03	15
Strahlentherapie-Radioonkologie (STB)	90	*	*	0,03	*
Nuklearmedizinische Therapie (NUKT)	*	*	*	0,01	*
Psychosomatik / Erwachsene (PSOE)	90	0,05	0,08	0,05	*
Psychosomatik / Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSOK)	90	0,02	0,03	0,01	*
Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	45	0,34	0,56	0,18	24
Remobilisation/Nachsorge (RNS)	*	*	*	0,02	24
Palliativmedizin (PAL)	60	0,05	0,08	0,03	8
Gemischter Belag (GEM)	*	*	*	0,39	*
Summe	*	4,49	7,49	6,35	*

Legende:

- Err. (Min.) Erreichbarkeitsfrist in Minuten für jeweils nächstgelegene Abteilung (ABT, ohne Berücksichtigung von ROF, dWK und dTK, die allenfalls auch als Satelliten-Einheit geführt werden können); zu erfüllen für 90 % der Wohnbevölkerung
- BMZ Bettenmessziffer (systemisierte Akutbetten in FKA, UKH und SAN pro 1.000 Einwohner)
- 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
- BMZ2011 BMZ in Akut-KA im Jahr 2011 gemäß Bettenbericht des BMG
- MBZ Mindestbettenanzahl für ABT, qualitativ und wirtschaftlich optimierte Betriebsgröße (ausgenommen Sonderregelungen für reduzierte Organisationsformen; vgl. Kap. 2.3.2);
- * Angaben nicht sinnvoll bzw. nicht verfügbar

Anmerkungen zu MBZ:

1. MBZ für ABT inkl. einer allfälligen Satelliten-Einheit (dTK, dWK, UC-Satellitendepartment) im Ausmaß von max. 25 % der Betten der jeweiligen Gesamtstruktur (Mutterabteilung plus Satelliten-Einheit) zulässig
2. Anrechnungsfaktor 1,5 für Tages- und Wochenklinik-Betten (soweit in eigener Kostenstelle bzw. mit speziellem Funktionscode mit eingeschränkter Betriebszeit geführt; keine räumliche Integration in Normalpflegestation mit Betrieb an 365 Tagen/Jahr rund um die Uhr) in Ansatz zu bringen; diesbezüglich relevante Tages- und Wochenklinikstrukturen sind im jeweiligen RSG bzw. Landes-Krankenanstaltenplan auszuweisen.

Anmerkungen zu BMZmin:

BMZmin wurde unter Annahme bereits realisierter ambulanter Auslagerungspotenziale bzw. in Anlehnung an internationale Vergleiche festgelegt; im Fall eines umfassenden Einsatzes von Tagesklinikstrukturen kann die jeweils fachrichtungsspezifische BMZmin unter Anwendung des Anrechnungsfaktors bis zu 1,5 pro Tagesklinikbett/-platz (fachrichtungs- und standortgenau ausgewiesen im jeweiligen RSG bzw. Landes-Krankenanstaltenplan) als erfüllt gelten; Wohnbevölkerung 2011: 8,404.250; Wohnbevölkerung 2020: 8,732.990.

Anmerkungen zu den Fachrichtungen/Fachbereichen:

- INT: Intensivbereiche aller Fachrichtungen zusammengefasst; Richtwerte als Orientierungswerte zu interpretieren, Anzahl an INT-Betten in Abhängigkeit von der Fächerstruktur der betreffenden KA individuell festzulegen.
- KJP: Richtwerte als Orientierungswerte zu interpretieren.
- IM bzw. AG/R / RNS: Der überwiegende Teil der Betten für AG/R bzw. RNS ist durch Umwidmung von IM-Akutbetten zu realisieren; RNS-Betten auf die BMZ für AG/R anrechenbar.
- NEU: Bettenaufbau für NEU-ANB zumindest zum Teil durch Umwidmung von NEU-Betten zu realisieren.
- PSY: BMZ nur nach vollständigem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar; BMZmin und BMZmax inkl. akuter Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (akuter Entzug), jedoch exkl. langfristiger Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen (Planungsrichtwert für diesen Bereich: 0,16 Behandlungsplätze pro 1.000 Einw., davon 0,04/1.000 für Abhängigkeit von illegalen Drogen und 0,12/1.000 für alkohol-, medikamenten- und substanzungebundene Abhängigkeitserkrankungen; Anwendung dieses Planungsrichtwerts unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Sichtweise und regionaler Gegebenheiten unter Einbeziehung der Bereiche Krankenanstalten, extramurale Versorgung und Sozialbereich.
- PCH: evtl. als Fachschwerpunkt zu führen, UC evtl. als Satelliten-Department (vgl. Kapitel 2.4.15.2).
- OR/UC: künftig gemeinsame Analyse/Planung OR/UC anzustreben.
- MKG: MKG und ZMK entsprechend Bettenbericht des BMG unter MKG zusammengefasst.
- AG/R: evtl. als Department zu führen; Richtwerte als Orientierungswerte zu interpretieren.
- RNS: vorzugsweise als Department zu führen; Richtwerte als Orientierungswerte zu interpretieren.
- PAL: Richtwerte als Orientierungswerte zu interpretieren.
- PSOE: als Department (MBZ 12) zu führen; Richtwerte als Orientierungswerte zu interpretieren.
- PSOK: als Department (MBZ 12) oder als Psychosomatikschwerpunkt (MBZ 6) zu führen; Richtwerte sind Orientierungswerte.
- GEM: Akutbetten in GEM sind – auch im Falle interdisziplinärer Organisation des Normalpflegebereichs – entsprechend den dort abgedeckten MHG auf Fachrichtungen/Fachbereiche zuzuordnen.

Quellen: BMG – KA-Statistik 2011 (KDok); GÖG-eigene Darstellung

Planungsrichtwerte – Anzahl stationärer Aufenthalte pro Indikationsgruppe und Versorgungsregion

Die Richtwerte zur Anzahl der stationären Aufenthalte pro VMMHG (in der VM verwendete homogene Obergruppen der MHG) und Versorgungsregion bzw. Versorgungszone (vgl. „Versorgungsmatrix“ im Anhang) wurden unter Berücksichtigung der Häufigkeit stationärer Aufenthalte pro VMMHG bzw. im Bundesdurchschnitt (Jahr 2011; FKA, UKH und SAN), der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2015 bzw. 2020 sowie der Einschätzung der ärztlichen GÖG/ÖBIG-Expertengremien hinsichtlich der Auswirkungen der medizinischen und technischen Entwicklung auf den Leistungsbedarf in den einzelnen MHG festgelegt. Diese Richtwerte sind „quellbezogen“ (also bezogen auf den Wohnort der Patientinnen/Patienten) definiert, inkludieren die aktuelle Zahl ausländischer Gastpatienten und sollen in jeder der 32 Versorgungsregionen bzw. in jeder der vier Versorgungszone (vgl. Karte 1 im Kartenanhang) nicht um mehr als 25 Prozent über- bzw. unterschritten werden.

Die in der „Versorgungsmatrix“ enthaltenen Richtwerte zur Anzahl stationärer Aufenthalte pro VMMHG im Jahr 2015 bzw. im Jahr 2020 basieren unter anderem auf den Ergebnissen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation des Jahres 2011. 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 Erbringung der in der „Leistungsmatrix“ (Kap. 2.7) dargestellten MEL erfolgt nur in jenen Krankenanstalten, die die Vorgaben in Bezug auf die Qualitätskriterien erfüllen.

In der „Planungsmatrix“ (vgl. Anhang) sind – neben der quantitativen Beschreibung der nicht akutstationären Versorgungssysteme in der jeweiligen Versorgungsregion – Richtwerte zur Anzahl der insgesamt aus der jeweiligen Region heraus im Jahr 2015 entstehenden stationären Aufenthalte sowie Soll-Werte zur Anzahl von „Nulltagesaufenthalten“ festgelegt (zur genaueren Erläuterung der Matrixinhalte vgl. Ausführungen zur Planungsmatrix im Anhang).

2.2.3 Kapazitätsplanung ambulante Versorgung

Die Kapazitätsplanung im Bereich der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung geht – unter Berücksichtigung der komplexen Datenlage – von den nachfolgend dargestellten grundsätzlichen Überlegungen zu Planungskriterien und Planungsmethoden aus.

Planungskriterien

- Demografie: Bevölkerungsdichte und Altersstruktur im Zeitverlauf (inkl. Prognose)
- Epidemiologie: Berücksichtigung regionaler epidemiologischer Unterschiede (soweit Daten dazu verfügbar), insbesondere auch der Spezifika von urbanen Ballungsräumen
- Inanspruchnahmeverhalten: Berücksichtigung von Unterschieden bei der Leistungs-inanspruchnahme durch die regionale Bevölkerung sowie – bei Ballungsräumen – auch durch die Bevölkerung des mitversorgten Umlands (Fälle pro Anspruchsberechtigten)
- Belastung der Leistungsanbieter: Berücksichtigung der aktuellen Belastung der bestehenden Leistungsanbieter pro Region (z. B. 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)
- Beachtung der Grundsätze des Public-Health-Ansatzes (Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff; systematische Gesundheitsberichterstattung; Versorgungsforschung zur Gewährleistung einer bedarfsorientierten Planung, Entwicklung und Evaluation; Stärkung der Interdisziplinarität in der Versorgung, Forschung und Entwicklung zur Verbesserung der Gesundheit für alle und zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten; Berücksichtigung der österreichweiten Rahmen-Gesundheitszielen).

Datengrundlagen

Ziel ist die Schaffung einer gemeinsamen und für Bund, Länder und Sozialversicherung gleichartig verfügbaren einheitlichen Datenbasis für den ambulanten Bereich. Die Datengrundlagen müssen zwischen den Sektoren vergleichbar sein und insbesondere folgende Parameter beinhalten:

Parameter	Anmerkungen	Für Analyse/Planung auf Ebene der ...		
		Messgrößen*	Frequenzen	Leistungen
Leistungserbringer				
Art/Bezeichnung der Einrichtung	Spitalsambulanz; Arztpraxis etc.	√	√	√
Medizinische Fachrichtung	inkl. Zuordnung von Spezialambulanzen	√	√	√
Ort der Leistungserbringung	Ort, Postleitzahl	√	√	√
Personelle Struktur	z. B. VZÄ, SVE, ÄAVE	√		
Patientinnen/Patienten				
Geschlecht		√	√	√
Geburtsdatum (Alter)		√	√	√
Wohnort	Ort, Postleitzahl	√	√	√
Leistungsdaten				
Art der Leistung**	entsprechend einheitlichem Katalog		√	√
Anzahl der Leistungen**	je Art		√	√
Vertragsleistung/ Kostenersatzleistung			√	√
Datum Leistungserbringung	taggenau		√	√

* z. B. Vollzeitäquivalente, Standardversorgungseinheiten, ärztliche ambulante Versorgungseinheiten

** Ergänzend sind auch Diagnosedaten zu berücksichtigen, sobald eine einheitliche Diagnosendokumentation im gesamten ambulanten Bereich sichergestellt ist.

Über diese Datengrundlagen lassen sich näherungsweise die Größenordnungen und langjährigen Trends in Bezug auf die im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich sowie in den Ambulatorien und Instituten tätigen Ärztinnen und Ärzte und in Bezug auf die Anzahl der Patientenkontakte abschätzen. Allerdings ist die Datenvergleichbarkeit zwischen den unter 2.1.2 erwähnten Sektoren (z. B. betreffend einheitliche Messgrößen ärztlicher Versorgung, Anzahl und Dauer der Patientenkontakte, Art und Menge der erbrachten ambulanten Leistungen) nicht gegeben, da bisher keine gemeinsamen und einheitlichen Begriffsdefinitionen über diese Sektoren hinweg existieren.

Planungsmethoden

Derzeit ist mangels entsprechender Dokumentation vorerst nur eine Erhebung und Planung von Kapazitäten im ambulanten Bereich möglich. Als Planungsgröße sind für alle ambulanten Versorgungsbereiche einheitliche Messgrößen zu erstellen und anzuwenden, wobei eine bundesweite Harmonisierung und transparente Ableitung der Methodik hierzu anzustreben ist. Die Planungsmethoden selbst haben den oben festgelegten Planungsgrundsätzen und -kriterien zu genügen, transparent und nachvollziehbar zu sein und sollten bundesweit vergleichbare Ergebnisse liefern. Dabei ist auch eine interdisziplinäre Betrachtung der Versorgung im Rahmen der Planung sicherzustellen. Die Analyse und Planung der ambulanten ärztlichen Versorgung soll in folgenden Phasen ablaufen:

- Schaffung einer gemeinsamen Datengrundlage (gemeinsame Datennutzung aller vorhandenen Daten aus dem Bereich der verschiedenen Leistungsanbieter, weiters der Bevölkerungsdaten, der Daten über Verkehrs- und Pendlerströme u. a. m.);
- akkordierte Darstellung der Ist-Situation (korrekte und allgemein akzeptierte Abbildung der aktuellen regionalen Ist-Situation als Ausgangspunkt der Versorgungsplanung);
- regional differenzierte Planung unter Heranziehung aussagekräftiger Kriterien (insbesondere durch Berücksichtigung der regional bereits bestehenden Strukturen und Netzwerke, der beson-

deren Erfordernisse der jeweiligen Region sowie von wechselseitigen Substitutivitäten zwischen bestimmten Fachrichtungen, v. a. zwischen AM, IM bzw. KI);

- ergänzende globale Sicht auf die Planungsergebnisse (Vermeidung ungerechtfertigter regionaler Abweichungen in den Ergebnissen; Sicherstellung einer regionen- und bundesländerübergreifenden Abstimmung der Versorgungsangebote; Etablierung eines dynamischen Prozesses auf Bundesebene zur wechselseitigen Abstimmung zwischen den weiteren Arbeiten am ÖSG bzw. am ÖSG-Monitoring und den Arbeiten an den RSG).

Bundesweite Rahmenplanung nach Versorgungsregionen

Obwohl eine Datenvergleichbarkeit zwischen den unter 2.1.2 erwähnten Sektoren nur sehr eingeschränkt gegeben ist, erscheinen die bei der Sozialversicherung vorliegenden Datengrundlagen doch geeignet, um die in Artikel 4 (4) der Artikel-15a-Vereinbarung vorgesehene „Rahmenplanung des ambulanten Bereichs“ im Sinne einer groben Orientierung auf Ebene der 32 Versorgungsregionen zu erstellen. Die gemeinsame Analyse und Planung der ärztlichen Versorgungsangebote im gesamten ambulanten Bereich erfolgt dabei auf Basis einer bundesweit einheitlichen Messgröße, z. B. der versorgungswirksamen „ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten“ (ÄAVE) im Sinne des Regiomed-Systems (zur Berechnungsmethodik vgl. Legende zur Planungsmatrix im Anhang).

Die Festlegung der nachfolgend dargestellten Richtwerte zum ambulanten Versorgungsbereich erfolgte unter Berücksichtigung der im Jahr 2010 versorgungswirksamen ÄAVE im Sinne des Regiomed-Systems in allen unter 2.1.2 erwähnten Sektoren, der regionalen Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte sowie der Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßenverkehr. Zentraler Inhalt der Richtwerte ist die Festlegung der „Versorgungsdichte“ im ambulanten Bereich (ÄAVE pro 100.000 Einwohner) in einem bestimmten Intervall bzw. pro Fachrichtung. Dieses Versorgungsdichte-Soll-Intervall wurde auf Basis der in diesem Zeitraum bestehenden Versorgungsdichte im Bundesdurchschnitt (ohne Wien) durch Hinterlegung einer Bandbreite von $\pm 30\%$ gegenüber diesem Bundesdurchschnitt ermittelt.

Durch die Umsetzung dieses Versorgungsdichte-Soll-Intervalls im Rahmen von regionalen Detailplanungen (RSG) sollen ungerechtfertigte regionale Abweichungen in der ambulanten Versorgungsdichte vermieden und eine regionenübergreifende Abstimmung der Versorgungsangebote sichergestellt werden.

Bei der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen gelten die unten aufgelisteten Planungsrichtwerte als Orientierungsgrößen. Die Versorgungsdichte sollte in jeder Versorgungsregion nach Möglichkeit im angegebenen Intervall liegen. Eine regionale sektorenübergreifende Angebotsplanung für den ambulanten Versorgungsbereich kann durch die Grobabschätzung des Bedarfs über diese Richtlinien nicht ersetzt werden. Daher soll eine solche detaillierte Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf regionaler Ebene (Versorgungsregionen, ggf. auch Bezirke, Standortgemeinden) im Rahmen regionaler Detailplanungen (RSG) durchgeführt werden, wobei die lokalen Spezifika (inkl. Wechselwirkungen zwischen den Regionen) ebenso zu berücksichtigen sind wie die bundesweiten Richtlinien. Im Rahmen dieser Detailplanung sind insbesondere die o. a. Planungskriterien – je nach Datenverfügbarkeit – in angemessener Form zu berücksichtigen. Entsprechende Analyse- und Planungsmethoden können im Rahmen dieser Planungen entwickelt und erprobt werden.

Planungsrichtwerte - gesamter ambulanter Bereich (Planungshorizont 2020)

Fachrichtung/Fachbereich **	Err. (Min.)	VDmin	VDmax	VD2010	BEVmin
Allgemeinmedizin (AM)	10	35,6	66,1	50,9	2.000
Kinder- und Jugendheilkunde (KI)	20	4,0	7,4	5,7	17.600
Innere Medizin (IM)	20	8,4	15,7	12,1	8.300
Summe AM / KI / IM **	*	48,0	89,2	68,7	*
Kinder- und Jugendchirurgie (KCH)	*	*	*	*	*
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	*	*	*	*	*
Chirurgie (CH)	*	*	*	*	*
Neurochirurgie (NC)	*	*	*	*	*
Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH)	20	6,1	11,3	8,7	11.500
Neurologie (NEU)	30	2,2	4,1	3,1	31.800
Psychiatrie (PSY)	30	2,0	3,8	2,9	34.200
Dermatologie (DER)	25	2,8	5,3	4,1	24.600
Augenheilkunde (AU)	25	4,1	7,7	5,9	16.900
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	25	2,6	4,8	3,7	27.000
Urologie (URO)	25	2,0	3,7	2,8	35.400
Plastische Chirurgie (PCH)	*	*	*	*	*
Pulmologie (PUL)	30	1,4	2,5	1,9	51.700
Orthopädie und orthopädische Chirurgie (OR)	25	2,6	4,8	3,7	27.300
Unfallchirurgie (UC)	*	*	*	*	*
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	*	*	*	*	*
Nuklearmedizin (NUK)	*	*	*	*	*
Summe	*	73,8	137,2	105,5	*

Err. (Min.) = Erreichbarkeitsfrist in Minuten, binnen welcher **zumindest 90 %** der Wohnbevölkerung den jeweils nächstgelegenen leistungs anbietenden Standort*** der betreffenden Fachrichtung erreichen können sollen (Kriterium zur Standortplanung, daher ausschließlich im Sinne der Erreichbarkeit im Straßen-Individualverkehr 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. 2.2.2 des ÖSG)

VD = Versorgungsdichte - ÄAVE 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

VD2010 = Versorgungsdichte (ÄAVE pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung; ohne Wien) 2010

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 2010 (ohne Wien) / Anzahl ÄAVE 2010 (ohne Wien)

* Angaben derzeit nicht sinnvoll bzw. nicht verfügbar

** wechselseitige Substitutivitäten zwischen den Fachrichtungen (insbesondere zwischen AM, IM und KI) in regional unterschiedlicher Ausprägung zu beachten und in regionaler Detailplanung speziell zu analysieren bzw. zu berücksichtigen

*** leistungs anbietende Standorte bzw. ÄAVE: unmittelbar versorgungswirksame ärztliche Leistungserbringern/-erbringer (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien/Vertragsinstituten und in Spitalsambulanzen, letztere bei Erreichbarkeitsanalysen nur als Ist-Bestandsgröße einzubeziehen)

Anm.: Wohnbevölkerung 2010: 8.375.290 (ohne Wien: 6.676.468); Wohnbevölkerung 2020: 8.732.990 (ohne Wien: 6.921.436); 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, PAT, PMR

Quellen: HVSVT – Regiomed 2010; GÖG-eigene Berechnungen

Vergleichbarkeit und Monitoring

Zur Sicherstellung einer gemeinsamen Sicht einer qualitativ vollen und bundesweit möglichst gleichwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist eine Vergleichbarkeit des Planungsgeschehens und der Planungsergebnisse in Verbindung mit einem periodischen Monitoring erforderlich. In diesem Sinne bedarf es auch der Anwendung von Methoden zur Analyse der gesamten ambulanten Versorgung sowie zur Angebotsplanung, die bundesweit und zwischen den Sektoren vergleichbare Ergebnisse liefern. Auf diesem Wege soll die Nachvollziehbarkeit von Ist- und Soll-Aussagen bundesweit transparent gewährleistet werden.

Die tatsächliche Entwicklung der ambulanten Versorgungsangebote und -leistungen wird – analog dem stationären Bereich – über das „ÖSG-Monitoring“ abgebildet, aus dem regelmäßige Berichte über die Entwicklung der Angebots- und Leistungsstrukturen generiert werden.

2.2.4 Leistungsangebotsplanung

Die Angebotsplanung, bezogen auf Kapazitäten (z. B. Bettenanzahl, Personal) und auf fachrichtungsspezifische Organisationsstrukturen, ist zunehmend durch eine solche mit Bezug auf Leistungsmengen in Verbindung mit Qualitätskriterien und Mindestfrequenzen zu ergänzen, allenfalls auch zu substituieren.

Dabei ist eine Kontingentierung von medizinischen Leistungen zu vermeiden, um im Bedarfsfall eine ausreichende medizinische Versorgung ohne Ansehen von Alter, Geschlecht oder Herkunft von Patientinnen/Patienten zu gewährleisten. Eine integrative Leistungsmengenrahmenplanung sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich ist vorrangig für Leistungen (Leistungsbündel) vorzusehen, die hohe qualitative und infrastrukturelle Anforderungen an die Leistungsanbieter stellen bzw. einzeln gesehen oder in Summe ihrer Frequenzen kostenintensiv sind. Aus diesem Grund ist die Verfügbarkeit solcher Anforderungen bei der Leistungserbringung als zu erfüllendes Qualitätskriterium festzulegen, wie dies für planungsrelevante Leistungen in der Leistungsmatrix vorgesehen ist. Darüber hinaus erfolgt für spezielle Leistungen mit – bezogen auf die Bevölkerung – geringer Fallhäufigkeit eine überregionale Planung zur Sicherstellung einer effizienten Versorgungsstruktur bei vertretbarer Erreichbarkeit der Leistungsanbieter für die Bevölkerung im Bedarfsfall (vgl. „Überregionale Versorgungsplanung“ im Anhang).

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 durch entsprechende Anreizmechanismen in der Leistungssteuerung und/oder im Rahmen von regionalen Detailplanungen (RSG) zu gewährleisten.

2.3 Versorgungsstrukturen und Qualitätskriterien – allgemeine Festlegungen

Die nachfolgenden allgemeinen Ausführungen über die Versorgungsstrukturen erfolgen vorläufig im Wesentlichen zunächst eingeschränkt auf die Strukturen in Akut-KA. Darauf aufbauend wird ein Ausblick gegeben auf Möglichkeiten sektorenübergreifender integrierter Versorgungsstrukturen, die bis zur nächsten Revision des ÖSG konkretisiert werden sollen.

Dargestellt werden die abgestufte Versorgung durch Akut-KA bis hin zur Definition von Leistungsbündeln, die den Versorgungsstufen jeweils zugeordnet sind (inkl. Basisversorgung), sowie die unterschiedlichen Organisations- und Betriebsformen. Mit einer modularen Zusammensetzung der daraus entstehenden Optionen kann eine höhere Flexibilität bei der Gestaltung einer auf den regionalen Bedarf abgestimmten Angebotsstruktur für die jeweiligen KA-Standorte erreicht werden, um die medi-

zinische Akutversorgung patientenorientiert, wohnortnah und in der Versorgungsqualität hochwertig zu gewährleisten.

Mit der Wahl von prozessorientierten Betriebsformen können einerseits die Möglichkeiten aus der medizinischen Entwicklung hin zu Behandlungsformen mit höherer Planbarkeit sowie geringeren Verweildauern bzw. ambulanter Form genutzt werden. Andererseits kann mit solchen Betriebs- und Organisationsformen dem patientenspezifischen Bedarf auch bei längeren Rekonvaleszenzphasen entsprochen werden. Auf diese Weise soll jeweils diejenige Versorgungsform genutzt werden können, die dem jeweiligen fallspezifischen Bedarf (Patientenstatus und Behandlungserfordernis) am besten entspricht. Daraus ergeben sich als innerbetriebliche Optimierungsaufgaben ein entsprechendes Patienten- und Belegungsmanagement und daraus folgend eine Anpassung bzw. Redimensionierung des vollstationären Bettenangebots in den Akut-KA und dessen allfällige bedarfsorientierte Umwidmung (z. B. für Übergangs-/Kurzzeitpflege).

Die Inhalte der Kapitel 2.3.1 bis 2.3.4 gelten vorbehaltlich einer entsprechenden rechtlichen Regelung.

2.3.1 Versorgungsstufen

Das Versorgungsstufenkonzept im Bereich der Akut-KA ist vor allem geprägt von der Zuordnung Allgemeiner KA zu drei Versorgungsstufen (§ 2a KAKuG):

- Für Standard-KA ist das Angebot von zumindest je einer bettenführenden Abteilung für IM und CH vorgegeben. Diese können um weitere Organisationsformen anderer Fachrichtungen erweitert sein.
- Schwerpunktkrankenanstalten haben darüber hinaus fachrichtungsbezogene Organisationsformen (gem. § 2b KAKuG) für AU, GGH, HNO, DER, KI einschließlich NEO, NEU, PSY, OR, UCH und URO vorzuhalten.
- Zentralkrankenanstalten haben für alle Fachrichtungen Abteilungen und auf dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende spezialisierte Einrichtungen vorzuhalten.

Im Rahmen von Abteilungen dürfen alle Leistungen erbracht werden, für die Fachärztinnen/-ärzte des betreffenden Sonderfachs gemäß Ärzte-Ausbildungsordnung eine entsprechende Ausbildung und Berufsberechtigung aufweisen, sofern die geforderten Qualitätskriterien (Kap. 2.4 bis 2.7) und die planerischen Vorgaben (vgl. Kap. 2.8 sowie RSG bzw. Landes-Krankenanstaltenpläne) eingehalten werden.

Das Durchführen komplexer medizinischer Leistungen der Schwerpunkt- bzw. Zentralversorgung ist Fachabteilungen vorbehalten, die die erforderlichen Qualitätskriterien (vgl. Kap. 2.5) erfüllen und im ÖSG bzw. in den RSG als Referenzzentren ausgewiesen sind.

Für einige Fachrichtungen sind reduzierte Organisationsformen zulässig (Kap. 2.3.2), deren Versorgungswirkung sich auf ein eingeschränktes, vorrangig elektives Leistungsspektrum bezieht.

Die in den jeweiligen Organisationsformen zulässigen Leistungsbündel der unterschiedlichen Versorgungsstufen werden in der Leistungsmatrix (Kap. 2.7) definiert.

Dieses Versorgungsstufenkonzept wird um die Definition von Leistungsbündeln der Basisversorgung v. a. für operierende Fachrichtungen in der Leistungsmatrix (Kap. 2.7) erweitert, die ohne besondere Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur (z. B. GG, INT) und an das Komplikationsmanagement in einer Krankenanstalt erbracht werden können.

Im Rahmen von Modellversuchen können bisherige Standard-KA als Standard-KA der Basisversorgung geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von unter 50.000 Einwohnern verfügen und/oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer höherrangigen KA vorliegt. Diese Standard-KA der Basisversorgung müssen zumindest

- eine Abteilung für IM ohne weitere Spezialisierung aufweisen und
- eine permanente Erstversorgung mit Triage von Notfällen gewährleisten sowie
- auf Basisversorgungsleistungen beschränkte und in reduzierten Organisationsformen geführte operativ tätige Fachrichtungen vorhalten, die jeweils im RSG bzw. in den Landeskrankenanstaltenplänen samt deren Organisationsform anzuführen sind (die Basisversorgung in der CH ist dabei innerhalb der Betriebszeiten jedenfalls zu gewährleisten).

Ergänzende Einrichtungen für AG/R oder RNS sind bei Bedarf mit zu berücksichtigen. Die Organisation der entsprechend dem Patientenbedarf erforderlichen komplexeren medizinischen Versorgung ist durch Kooperation mit anderen KA höherer Versorgungsstufen sicherzustellen. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die definierten Basisversorgungsleistungen hinaus ist unzulässig und in diesen KA durch geeignete Maßnahmen (Anreizmechanismen) hintanzuhalten.

Dieses alternative Versorgungsmodell ist nur im Rahmen von – von den Landesgesundheitsplattformen entsprechend den Festlegungen in der Artikel-15a-Vereinbarung als RSG-Ergänzung (stationär und ambulant) zu beschließenden, der BGK anzuzeigenden und zu evaluierenden – Pilotprojekten zulässig (Evaluierungsergebnisse sind der BGK bekanntzugeben).

Die Ausformung einer Standard-KA der Basisversorgung als eigenständige KA ist grundsätzlich zulässig. Idealtypisch wird eine solche Standard-KA der Basisversorgung jedoch als dislozierte Betriebsstätte einer räumlich nahen KA höherer Versorgungsstufe zu führen sein. Die Vorteile eines solchen organisatorischen Verbunds sind:

- Sicherstellung des offenen Zugangs zu einer zeitnahen, dem Patientenerfordernis adäquaten und qualitativ abgesicherten Behandlung im abgestuften Versorgungssystem,
- fachliche und organisatorische Absicherung des notwendigen Personalmanagements (Qualifikationserhalt durch Personal- und Ausbildungsrotation, Versorgungssicherung durch verpflichtende Diensterteilungen) sowie
- Reduktion von Overheadkosten in der KA-Führung.

Bei dislozierten Organisationseinheiten bestehen erhöhte Anforderungen an die Dokumentation der Leistungserbringung, insbesondere hinsichtlich des Behandlungsortes und der fachärztlichen Zuständigkeit.

Standard-KA der Basisversorgung könnten zu integrierten Grundversorgungseinrichtungen („Gesundheitszentren“) weiterentwickelt werden (siehe Punkt 2.3.4).

2.3.2 Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

Die Leistungen von in den Akut-KA eingerichteten bettenführenden Fachrichtungen können im Rahmen folgender fachrichtungsspezifischer Organisationsformen geführt werden („Fachstruktur“; die neuen Organisationsformen können nur an bestehenden bettenführenden KA-Standorten eingerichtet werden; mit den vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen darf keine Öffnung in Richtung Konsiliar-/Belegarztsysteme erfolgen).

Grundsätzlich sind Abteilungen für das fachrichtungsspezifische Leistungsspektrum inkl. Akut- und Notfallversorgung (mit jederzeitiger Bereitschaft zur fachspezifischen Versorgung von ungeplanten Patientenzugängen) zuständig.

Als Akutfälle werden dabei alle ungeplanten Kontaktnahmen von Patientinnen/Patienten mit der KA ohne Termin mit einer fachspezifischen Versorgungseinheit verstanden. Notfälle sind solche ungeplanten Kontaktnahmen einer Patientin/eines Patienten mit einer Versorgungseinheit in der KA, bei denen je nach Schweregrad dringlicher Handlungsbedarf gegeben ist, um weiteren Schaden von der Patientin/vom Patienten abzuhalten.

Reduzierte Organisationsformen (DEP, FSP, dWK, dTK) sind in ihrem Leistungsauftrag vorrangig auf die planbare Leistungserbringung gemäß Leistungsmatrix (vgl. Kap. 2.7) begrenzt vorzusehen. Für FSP und dTK muss außerhalb der Kernarbeitszeit die ärztliche Leistungsbereitschaft nur für Behandlungserfordernisse im Zusammenhang mit stationären Aufenthalten sichergestellt werden. Bei DEP und dWK ist (während der definierten Betriebszeit) außerhalb der Kernarbeitszeit die fachärztliche Abdeckung der Akutversorgung, im Fall der dWK begrenzt auf jene im Rahmen der Basisversorgung, sicher zu stellen. Eine zeitliche Begrenzung der Betriebszeit bezieht sich im Fall von Satelliten-DEP auf die Tagesroutine inkl. Wochenende und im Fall von dWK auf die festgelegten Wochentage.

Alle Leiter der jeweiligen an einem KA-Standort eingerichteten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sollen als deren Vertreter in die Mitwirkung an der innerbetrieblichen Organisation am KA-Standort einbezogen werden.

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

Definitionen	<p>Referenzzentrum (RFZ) Spezialisierte Strukturen grundsätzlich innerhalb von KA auf Ebene der Schwerpunktversorgung bzw. der Zentralversorgung, in denen die Erbringung komplexer medizinischer Leistungen gebündelt wird (vgl. Kap. 2.5).</p>
	<p>Abteilung (ABT) Bettenführende Einheiten in Akutkrankenanstalten im Sinne von § 2a (1) KAKuG, vorzuhalten unter Beachtung der im ÖSG festgelegten Mindestbettenanzahl (vgl. Kap. 2.1).</p>
	<p>Department (DEP) Eingeschränkt auf Fachrichtung UC im Sinne von Satellitendepartments; vgl. Kap. 2.4.15.2; auf Einheiten der AG/R und RNS (jeweils im Rahmen von Abteilungen für IM oder NEU) sowie PSO (vorrangig im Rahmen von Abteilungen für PSY, IM, KI); grundsätzlich 15 bis 24 Betten; Sonderregelung für PSO (mindestens 12 Betten); eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode; zulässig nur zur Abdeckung von Versorgungslücken bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung und wenn in regionaler Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen.</p>
	<p>Fachschwerpunkt (FSP) Eingeschränkt auf Fachrichtungen AU, HNO, URO, OR, MKG und PCH*; 8 bis 14 Betten; eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode; zulässig nur zur Abdeckung von Versorgungslücken bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung und wenn in regionaler Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen.</p>
	<p>Dislozierte Wochenklinik (dWK) Bettenführender Teil einer Abteilung und diesem zugeordnete systemisierte Betten, in denen Behandlungen mit kurzer Verweildauer im Rahmen der Basisversorgung zusammengefasst und in einer von der Mutterabteilung räumlich getrennten Satellieneinheit <u>an einem anderen KA-Standort</u> durchgeführt werden; bettenführende Organisationseinheit im Rahmen der vom ÖSG bzw. RSG festgelegten Planbettenobergrenzen bzw. ausschließlich durch Umwidmung vollstationärer Kapazitäten einzurichten; eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode; nur in Standard-KA zulässig zur Abdeckung von Versorgungslücken bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung und wenn in regionaler Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen.</p>
	<p>Dislozierte Tagesklinik (dTK) Betten einer dTK <u>ohne vollstationäre bettenführende Einheit derselben Fachrichtung</u> am selben KA-Standort sind systemisierte Betten und daher im Rahmen der vom ÖSG bzw. RSG festgelegten Planbettenobergrenzen bzw. ausschließlich durch Umwidmung vollstationärer Kapazitäten einzurichten; eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode; zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn in regionaler Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen.</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p>Referenzzentrum Personelle Ausstattung gemäß Vorgaben zu Referenzzentren (vgl. Kap. 2.5)</p>
	<p>Abteilung Ärztlicher Dienst gemäß § 8 (1) KAKuG sicherzustellen</p>
	<p>Department 3 Fachärztinnen/-ärzte (davon eine/einer als Leiterin/Leiter und einer als Stellvertreterin/Stellvertreter).</p>
	<p>Fachschwerpunkt 2 Fachärztinnen/-ärzte (davon eine/einer als Leiterin/Leiter und eine/einer als Stellvertreterin/Stellvertreter) sowie nach Bedarf (niedergelassene) Ärztinnen/Ärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft.</p>

	<p>Dislozierte Wochenklinik Leitung der dislozierten Wochenklinik im Zusammenwirken mit der Mutterabteilung an anderem KA-Standort in der Anstaltsordnung zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung: Fachärztin/-arzt des betreffenden Sonderfachs, trägt medizinische Letztverantwortung. • Personelle Beschickung durch Fachärztinnen/-ärzte der fachspezifischen Mutterabteilung in Personalrotation. • Personelle Ausstattung in Abhängigkeit von örtlichen Gegebenheiten und regionalem Versorgungsbedarf. • Sicherstellung der organisatorischen sowie medizinischen Zusammenarbeit mit Mutterabteilung.
	<p>Dislozierte Tagesklinik Leitung der dislozierten Tagesklinik in der Anstaltsordnung zu regeln.</p>
Leistungsangebote	<p>Referenzzentrum Leistungsangebot gemäß aktueller Leistungsmatrix (vgl. „Leistungsmatrix“ – MEL-Zuordnung zu Mindestversorgungsstruktur RFZ)</p>
	<p>Abteilung Leistungsangebot zur Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich inkl. Notfallversorgung unter Beachtung des Maximalrahmens geplanter Leistungen gemäß aktueller Leistungsmatrix (vgl. „Leistungsmatrix“ - MEL-Zuordnung zu Mindestversorgungsstruktur dTK, ROF, ABT) sowie ggf. des, der KA in RSG bzw. Landes-Krankenanstaltenplan zugeordneten Versorgungsauftrags</p>
	<p>Department Für UC eingeschränktes Leistungsangebot gemäß aktueller Leistungsmatrix, (vgl. „Leistungsmatrix“, MEL-Zuordnung zu Mindestversorgungsstruktur dTK und ROF) in der Regel- inkl. Akutversorgung.</p>
	<p>Fachschwerpunkt Auf elektive (planbare) Eingriffe eingeschränktes Leistungsangebot gemäß aktueller Leistungsmatrix (vgl. „Leistungsmatrix“, MEL-Zuordnung zu Mindestversorgungsstruktur dTK und ROF).</p>
	<p>Dislozierte Wochenklinik Auf Basisversorgung eingeschränktes Leistungsangebot gemäß Leistungsmatrix (vgl. „Leistungsmatrix“, MEL-Zuordnung zu Basisversorgung „BV“ - J)</p>
	<p>Dislozierte Tagesklinik Eingeschränktes Leistungsangebot vorrangig elektiver Art gemäß aktueller Leistungsmatrix (vgl. „Leistungsmatrix“; MEL-Zuordnung zu Mindestversorgungsstruktur dTK)</p>
	<p>Für alle: Dokumentation der Leistungserbringung im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD)</p>
Sonstiges	<p>Abteilung Zeitlich uneingeschränkt zu betreiben</p>
	<p>Department Uneingeschränkte Betriebszeiten; bei Satellitendepartments für UC Kern-Arbeitszeiten auf Tagesroutine einschränkbar; Satelliteneinheit als räumlich getrennter Teil einer fachgleichen Mutterabteilung an anderer KA bzw. an anderem KA-Standort (ärztliche Versorgung erfolgt in Verantwortung der Mutterabteilung), untersteht jedoch in KA-organisatorischen Belangen der Ärztlichen Direktion des jeweiligen KA-Standorts</p>
	<p>Fachschwerpunkt Fixe Betriebszeiten, außerhalb dieser Betriebszeiten Rufbereitschaft mit Einsatzbereitschaft innerhalb von 30 Minuten; Anbindung an eine Fachabteilung derselben Fachrichtung außerhalb der Krankenanstalt als Kooperationspartner für fachspezifische Qualitätssicherung.</p>
	<p>Dislozierte Wochenklinik Durchgehende Betriebszeiten exkl. Wochenende, im Bedarfsfall Sicherstellung der Weiterbetreuung im Zusammenwirken mit der Mutterabteilung; Satelliteneinheit als räumlich getrennter Teil einer fachgleichen Mutterabteilung an anderer KA bzw. an anderem KA-Standort (ärztliche Versorgung erfolgt in Verantwortung der Mutterabteilung), untersteht jedoch in KA-organisatorischen Belangen der Ärztlichen Direktion des jeweiligen KA-Standorts</p>
	<p>Dislozierte Tagesklinik Fixe Betriebszeiten, außerhalb der Betriebszeiten Sicherstellung der (postoperativen) Nachsorge; Typ 1: Autonome Organisationseinheit in der KA mit fachgleicher Partnerabteilung in anderer KA als Kooperationspartner für fachspezifische Qualitätssicherung und Sicherstellung der Übernahme von Patientinnen/Patienten im Komplikationsfall bzw. mit Verlegungsbedarf in fachgleiche Abteilungsstruktur Typ 2 : Satelliteneinheit als räumlich getrennter Teil einer fachgleichen Mutterabteilung an anderer KA bzw. an anderem KA-Standort (ärztliche Versorgung erfolgt in Verantwortung der Mutterabteilung), untersteht jedoch in KA-organisatorischen Belangen der Ärztlichen Direktion des jeweiligen KA-Standorts</p>

* nach entsprechender Novelle des KAKuG

Sofern für private, nicht-gemeinnützige Akut-KA (PKA) keine Aufnahmeverpflichtung aufgrund eines öffentlichen Versorgungsauftrags gemäß § 18 Abs. 1 KAKuG besteht, können diese aufgrund vorrangig geplanter Aufnahmen ohne innerorganisatorische Fachgliederung geführt werden, wenn in der

Krankenanstalt eine (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 einer PKA auch ohne innerorganisatorische Fachgliederung zu gewährleisten, sind die Vorgaben zu den fachrichtungsbezogenen Organisationsformen in transformiertem Sinn behandlungsprozessbezogen wie folgt sicherzustellen:

Transformation für private nicht-gemeinnützige KA	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund eines Behandlungsvertrags zwischen Belegärztin/-arzt und Patientin/Patient liegt die ärztliche Behandlung im persönlichen Verantwortungsbereich der/des behandelnden Ärztin/Arztes/. • Tägliche Visite der in vertraglicher Behandlung stehenden Patientinnen/Patienten ist durch die Belegärztin/den Belegarzt oder deren Stellvertreter während der gesamten Aufenthaltsdauer zu gewährleisten. • Zur Nominierung von Stellvertretern, die mit den Usancen des jeweiligen Krankenhauses vertraut sind, ist die Invertragnahme von zumindest 3 Belegärztinnen/-ärzten je in der KA vertretenes medizinisches Sonderfach erforderlich. • Jederzeitige Erreichbarkeit der/des behandelnden Belegärztin/-arztes bzw. deren der Patientin/dem Patienten bekanntgemachten Stellvertreter ist durch geeignete organisatorische Maßnahmen zu gewährleisten. • Für die Sicherstellung der jederzeitigen Verfügbarkeit ärztlicher Hilfe sind im Rahmen der Dienstplanung fix zugeordnete Stationsärztinnen/-ärzte (Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin mit Notarztdiplom) vorzusehen. • Ausgehend vom Behandlungsvertrag zwischen Belegärztinnen/-ärzten und Patientinnen/Patienten wird die Sicherung der ärztlichen Behandlungsqualität durch die ärztliche Leitung gewährleistet. • Durch Einhaltung obiger Kriterien gilt das Qualitätskriterium Mindestversorgungsstufe (MVS) in der Leistungsmatrix als erfüllt (vgl. Kap. 2.7 Leistungsmatrix). • Mangels Versorgungsauftrag gemäß § 18 Abs. 1 KAKuG ist die Einhaltung der Erreichbarkeitsrichtwerte sowie der Mindestbettenanzahl je Abteilung nicht erforderlich.
--	--

2.3.3 Betriebsformen

Um stärkere Patientenorientierung und höhere organisatorische Flexibilität innerhalb der Akutversorgung in KA zu erreichen, sind die bisher an den Fachstrukturen orientierten Organisationsformen (Referenzzentren, Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte, Tageskliniken) durch Betriebsformen zu ergänzen, die den Prozess in den Mittelpunkt der Gestaltung der Betriebsstrukturen stellen. Das soll über eine interdisziplinäre Nutzung von Kapazitäten und Ressourcen nicht nur in den Behandlungsbereichen, sondern auch vermehrt im Pflegebereich der KA geschehen. Die fachliche Zuständigkeit für die jeweilige Patientenbehandlung bleibt davon unberührt.

Prozessorientierte Organisationseinheiten zeichnen sich aus durch

- das Anpassen der Versorgungsform an den medizinischen Bedarf bzw. an die (sozial-) medizinischen Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen/Patienten,
- das Bündeln gleichartiger Prozesse bzw. Prozessphasen innerhalb einer darauf ausgerichteten Struktur (homogene Prozesse und/oder Anforderungen an Betriebszeiten),
- eine verbesserte Planbarkeit der Abläufe sowie
- ein darauf abgestimmtes Bereitstellen von Ressourcen.

Zielsetzungen einer derartigen Organisationsentwicklung sind die Bedarfsorientierung sowie die Erhöhung von Prozess- und in der Folge auch Ergebnisqualität (von Patientenbedarf abhängiger Einsatz von Therapie und Pflegemaßnahmen) sowie gleichzeitig auch die Maximierung der Effizienz der Patientenbehandlung (Glättung von Nachfrageschwankungen, homogene Abläufe, gleichmäßige Leistungsdichte). Dies gilt insbesondere für den gezielten Personaleinsatz in qualitativer und quantitativer Hinsicht sowie für das Bereitstellen sonstiger aufgabenspezifischer Ressourcen (Material, Raum- und Geräteausstattung).

Neben der traditionellen Betriebsform der abteilungsbezogenen Pflegestationen mit einer Patientenbelegung ausschließlich durch eine Fachrichtung und unabhängig vom patientenspezifischen Pfl-

gebedarf oder von der absehbaren Aufenthaltsdauer werden zunehmend interdisziplinär geführte Stationsbereiche und darüber hinaus Tages- bzw. Wochenklinik-Stationen (für Kurzaufenthalte) eingerichtet.

Basisprinzipien der interdisziplinären Versorgung

Die Hauptzielsetzung einer interdisziplinären² Nutzung von Bettenkapazitäten ist ein auf den individuellen Behandlungs- und Pflegebedarf abgestimmtes Patienten- und Bettenmanagement zwecks bedarfsgerechter Bereitstellung und gleichmäßiger Auslastung vorhandener Ressourcen. Damit soll eine interdisziplinäre Ressourcennutzung innerhalb der KA-spezifischen Fachstruktur ermöglicht werden, ohne diese KA-Struktur aufzuheben oder zu erweitern. Sämtliche Fachrichtungen, deren Leistungen regelmäßig am jeweiligen KA-Standort angeboten werden sollen, sind in der regionalen Planung (z.B. in RSG) samt ihrer Organisationsform entsprechend auszuweisen.

Durch geeignete Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Patientinnen/Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten in der KA eingerichteten Fachstruktur, aber auch einer räumlichen Organisationseinheit zugeordnet werden können und dass dazu eine entsprechende Dokumentation erfolgt (z. B. durch „doppelten Funktionscode“).

Die spezifischen Versorgungserfordernisse bestimmter Patientengruppen hinsichtlich Unterbringung inkl. Pflegemaßnahmen und die speziellen Ausbildungserfordernisse an das betreuende Personal sowie daraus resultierende Anforderungen an die technische Infrastruktur dürfen durch ein interdisziplinäres Belegungsmanagement jedoch nicht beeinträchtigt werden (z. B. Kinder oder psychiatrische Patientinnen/Patienten).

Tageskliniken (TK) und Wochenkliniken (WK)

Tages- und Wochenkliniken sind stationäre Bereiche in einer KA, die als organisatorisch eigenständige Einheiten mit definierten Betriebszeiten (Tagesbetrieb bzw. Wochenbetrieb exkl. Wochenende) einerseits eine hohe Patientenorientierung aufweisen und andererseits hinsichtlich Ressourceneinsatz vorrangig für elektive Behandlungen (insbesondere solche der Basisversorgung) effiziente Betriebsformen darstellen.

In Tageskliniken erfolgen ausschließlich geplante tagesklinische Behandlungen. In Wochenkliniken besteht ein Mischbetrieb für tagesklinische Behandlungen und für stationäre Aufenthalte, die mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bis längstens zum definierten Betriebsschluss Ende der Woche abgeschlossen werden können. Im Fall eines unerwarteten weiterführenden stationären Behandlungserfordernisses hat frühzeitig eine Verlegung in eine andere geeignete bettenführende Einheit zu erfolgen. Zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs besteht insbesondere für Tageskliniken die Verpflichtung, für ausreichende sozialmedizinische Betreuung der Patientinnen/Patienten nach deren Entlassung Sorge zu tragen (Entlassungsmanagement).

Die den Tages- bzw. Wochenkliniken zugeordneten systemisierten Betten sind als Teil der in der KA oder in einer Mutterabteilung an einem anderen KA-Standort eingerichteten Fachstruktur speziell für diese Organisationseinheiten umzuwidmen und fachrichtungsspezifisch auszuweisen. Diese Betten sind innerhalb der betreffenden Fachrichtung bzw. an den betroffenen Standorten jedenfalls nicht additiv einzurichten.

Sowohl Tages- als auch Wochenkliniken können innerhalb derselben Fachrichtungen oder auch interdisziplinär geführt werden. Damit verbunden ist eine fachrichtungsspezifische Zuordnung jedenfalls der im Rahmen der interdisziplinären WK geführten Betten und deren quantitativer und qualita-

² Interdisziplinäre Kapazitätsnutzung bezieht sich auf eine Nutzung von Infrastruktur zur Patientenbehandlung durch mehrere in einer KA eingerichtete Fachrichtungen; die fachärztliche Zuständigkeit gemäß Ärzte-Ausbildungsordnung und ggf. KA-interner Regelungen für die jeweiligen Patienten/-innen entsprechend ihrem jeweils spezifischen Behandlungsbedarf wird dadurch nicht aufgehoben oder relativiert.

tiver Ausweis in der regionalen Planung. Sofern im Aufwand vertretbar, wäre dies auch für den Ausweis der Zusammensetzung von interdisziplinären Tageskliniken zweckmäßig (z.B. Bewertung mit Anrechnungsfaktor 1,5 zur Berücksichtigung in BMZ und MBZ - Empfehlung zum Einsatz des Modells „doppelter Funktionscode“).

Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten

Eine besondere Form effizienter Versorgungseinheiten stellen zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) für ungeplante Patientenzugänge mit vor allem akuter Symptomatik dar, die unter ärztlicher Zuständigkeit einer in der Notfallversorgung erfahrenen Ärztin / eines Arztes mit ius practicandi und erforderlichen weiteren Zusatzqualifikationen geführt werden. In Zentralkrankenanstalten ist der Einsatz auch von einschlägig qualifizierten Fachärztinnen/Fachärzten zulässig. Der/dem dafür qualifizierten Ärztin/Arzt obliegt die Entscheidung über Art der Behandlung und allfällige Zuleitung in die bedarfsspezifisch erforderliche Versorgungsstruktur bei gesicherter konsiliarischer Beziehung von Fachärztinnen/-ärzten aus den in der KA eingerichteten Fachstrukturen. Zur Absicherung dieser Kompetenz ist eine direkte Unterstellung dieses Erstversorgungs-Ärzteteams unter die ärztliche Leitung der KA erforderlich.

Zielsetzung der Einrichtung von ZAE ist die qualitative, am Patientenbedarf ausgerichtete Versorgung von Akutfällen, wobei vermeidbare stationäre Aufnahmen hintangehalten werden sollen. Die zentralen Funktionen einer solchen Organisationseinheit bestehen

- in der Erstbegutachtung und -behandlung ungeplanter KA-Zugänge (ohne Termin zur stationären Aufnahme oder zur Behandlung in einer Ambulanz),
- in der Triage hinsichtlich Weiterleitung zur Folgebehandlung in der dafür zuständigen Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen Erstversorgungs-KA im stationären oder ambulanten Bereich oder
- in einer einfachen abschließenden Versorgung.

Da ZAE rund um die Uhr geöffnet sind, ist eine durchgängige qualifizierte Erstversorgung von Notfällen sichergestellt. Nicht geeignet ist diese Einrichtung für die Erstversorgung von Schwerverletzten und für die Geburtshilfe. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Notarzt- und Rettungswesen ist anzustreben, um ein verlässliches Notfallversorgungssystem zu gewährleisten.

Zur Abklärung der Behandlungserfordernisse sowie zur Patientenbeobachtung sind stationäre Kurzaufenthalte bis max. 24 Stunden im Rahmen dieser Einheit ebenso zulässig wie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflege-Stationen bei Beginn der Routinedienste (Tagdienste). Für stationäre Aufnahmen in einer ZAE bedarf es der Vorhaltung von systemisierten Betten (umgewidmet aus dem Normalpflegebereich der KA, nicht additiv einzurichten), die im Tagesverlauf auch mehrfach belegt werden können. Bei einer Direktentlassung nach Abklärung und ggf. Behandlung einer Akutsymptomatik ist eine allenfalls erforderliche (häusliche) Betreuung familiär oder institutionell organisatorisch sicherzustellen.

Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE)

Die ausschließlich ambulante Begutachtung und Behandlung ungeplanter Patientenzugänge rund um die Uhr im Sinne der ZAE – allenfalls einschließlich einiger Beobachtungsbetten (Funktionsbetten) – kann auch durch eine ambulante Versorgungsstruktur wahrgenommen werden. In solchen Fällen sind formal und rechtlich abgesicherte enge Kooperationen mit einer Akut-KA einzugehen, insbesondere für Fallbesprechungen, Weiterbildung und zur Organisation der Unterbringung von stationär weiter zu versorgenden Patientinnen/Patienten.

Bei rechtlicher Integration solcher AEE in eine KA sind die AEE als dislozierte Spitalsambulanzen zu führen. Nachfolgend werden die Definitionen und Qualitätskriterien der oben dargestellten Betriebsformen festgelegt:

Betriebsformen

Definitionen	<p>Interdisziplinäre bettenführende Bereiche Bettenführende Bereiche mit Patientenbelag seitens mehrerer Fachrichtungen. Systemisierte Betten entsprechend Verfügbarkeit der in KA eingerichteten Fachstruktur zugeordnet; im Rahmen der vom ÖSG bzw. RSG festgelegten Planbettenobergrenzen bzw. ausschließlich durch Umwidmung vollstationärer Kapazitäten einzurichten; eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode.</p>
	<p>Tagesklinik (TK; im Rahmen einer Fachrichtung oder interdisziplinär) Eigenständige Organisationseinheit mit systemisierten (teilstationären) Betten zur Tagesklinik-Behandlung mit Entlassung am selben Tag wie Aufnahme; kann fachrichtungsspezifisch oder interdisziplinär geführt werden; die Fachrichtungs- und Bettenanzahl muss entsprechend der fachrichtungsspezifischen Verfügbarkeit im Rahmen der Fachstruktur der KA ausgewiesen werden; im Rahmen der vom ÖSG bzw. RSG festgelegten Planbettenobergrenzen bzw. ausschließlich durch Umwidmung vollstationärer Kapazitäten einzurichten; eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode.</p>
	<p>Wochenklinik (WK; im Rahmen einer Fachrichtung oder interdisziplinär) Eigenständige Organisationseinheit mit systemisierten (vollstationären) Betten für KA-Aufenthalte mit erwarteter Entlassung innerhalb definierter Betriebszeit; im Rahmen der vom ÖSG bzw. RSG festgelegten Planbettenobergrenzen bzw. ausschließlich durch Umwidmung anderer vollstationärer Kapazitäten einzurichten; eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode.</p>
	<p>Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (ZAE) Eigenständige Einrichtung, bestehend aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich (Beobachtung Patientin/Patient max. 24 h) mit systemisierten Betten im Rahmen der vom ÖSG bzw. RSG festgelegten Planbettenobergrenzen bzw. ausschließlich durch Umwidmung vollstationärer Kapazitäten; eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode; ggf. disloziert als Satelliteneinheit in begründeten Ausnahmefällen zulässig (z. B. zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung) und wenn in regionaler Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen (dislozierte Aufnahme- und Erstversorgungseinheit – dAE).</p>
	<p>Ambulante Erstversorgungseinheit (AEE) Interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und allfälliger Erstbehandlung inkl. Triage und ggf. Weiterleitung der Patientinnen/Patienten in erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur; nachfolgende Regelungen analog zu ZAE exkl. Aufnahmebereich</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p>Interdisziplinäre bettenführende Bereiche Personelle Ausstattung entsprechend patienten-spezifischem medizinischen und pflegerischen Bedarf; ärztliche Stationsführung durch eine Ärztin/ einen Arzt mit ius practicandi für AM; spezifische Patientenbehandlung und -betreuung durch Fachärztinnen/-ärzte der fallspezifisch erforderlichen, in KA eingerichteten Fachstruktur.</p>
	<p>Tagesklinik Personelle Ausstattung nach medizinischen und pflegerischen Anforderungen analog Normalpflegebereich, ergänzt um Anforderung aus Management von Tagesklinik-Aufenthalten (Vorstellung, Terminvereinbarung, Absicherung postoperativer Nachsorge und häuslicher Betreuung), reduziert um die geringere Betriebszeit. Ärztliche Leitung in der Anstaltsordnung zu regeln: für <u>interdisziplinäre TK</u>: Stationsführung durch darin qualifizierte Ärztin/Arzt mit ius practicandi für AM (AM oder Fachärztin/-arzt); bei TK im Rahmen einer Fachabteilung: Leitung aus zugehörigem Ärztestamm.</p>
	<p>Wochenklinik Personelle Ausstattung nach medizinischen und pflegerischen Anforderungen analog Normalpflegebereich, ergänzt um Anforderung aus Management von Wochenklinik-Aufenthalten (Vorstellung, Terminvereinbarung, Absicherung postoperativer Nachsorge und häuslicher Betreuung), reduziert um die geringere Betriebszeit. Ärztliche Leitung in der Anstaltsordnung zu regeln: für <u>interdisziplinäre WK</u>: Stationsführung durch darin qualifizierte Ärztin/Arzt mit ius practicandi für AM (AM oder Fachärztin/-arzt); WK im Rahmen einer Fachabteilung: Leitung aus zugehörigem Ärztestamm.</p>
	<p>Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit Personelle Ausstattung nach medizinischen und pflegerischen Anforderungen einer Erstversorgungs- bzw. Notfallambulanz (permanente in Notfallversorgung erfahrene ärztliche Präsenz), ergänzt um die Anforderungen der Patientenbetreuung im Beobachtungs-/Aufnahmebereich. Ärztliche Leitung in der Anstaltsordnung zu regeln; Qualifikationsanforderungen an das Ärzteteam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztin/Arzt mit ius practicandi für AM (AM oder Fachärztin/-arzt); • Praxis in der Erstversorgung • Gültiges Notarztdiplom oder notfallspezifische Zusatzausbildung in IM oder AN bzw. in Ausbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für IM oder AN • Jährlicher Nachweis in Notfallkompetenz (Reanimation, Notfall-Intubation) in Form von Weiterbildungen, Notarzt-Refresher und ERC-Kursen • Kenntnisse in Abdomen- und peripherer Gefäß- und Echsonographie • Kenntnisse in basaler Unfallversorgung • in Zentral-KA auch einschlägige Fachärztinnen/-ärzte ohne ius practicandi für AM mit o. a. Zusatzqualifikationen zulässig

Leistungsangebote	<p>Interdisziplinäre bettenführende Bereiche Patientenspezifische Behandlung in medizinischer Hinsicht ohne Unterschied zu einer solchen in einer abteilungsbezogenen Pflegestation; dem Patientenerfordernis angepasste Behandlung und Pflegeleistung.</p>
	<p>Tagesklinik Elektive operative Leistungen der Basisversorgung aus dem LKF-Tagesklinikcatalog; ggf. auch Leistungen aus den konservativen Bereichen, die als TK-Leistung erbringbar sind</p>
	<p>Wochenklinik Vorrangig elektive operative Leistungen und ggf. solche aus den konservativen Bereichen mit erwartbarer Entlassungsfähigkeit innerhalb der definierten Betriebszeit</p>
Infrastruktur	<p>Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und ggf. Erstbehandlung sonstiger ungeplanter KA-Zugänge; Triage hinsichtlich Weiterleitung zur Folgebehandlung in der dafür zuständigen Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden KA im stationären oder ambulanten Bereich, kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu max. 24 h, organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine Arbeitszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst).</p>
	<p>Interdisziplinäre bettenführende Bereiche Infrastruktur analog fachabteilungsbezogener Pflegeeinheit, ergänzt um administrative/technische Unterstützung einer multidisziplinären Belegungsorganisation samt den daraus resultierenden Anforderungen erhöhter Kommunikationsintensität mit ärztlichem Personal der belegenden Fachstrukturen.</p>
	<p>Tagesklinik Infrastruktur am KA-Standort vorzuhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präanästhesie-Ambulanz • Postoperativer Aufwachbereich/Überwachungsmöglichkeit
Sonstiges	<p>Wochenklinik Infrastruktur am KA-Standort vorzuhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präanästhesie-Ambulanz • Postoperativer Aufwachbereich/Überwachungsmöglichkeit
	<p>Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit Infrastruktur am KA-Standort, im Fall dislozierter Satelliteneinheit vor Ort vorzuhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Röntgen; im Fall dislozierter Satelliteneinheit mit Teleradiologie-Anbindung • Sonographie • 12-Kanal-EKG • Notfalllabor • Wundversorgung/Frakturbehandlung • im Aufnahmebereich Monitoring-Möglichkeit
	<p>Tagesklinik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betriebszeiten: fixe, am Bedarf orientierte Betriebszeiten; ausschließlicher Tagesbetrieb; außerhalb der Betriebszeiten: Sicherstellung der (postoperativen) Nachsorge • Standardisierte Prozessabläufe mit definierten Zuständigkeiten • Ergebnisqualitätsmessung
Sonstiges	<p>Wochenklinik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betriebszeiten: fixe, am Bedarf orientierte Betriebszeiten; Schließung am Wochenende; außerhalb der Betriebszeiten: Sicherstellung der (postoperativen) Nachsorge • Standardisierte Prozessabläufe mit definierten Zuständigkeiten • Ergebnisqualitätsmessung
	<p>Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uneingeschränkte Betriebszeiten • Einbettung in die Organisationsstruktur der KA über die Anstaltsordnung; der ärztlichen Direktion direkt unterstellt • Standardisierte Prozessabläufe mit definierten Zuständigkeiten • Qualitätssicherung durch Behandlungspfade, Checklisten auf Basis von EBM, Ergebnisqualitätsmessung • Im Fall einer dislozierten Satelliteneinheit: organisatorische Anbindung an KA höherer Versorgungsstufe durch zumindest verbindliche Kooperationsvereinbarung • Für Ausbildung zur/zum Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin als Tätigkeit in Lehrpraxis anrechenbar

2.3.4 Weiterentwicklung in Richtung integrierter Versorgungsstrukturen – Ausblick

Im Sinne einer integrativen regionalen Versorgungsplanung (siehe Kap. 1.1) werden sektorenübergreifende integrierte Versorgungsstrukturen an Bedeutung gewinnen.

Vor allem Modelle zur qualifizierten Erstversorgung müssen das Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Formen der ambulanten Versorgung (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien, Gruppenpraxen) einerseits und zwischen ambulanter und stationärer Versorgung andererseits optimieren. Ziel ist in jedem Fall eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung und eine im Bedarfsfall gesicherte rasche Zuleitung zu adäquaten, spezialisierten Versorgungsangeboten im abgestuften Versorgungssystem und im sozialmedizinischen Gesamtkontext. In diesem Sinne könnten ZAE und AEE – in regionaler Abstimmung zwischen intra- und extramuralem Bereich – über ihren jeweiligen Kernbereich hinausgehend auch weitere Funktionen übernehmen, die in den Gesundheitsplattformen einvernehmlich festzulegen und in den regionalen Planungen auszuweisen sind. Dabei ist sicherzustellen, dass die dafür erforderlichen Ressourcen in ausreichendem Maß zur Verfügung gestellt werden und ein Aufbau von Parallelstrukturen jedenfalls vermieden wird.

Strukturen für eine umfassende Grundversorgung („Gesundheitszentrum“) könnten erreicht werden auch in Form einer Weiterentwicklung von Standard-KA der Basisversorgung mit ergänzenden Angeboten (etwa zur Gesundheitsförderung oder zur Abdeckung der oftmalsigen Mangelversorgung im Bereich der außerstationären psychosozialen Versorgung, durch Einbindung einer sonstigen fachärztlichen Versorgung sowie anderer selbstständig tätiger Angehöriger nichtärztlicher Gesundheitsberufe) in den Räumen des Krankenhauses in Abstimmung mit dem Versorgungsauftrag und den Routinebetriebszeiten des Krankenhauses.

2.3.5 Personalbedarf und Personalplanung

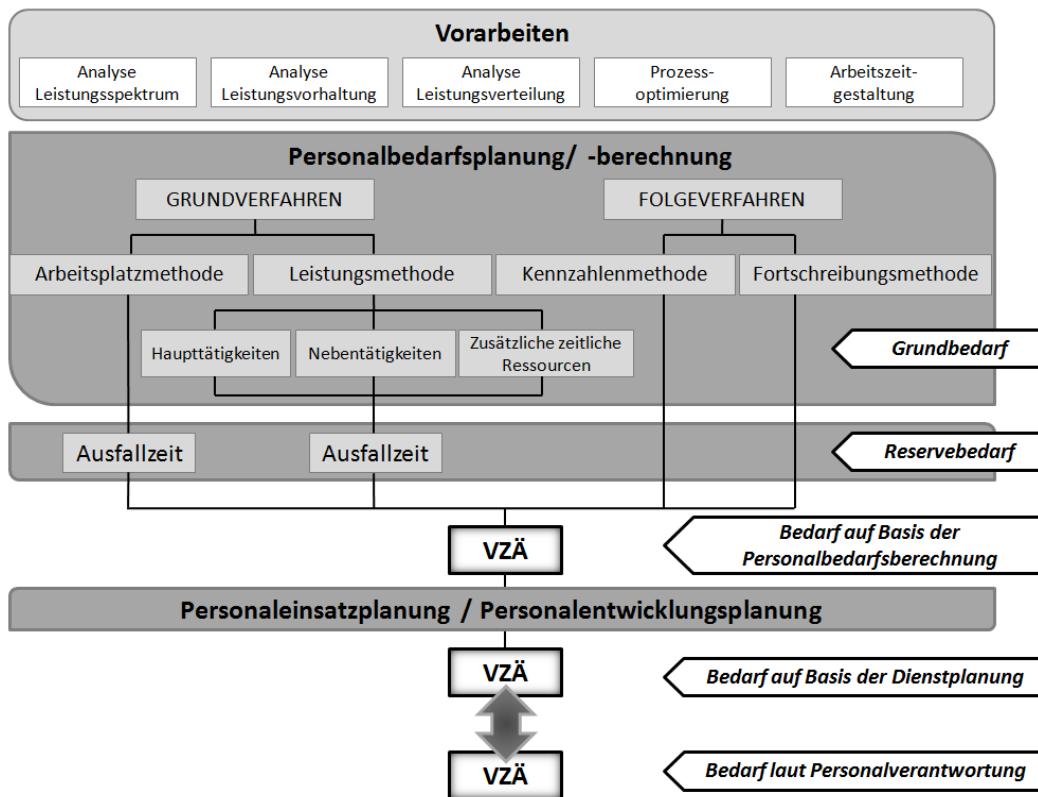
Bereits in den ersten Fassungen des ÖSG ab 2006 wurde die Personalausstattung in der Gesundheitsversorgung als ein wesentliches Element der Strukturqualität angeführt. Dem entsprechend war in den früheren ÖSG-Versionen vereinbart, zusätzlich zu den bereits definierten und für die LKF-Abrechnung relevanten Personalbedarfsfestlegungen weitere Personalbedarfe nach einer allgemeinen und objektivierbaren wissenschaftlichen Methodik bzw. in Form von Anhaltzzahlen in Differenzierung nach Berufsgruppen zu entwickeln und festzulegen.

Die diesbezüglichen Arbeiten führten zu dem Ergebnis, dass die Festlegung einer (einzigen) Methodik zur Ermittlung des Personalbedarfs nicht zielführend ist. Erstens sind in den Gesundheitsversorgungseinrichtungen bereits vielfach Vorgehensweisen und Methoden etabliert. Zweitens können alle wesentlichen, im Einsatz befindlichen Methoden (Arbeitsplatzmethode, Leistungsmethode, Kennzahlenmethode) – abhängig von Versorgungsbereich, Organisationseinheit und Berufsgruppe – möglichst optimale Ergebnisse liefern. Jedoch ist die Voraussetzung für die Sicherstellung einer transparenten und vergleichbaren Personalbedarfsplanung eine auf Mindeststandards basierende einheitliche Vorgehensweise.

Daher werden für den Prozess der Personalbedarfsberechnung einheitliche Mindeststandards in Form von Qualitätskriterien empfohlen. Diese beziehen sich insbesondere auf den stationären Versorgungsbereich auf Basis des § 8d KAKuG, sind jedoch grundsätzlich in allen personalintensiven Versorgungseinrichtungen bzw. primär für Angehörige von Gesundheitsberufen relevant. Die Personalbedarfsplanung muss immer im Zusammenhang mit der Personaleinsatz- und Personalentwicklungsplanung gesehen werden. Ergänzend zu den Qualitätskriterien stellt das „Handbuch für die Personalplanung“ in kompakter Form jene bekannten und erprobten Berechnungsmethoden dar, die je nach Arbeitsbereich im Sinne von Orientierungshilfen anwendbar sind, fasst die gesetzlichen Rahmenbe-

dingungen zusammen und definiert die verwendeten Begriffe im Interesse eines einheitlichen Verständnisses.

Abb. 3: Prozess der Personalbedarfsberechnung



Prozess der Personalplanung

Empfohlene Vorarbeiten	<p>Analyse des Leistungsspektrums</p> <ul style="list-style-type: none"> Ist-Erhebung (quantitativ und qualitativ, inkl. Leistungsbewertung) Soll-Planung (inkl. Berücksichtigung gesundheitspolitischer Ziele, Versorgungsaufträge etc.)
	<p>Analyse der Leistungsvorhaltung inkl. Berücksichtigung möglicher struktureller und personeller Optimierungen</p>
	<p>Analyse der Leistungsverteilung über den Tag in Bezug auf Art und Menge pro Berufsgruppe und Arbeitsbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> Erstellung von Tagesbesetzungsprofilen (Leistungsarten, Leistungsmengen, Leistungszeiten, Reihenfolge der Leistungserbringung) Abbildung/Schätzung der anfallenden Tätigkeiten im Tages-, Wochen- und Jahresverlauf Erstellung von Leistungsverteilungsprofilen
	<p>Prozessoptimierung</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse des Optimierungspotenzials auf Basis struktureller Gegebenheiten (insbesondere an Schnittstellen und in interdisziplinären Bereichen) Personalermittlung (quantitativ und qualitativ) nach Berufsgruppen Erstellung/Adaptierung von Stellenbeschreibungen, Qualifikations- und Tätigkeitsprofilen etc. Festlegung der zeitlichen und örtlichen Bereitstellung personeller und technischer Ressourcen für den Leistungsprozess
	<p>Arbeitszeitgestaltung</p> <ul style="list-style-type: none"> Flexibilisierung der Arbeitszeit, sofern berufs- und dienstrechtlich zulässig und möglich, Abdeckung von Bedarfsspitzen EDV-gestützte Dienstplangestaltung Wahl geeigneter Dienstformen und Dienstlängen, sofern berufs- und dienstrechtlich zulässig und möglich Glättung des Arbeitszeitprofils (Entkoppelung von Arbeitszeiten und Betriebszeiten, Ausnahme: Vorhalteleistungen) Berücksichtigung vorhersehbarer Leistungsschwankungen

Personalbedarfsplanung	<p>Grundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Differenzierung nach Personalgruppen, Leistungsbereichen und Planungsperioden • Berechnung nach Personalgruppen mit auf ein Jahr bezogenen Durchschnittswerten auf (Plan-)Stellenebene • Stellenbeschreibungen mit Anforderungsprofil und Aufgabenbeschreibung <p>Anforderungen</p> <p>Fortschreibung des Ist-Standes, sofern sich aus den Vorarbeiten kein Änderungsbedarf ergibt</p> <p>Methode</p> <p>Wahl jener Methode, die für den zu untersuchenden Bereich die genauesten Ergebnisse liefert (Arbeitsplatzmethode, Kennzahlenmethode und/oder Leistungsmethode, siehe „Handbuch für die Personalplanung“), bei der Berechnung von Bruttoarbeitszeiten Berücksichtigung eines Reservebedarfs</p>
Personaleinsatzplanung	<p>Grundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse der Leistungsverteilung • Flexible Orientierung an Leistungsanfall und Auslastung unter Berücksichtigung zeitlicher Interessen des Personals nach Maßgabe des Dienstbetriebes • Einsatzzeiten entsprechend dem tatsächlichen Besetzungsbedarf • Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse bei der Gestaltung von Dienstplänen • Erstellung der Dienstpläne in den Bereichen, Abteilungen und Teams dezentral und multiprofessionell; Abstimmung und Kontrolle zentral • Berücksichtigung (planbarer) Ausfallzeiten bereits bei der Dienstplanung <p>Anforderungen</p> <p>Kontinuierliche Überprüfung des Leistungsanfalls und Abstimmung mit dem Personaleinsatz</p>
Personalentwicklungswillungsplanung	<p>Grundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bildungsbedarfs- und Fluktuationsanalysen <p>Anforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transparente Darstellung der Fort- und Weiterbildungsangebote • Zeitanteile der Fort- und Weiterbildung nach Berufsgruppe und Betriebsnotwendigkeit bzw. Betriebsinteresse • Dokumentation der Inanspruchnahme

2.4 Festlegungen zu ausgewählten Fachbereichen

Im vorliegenden Kapitel sowie in den nachfolgenden Kapiteln 2.5 und 2.6 werden Planungsgrundsätze und Qualitätskriterien für die Intensiv- und Normalpflegebereiche der bettenführenden Sonderfächer sowie spezieller Versorgungseinrichtungen (z. B. PSO, AG/R, HOS/PAL) festgelegt, weiters für nicht bettenführende Sonderfächer, für Referenzzentren (Additivfächer der CH und IM bzw. weitere Bereiche mit Erbringung komplexer medizinischer Leistungen) sowie für besondere Bereiche der Leistungsangebotsplanung (z. B. Dialyse).

Die Intention der Qualitätskriterien besteht darin, dass Leistungen unter bestimmten qualitativen Voraussetzungen (v.a. personelle und infrastrukturelle Ausstattung) erbracht werden.

Die qualitätsbezogenen Inhalte des ÖSG (Kapitel 2) gelten grundsätzlich für alle Leistungserbringer in Österreich – unabhängig von deren organisatorischen Strukturen, Trägerschaft und deren sektoraler Zugehörigkeit – gleichermaßen. Nur dort, wo die ÖSG-Inhalte nicht unmittelbar anwendbar sind, sind diese Inhalte entsprechend den Transformationsregeln anzuwenden. Die Qualitätskriterien des ÖSG sind somit auch für alle in privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-KA (PKA) behandelten Fälle behandlungsprozessbezogen – unabhängig von der Zahlungszuständigkeit – verbindlich.

Generaltransformationsregel für private nicht gemeinnützige Akut-Krankenanstalten (PKA):

Alle in Kapitel 2 enthaltenen Qualitätskriterien, insbesondere hinsichtlich Personal und Infrastruktur, sind im Anlassfall einer Behandlung einzuhalten: Das heißt, immer dann, wenn eine Patientin/ein Patient in einer PKA in stationärer Behandlung ist, für die Qualitätskriterien definiert sind, ist deren Einhaltung in der PKA sicherzustellen. Bei entsprechend großen Fallzahlen sind die Vorgaben für die Behandlung für mehrere Patientinnen/Patienten gleichzeitig und über längere Zeiträume sicherzustellen.

Die behandlungsprozessbezogene Einsatzbereitschaftszeit von entsprechend qualifiziertem Personal beträgt im Anlassfall max. 30 Minuten. Für deren Einhaltung ist durch geeignete organisatorische Maßnahmen (z. B. Bereitschaftspläne) Vorsorge zu treffen. Zur Überbrückung dieser Frist ist für stationäre Patienten die Anwesenheit von notfallmedizinisch qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Personal sicherzustellen.

Für einige Fachrichtungen, insbesondere für die Intensivversorgung, gelten spezielle Transformationsregeln für PKA. Soweit sich die speziellen „Transformationsregeln für PKA“ nur auf Teile der Bestimmungen zur jeweiligen Fachrichtung bzw. spezielle Versorgungsbereiche beziehen, sind die restlichen Vorgaben nach der Generaltransformationsregel zu gewährleisten. Zur speziellen Transformationsregel für die Leistungserbringung, die den Referenzzentren vorbehalten ist, siehe Kapitel 2.5.

Dieser Grundsatz gilt ohne Ausnahme, auch in Bezug auf die Teilnahme an Ergebnisqualitätsregistern.

In der „Leistungsmatrix“ (LM) (Kap. 2.7) werden spezielle Qualitätskriterien für einzelne MEL sowie deren Zuordnung auf eine „Mindestversorgungsstruktur“ (MVS) definiert. Die Qualitätskriterien gelten auch für jene Krankenanstalten (z. B. Sanatorien), die keine organisatorischen Strukturen (z. B. Abteilungen oder reduzierte Organisationsformen; vgl. Spalte „Mindestversorgungsstruktur“ in der „Leistungsmatrix“) aufweisen. Dabei sind die entsprechenden Festlegungen in – soweit notwendig – transformiertem Sinn im Anlassfall prozessbezogen anzuwenden.

Die Verfügbarkeit von ausreichend DGKP wird grundsätzlich in allen Bereichen vorausgesetzt. Die in den Kapiteln 2.4 bis 2.6 enthaltenen Personalangaben sind als Richtwerte zu interpretieren, die in der Folge zu evaluieren und gegebenenfalls zu modifizieren sind. Abweichungen von diesen Personalangaben sind jeweils zu begründen (begründete Ausnahmefälle). Die Ausübung der Tätigkeiten der Angehörigen sämtlicher ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsberufe erfolgt nur im Rahmen der für diese Berufsgruppen jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen (ÄrzteG, GuKG, MTD-Gesetz etc.).

2.4.1 Anästhesiologie und Intensivmedizin/Intensivversorgung (AN/INT)

Anästhesiologische Versorgung

Definitionen, Zielgruppen	<p>Perioperative Betreuung und Versorgung von operativen Patientinnen und Patienten aller Fachdisziplinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präoperative Evaluierung und Risikostratifizierung • Intraoperative Betreuung inklusive Anästhesieführung (Allgemein- und Regionalanästhesien), Sedoanalgesie, Überwachung und Erhaltung der Vitalfunktionen sowie intraoperative Transfusionsmedizin während operativer Eingriffe und diagnostischer Eingriffe • Postoperative Überwachung, Erhaltung der Vitalfunktionen inklusive postoperative Infusions- und Transfusionsmedizin • Schmerztherapie bei postoperativen und chronischen Schmerzen
Infrastruktur	<p>Pro Anästhesiearbeitsplatz als Standardausstattung für die Durchführung von Allgemein- und Regionalanästhesien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Anästhesierespirator inklusive entsprechender Gasversorgung und Absaugereinheit sowie Möglichkeit der Messung des in- und endexpiratorischen CO₂ • Alle zur Narkoseführung notwendigen Instrumente und Medikamente inklusive etwaiger antagonistischer Medikation • Notfallinstrumente zur Luftwegssicherung <p>In der operativen Einheit verfügbar: 1 Defibrillator</p> <p>Standardmonitoring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EKG mit Extremitätenableitung • Nichtinvasive Blutdruckmessung • Pulsoxymetrie • Temperaturmessung (Verfügbarkeit) • Neuromuskuläres Monitoring (Verfügbarkeit) <p>Zusätzliche Ausstattung an Krankenanstalten mit Schwerpunktversorgung und Zentralversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit des invasiven hämodynamischen Monitorings • Verfügbarkeit der Bronchoskopie • Verfügbarkeit der Sonographie für Regionalanästhesie, Gefäßpunktion und diagnostische Zwecke • Verfügbarkeit der transösophagealen Echokardiographie • Verfügbarkeit einer „point of care“-Gerinnungsdiagnostik • Nichtinvasives Wärmesystem • Maschinelles Autotransfusionsverfahren

Anästhesiologische Versorgung von Kindern (gilt für die im Kapitel Kinder- und Jugendheilkunde sowie Kinderchirurgie definierten KA-Typen 1 -4)

Versorgungsstrukturen	<p>AN-Versorgung von Kindern (gilt für KA-Typen 1–4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • AN-Versorgung von Kindern im Alter < 1 Jahr sowie bei schweren Eingriffen und/oder wesentlicher Prä-/Ko-Morbidität ausschließlich in KA des KA-Typs 1 und unter Verfügbarkeit einer PIMCU mit mechanischer Beatmungsmöglichkeit (ausgenommen Notfälle); • AN-Versorgung von Kindern im Alter < 3 Jahre nur unter bestimmten Voraussetzungen (vgl. Rubrik „Personalausstattung und -qualifikation“).
Personalausstattung und -qualifikation	<p>AN-Versorgung von Kindern im Alter < 3 Jahre nur unter folgenden Voraussetzungen (gilt für KA-Typen 1–4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • >= 2 primär für die Kinder-AN verantwortliche Fachärztinnen/-ärzte (Nachweiserfordernis von >= 30 durchgeführten Anästhesien an unter 1-Jährigen) • Verpflichtungen der primär verantwortlichen Fachärztinnen/-ärzte: Fortbildung in Kinder-AN (>= 1 Fachtagung in 2 Jahren) oder Hospitation in KCH-Einheit einer KA des KA-Typs 1 (>= 1 Woche alle 2 Jahre); Führen eines Logbuchs über alle Kinder-Anästhesien an unter 6-Jährigen; • >= 2 primär verantwortliche DGKP mit Nachweis der gesetzlich vorgeschriebenen Sonderausbildung für AN gemäß GuKG und Nachweis einer praktischen Ausbildung >= 1 Monat in KCH-Einheit einer KA des KA-Typs 1; • Verpflichtungen der/des primär verantwortlichen DKKS/DKKP: Fortbildung im Bereich der Kinder-AN (>= 1 Fachtagung in 2 Jahren) oder Hospitation in KCH-Einheit einer KA des KA-Typs 1 (>= 1 Woche alle 2 Jahre)
Sonstiges	<p>Führung eines Logbuchs über durchgeführte Kinder-Anästhesien; Nachweise über Fortbildungen und/oder Hospitation (s. o.); Teilnahme an „Critical Incident Reporting System“.</p>

Intensivversorgung

Definitionen, Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Gewährleistung einer flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung bzw. Überwachung • Transferierung von Patienten in längerfristiger Intensivbehandlung (insbesondere von solchen mit schweren organischen Dysfunktionen) in Krankenanstalten mit entsprechend ausgestatteten Intensivbereichen • Aufgaben (ärztliche/pflegerische) der Intensivbereiche: <ul style="list-style-type: none"> • Intensivbehandlung und Intensivpflege (Intensive Care, entspricht Intensivbehandlungseinheit gemäß LKF) • Intensivüberwachung und Intensivpflege (Intermediate Care, entspricht Intensivüberwachungseinheit gemäß LKF) • Intensivbehandlungseinheit und Intensivüberwachungseinheit sind nur strukturell hinsichtlich der apparativen und personellen Ausstattung zu differenzieren, gehen aber in Bezug auf die Behandlungskontinuität fließend ineinander über.
Infrastruktur/Rahmenbedingungen Erwachsenen-Intensivbereiche	<ul style="list-style-type: none"> • Erwachsenen-Intensivbereiche <ul style="list-style-type: none"> • Differenzierung entsprechend dem dreistufigen LKF-Modell in Intensivbehandlungseinheiten (= Intensive Care) sowie in Intensivüberwachungseinheiten (= Intermediate Care Unit) • Bei räumlicher Nähe sind Synergien durch Nutzung des gleichen Personal- und Gerätepools anzustreben. • Rahmenbedingungen für die intra- und interdisziplinäre Organisation (insbesondere bei Neuplanungen bzw. Umstrukturierungen): <ul style="list-style-type: none"> • Angliederung der Überwachungseinheit an die Intensivbehandlungseinheit ist anzustreben, • Mehrere getrennte INT-Einheiten sind synergistisch und räumlich nahe zu organisieren (vor allem aus Gründen der Ausbildung, Patientenplanung, Gestaltung des Versorgungsprozesses). • Die gemeinsame Nutzung von Labor, Diagnostik, Radiologie sowie von Hilfsmitteln zur Mobilisation ist sicherzustellen. • Leitungsfunktion/Stellvertretung ist in geeigneter Weise sicherzustellen. • Mindestens wöchentliche Interventions- und Operationsplanung zur Bettenbelegung zwischen den Fachdisziplinen zur Sicherstellung und Abstimmung des Zugangs zur Intensivbehandlungs- oder Überwachungseinheit • Fachspezifische Verantwortung für die jeweils der Fachdisziplin zuzuordnenden Patienten • Eigene Kostenstelle für die Überwachungseinheit und die Intensivbehandlungseinheit zur Sicherstellung der getrennten LKF-Abrechnung • Hochspezialisierte Intensivbehandlungseinheiten (bspw. NC/NEU, Transplantation, Versorgung von Brandverletzten) sind für die Integration in interdisziplinäre Organisationseinheiten nicht geeignet.
Infrastruktur Pädiatrische/ neonatologische Intensivbereiche	<ul style="list-style-type: none"> • Pädiatrische/neonatologische Intensivbereiche Differenzierung entsprechend dem LKF-Modell in Intensivüberwachungs- bzw. Intensivbehandlungseinheit. Eine gemeinsame Führung von KI- und NEO-Intensivbehandlungseinheiten ist möglich.
Leistungsangebote für Erwachsenen-Intensivbereiche	<ul style="list-style-type: none"> • Intensivbehandlungseinheit (ICU) für Erwachsene Wiederherstellung der <u>Vitalfunktionen</u>, die in lebensbedrohlicher Weise <u>gestört</u> sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere intensivtherapeutische Maßnahmen aufrecht erhalten werden müssen • Intensivüberwachungseinheit (IMCU) für Erwachsene <ul style="list-style-type: none"> • Überwachung und Behandlung von Patientinnen/Patienten, deren <u>Vitalfunktionen gefährdet</u> sind • Sicherstellung der Möglichkeit zur <u>kurzfristigen</u> (auf einige Tage beschränkte) <u>Intensivbehandlung</u> (insbesondere künstliche Beatmung: maximal 48 Stunden) und apparative Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen nur in begründeten Ausnahmefällen • Die Einschränkungen bezüglich künstlicher Beatmung gelten nicht für Intensivüberwachungseinheiten (Respiratory Care Unit, RCU) der Fachrichtung Pulmologie, da die mechanische Atemhilfe ein typisches Leistungsmerkmal für pulmologische Intensivüberwachungseinheiten darstellt.

Intensivversorgung (Fortsetzung)

Leistungangebote für pädiatrische/ neonatalogische Intensivbereiche	<ul style="list-style-type: none"> • Intensivbehandlungseinheit für Kinder und Jugendliche (PICU) <ul style="list-style-type: none"> • Kinder (Alter < 15 Jahre): Versorgung in kindgerechter Umgebung sicherzustellen; Jugendliche (Alter 15–18 Jahre): Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenintensivbehandlungseinheit • Wiederherstellung der <u>Vitalfunktionen</u>, die in lebensbedrohlicher Weise <u>gestört</u> sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere intensivtherapeutische Maßnahmen aufrecht erhalten werden müssen • Intensivüberwachungseinheit für Kinder und Jugendliche (PIMCU) <ul style="list-style-type: none"> • Kinder (Alter < 15 Jahre): Versorgung in kindgerechter Umgebung sicherzustellen; Jugendliche (Alter 15–18 Jahre): Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenintensivüberwachungseinheit • Behandlung von Kindern und Jugendlichen ohne akute Gefährdung der vitalen Funktionen, welche eine kontinuierliche Überwachung benötigen • <u>Keine</u> Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen • Intensivbehandlungseinheit für Früh- und Neugeborene (NICU) <ul style="list-style-type: none"> • 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 Früh- und Neugeborene (NIMCU) <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung von Früh- und Neugeborenen ohne akute Gefährdung der vitalen Funktionen, welche eine kontinuierliche Überwachung benötigen • <u>Keine</u> Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen, jedoch Sicherstellung der <u>kurzfristigen</u> Beatmungsmöglichkeit im Notfall bis zum Transfer in eine NICU.
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme der NEO-Einheiten an einem Outcomeregister zur Erfassung der Nachsorge aller Frühgeborenen mit einer Gestationswoche ≤ 31+6, sobald dieses Register entwickelt und österreichweit umgesetzt ist. • Postoperative Aufwachbereiche nicht dem Intensivbereich zuzurechnen (keine eigenständigen bettenführenden Bereiche) <p><u>INT-Transformationsregel für PKA:</u></p> <p>Allgemein: Sämtliche personellen und apparativen Ausstattungsvorgaben sind entsprechend der Anzahl der behandelten Patientinnen/Patienten mit Intensivbedarf vorzuhalten. Sobald eine Leistung, die gemäß Leistungsmatrix (vgl. Kap. 2.7) eine Intensiv-Behandlungseinheit 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 der Stufe 1 entsprechenden Qualität rund um die Uhr in der leistungserbringenden PKA behandlungsprozessbezogen im Anlassfall binnen 30 Minuten zu gewährleisten.</p> <p>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 PKA nicht bindend.</p>

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Anästhesiologie (AN)

		Intensivüberwachungseinheit (UE/IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (IE/ICU)		
			Stufe I	Stufe II	Stufe III
Personal	Ärztliches Personal - Leitung	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin
	- Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin muss in der KA verfügbar sein	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin muss in der KA verfügbar sein	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder fachspezifische/r Turnusärztin/-arzt, die/der rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein/e Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder ein/e fachspezifische/r Turnusärztin/-arzt in Rufbereitschaft verfügbar sein ^{1,2}	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder fachspezifische/r Turnusärztin/-arzt, die/der rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein/e Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder ein/e fachspezifische/r Turnusärztin/-arzt in der Krankenanstalt anwesend sein ²
	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	DGKP	DGKP mit Intensivausbildung ³	DGKP mit Intensivausbildung ³	DGKP mit Intensivausbildung ³
Infrastruktur	Mindestbettenanzahl ^{4,5} (systemisiert)	4	6	6	6
	Betriebszeit	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr
Apparative Ausstattung	• EKG-Monitor mit Zentraleinheit	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• NIBP unblutig	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Invasive Druckmessung	in KA verfügbar	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (3 Kanäle)
	• ZVD-Messung	in KA verfügbar	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• O ₂ -Insufflation	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Pulsoximetrie	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Temperaturmessung	in KA verfügbar	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)
	• Absaugung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Mehrkanal-EKG	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar
	• Defibrillator (inkl. externer Schrittmacher)	in UE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Notfall-Instrumentarium ⁶	in UE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O ₂ -Anreicherung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
• Beatmungsgerät	1 Gerät in KA verfügbar	n ⁷ minus 3 Geräte pro Intensivseinheit ⁸	n ⁷ minus 1 Gerät pro Intensivseinheit ⁸	pro Bett ⁸	
• Atemtherapiegerät, z. B. CPAP od. IPPB	1 Gerät in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Anästhesiologie (AN) (Fortsetzung)

	Intensivüberwachungseinheit (UE/IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (IE/ICU)			
		Stufe I	Stufe II	Stufe III	
Apparative Ausstattung (Fortsetzung)	• Transportbeatmung und -überwachung	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Infusions- u. Infusions-spritzenpumpen	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 6 Geräte pro Bett	mind. 8 Geräte pro Bett
	• Notfall-Labor	in KA verfügbar	in IE verfügbar ⁹	in IE verfügbar ⁹	in IE verfügbar ⁹
	• Kapnometrie	–	pro Beatmungsplatz	pro Beatmungsplatz	pro Beatmungsplatz
	• Moderne nichtinvasive oder semiinvasive Möglichkeit der HZV-Messung	–	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• fahrbares Bett-röntgen	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar
	• Sonographie	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Bronchoskopie	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Patientenwärme- bzw. Kühlaggregat	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Hämofiltration/Diafiltration	–	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Dialyse	–	–	–	in KA verfügbar
	• Intraaortale Ballon-gegenpulsation	–	₁₀	₁₀	₁₀
	• Messung des intrakraniellen Drucks	–	₁₁	₁₁	₁₁

- ¹ Im Fall der Abwesenheit der/des Fachärztin/-arztes für AN und Intensivmedizin oder der/des fachspezifischen Turnusärztin/-arztes 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.
- ² Es muss gewährleistet sein, dass einer der genannten Ärztinnen/Ärzte ein/e Fachärztin/-arzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin ist; die Verfügbarkeit von ausschließlich zwei fachspezifischen Turnusärztinnen/-ärzten ist nicht zulässig. Der Begriff „fachspezifischer Turnusarzt“ ist im Sinne von § 3 (3) ÄrzteG als in Ausbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin befindlicher Arzt zu interpretieren; zulässiger Einsatz dieser Ärztinnen/Ärzte entsprechend Rasterzeugnis.
- ³ Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege haben. Dieser Richtwert soll bis 2020 erreicht werden. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.
- ⁴ Die Unterschreitung der Mindestabteilungsgröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.
- ⁵ In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.
- ⁶ insbesondere Intubationsbesteck, Magillzange
- ⁷ n = Anzahl der Betten
- ⁸ Ein Beatmungsgerät muss nicht stets, z. B. bei Behandlung eines nicht beatmungsbedürftigen Patienten, am einzelnen Bett stationiert sein. Ein entsprechendes Ausfallkonzept ist vorzusehen.
- ⁹ Auf Intensivbehandlungseinheiten der Stufe I bis III müssen folgende Messungen jederzeit möglich sein: Blutgasanalyse, Natrium, Kalium, Hämoglobin, Hämatokrit, Glukose im Blut.
- ¹⁰ Muss in der KA verfügbar sein.
- ¹¹ Muss auf Intensivbehandlungseinheiten mit entsprechendem Patientenkollektiv verfügbar sein.

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Interdisziplinär

		Intensivüberwachungseinheit (UE/IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (IE/ICU)		
			Stufe I	Stufe II	Stufe III
Personal	Ärztliches Personal - Leitung	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin ¹	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin ¹	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin ¹	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin ¹
	- Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder für IM muss in KA verfügbar sein ²	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder für IM ³ muss in KA verfügbar sein ²	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder für IM ³ , die/der rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist ^{2,4}	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin, die/der rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist ²
	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	DGKP	DGKP mit Intensivausbildung ⁵	DGKP mit Intensivausbildung ⁵	DGKP mit Intensivausbildung ⁵
Infrastruktur	Mindestbettenanzahl ^{6,7} (systemisiert)	4	6	6	6
	Betriebszeit	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr
Apparative Ausstattung	• EKG-Monitor mit Zentraleinheit	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• NIBP unblutig	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Invasive Druckmessung	in KA verfügbar	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (3 Kanäle)
	• ZVD-Messung	in KA verfügbar	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• O ₂ -Insufflation	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Pulsoximetrie	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Temperaturmessung	in KA verfügbar	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)
	• Absaugung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Mehr-Kanal-EKG	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar
	• Defibrillator (inkl. externer Schrittmacher)	in UE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Notfall-Instrumentarium ⁸	in UE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O ₂ -Anreicherung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Beatmungsgerät	in KA verfügbar	n ⁹ minus 3 Geräte pro Intensiveinheit ¹⁰	n ⁹ minus 1 Gerät pro Intensiveinheit ¹⁰	pro Bett ¹⁰
	• Atemtherapiegerät, z. B. CPAP od. IPPB	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
• Transportbeatmung und -überwachung	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	
• Infusions- und Infusionsspritzenpumpen	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 6 Geräte pro Bett	mind. 8 Geräte pro Bett	
• Notfall-Labor	in KA verfügbar	in IE verfügbar ¹¹	in IE verfügbar ¹¹	in IE verfügbar ¹¹	

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Interdisziplinär (Fortsetzung)

		Intensivüberwachungseinheit (UE/IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (IE/ICU)		
			Stufe I	Stufe II	Stufe III
Apparative Ausstattung (Fortsetzung)	• Kapnometrie	–	pro Beatmungsplatz	pro Beatmungsplatz	pro Beatmungsplatz
	• Schrittmacher (temporärer)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Transkutaner Schrittmacher	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Moderne nichtinvasive oder semiinvasive Möglichkeit der HZV-Messung	–	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Fahrbares Bettröntgen	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar
	• Sonographie (inkl. Herzecho)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Bronchoskopie	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Patientenwärme- bzw. Kühlaggregat	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Hämofiltration/Diafiltration	–	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Dialyse	–	–	–	in KA verfügbar
	• Intraaortale Ballongegenpulsation	–	_12	_12	_12
	• Messung des intrakraniellen Drucks	–	_13	_13	_13

- ¹ Werden überwiegend postoperative Patienten betreut, muss die Leitung einer/einem Fachärztin/-arzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin obliegen, werden überwiegend internistische Patienten betreut, einer/einem Fachärztin/-arzt für Innere Medizin mit Zusatzfach Intensivmedizin.
- ² Fachspezifische Verantwortung für die jeweils der Fachdisziplin zuzuordnenden Patientinnen/Patienten.
- ³ Für die Fachärztinnen/-ärzte für IM sollte ein möglichst hoher Anteil durch Fachärztinnen/-ärzte für IM mit Additivfach Intensivmedizin bzw. von Fachärztinnen/-ärzten in Ausbildung zum Additivfach Intensivmedizin mit Einsatz entsprechend Rasterzeugnis abgedeckt werden. Die Erhöhung dieses Anteils ist anzustreben.
- ⁴ Im Fall der Abwesenheit der/des Fachärztin/-arztes für AN und Intensivmedizin oder der/des Fachärztin/-arztes für Innere Medizin mit Zusatzfach 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.
- ⁵ Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege haben. Dieser Richtwert soll bis 2020 erreicht werden. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.
- ⁶ Die Unterschreitung der Mindestabteilungsgröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.
- ⁷ In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.
- ⁸ insbesondere Intubationsbesteck, Magillzange
- ⁹ n = Anzahl der Betten
- ¹⁰ Ein Beatmungsgerät muss nicht stets, z. B. bei Behandlung eines nicht beatmungsbedürftigen Patienten, am einzelnen Bett stationiert sein. Ein entsprechendes Ausfallkonzept ist vorzusehen.
- ¹¹ Auf Intensivbehandlungseinheiten der Stufe I bis III müssen folgende Messungen jederzeit möglich sein: Blutgasanalyse, Natrium, Kalium, Hämoglobin, Hämatokrit, Glukose im Blut.
- ¹² Muss in der KA verfügbar sein.
- ¹³ Muss auf Intensivbehandlungseinheiten mit entsprechendem Patientenkollektiv verfügbar sein.

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Innere Medizin (IM)

		Intensivüberwachungseinheit (UE/IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (IE/ICU)		
			Stufe I	Stufe II	Stufe III
Personal	Ärztliches Personal - Leitung	Fachärztin/-arzt für IM ¹	Fachärztin/-arzt für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin	Fachärztin/-arzt für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin	Fachärztin/-arzt für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin
	- Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)	Fachärztin/-arzt für IM muss in der KA verfügbar sein.	Fachärztin/-arzt für IM muss in der KA verfügbar sein ²	Fachärztin/-arzt für IM, die/der rund um die Uhr überwiegend für die IE zuständig ist ^{2,3}	Fachärztin/-arzt für IM, die/der rund um die Uhr ausschließlich für die IE zuständig ist ²
	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	DGKP	DGKP mit Intensivausbildung ⁴	DGKP mit Intensivausbildung ⁴	DGKP mit Intensivausbildung ⁴
Infrastruktur	Mindestbettenanzahl ^{5,6} (systemisiert)	4	6	6	6
	Betriebszeit	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr
Apparative Ausstattung	• EKG-Monitor mit Zentraleinheit	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• NIBP unblutig	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Invasive Druckmessung	in KA verfügbar	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)
	• ZVD-Messung	in KA verfügbar	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Moderne nichtinvasive oder semiinvasive Möglichkeit der HZV-Messung	–	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• 12-Kanal-EKG	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Echokardiographie	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Sonographie	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Fahrbares Bett-röntgen	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Endoskopie (Bronchoskopie, Koloskopie, Gastroskopie)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Blutgasanalyse einschl. Oximetrie	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Notfalllabor (Messung von Blutzucker, K, Na)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• O ₂ -Insufflation	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Pulsoximetrie	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Absaugung	in UE verfügbar	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Defibrillator/ Kardioversion	in UE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Externer Schrittmacher	in UE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Transkutaner Schrittmacher	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Notfall-Instrumentarium ⁷	in UE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Infusions- und Infusionsspritzenpumpen	mind. 2 pro Bett ⁸	mind. 2 pro Bett ⁸	mind. 2 pro Bett ⁹	mind. 2 pro Bett ¹⁰
• CPAP-Gerät	1 Gerät in KA verfügbar	2 Geräte in KA verfügbar	2 Geräte in KA verfügbar	2 Geräte in KA verfügbar	
• Transportbeatmung und -überwachung	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Innere Medizin (IM) (Fortsetzung)

		Intensivüberwachungseinheit (UE/IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (IE/ICU)		
			Stufe I	Stufe II	Stufe III
Apparative Ausstattung	• Beatmungsgerät	1 Gerät verfügbar ¹¹	n ¹² minus 3 Geräte pro IE ¹³	n ¹² minus 1 Gerät pro IE ¹³	pro Bett ¹³
	• Hämofiltration/Diafiltration	–	1 Gerät in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar

- ¹ Falls an der Überwachungseinheit apparative Organunterstützungsverfahren eingesetzt werden, ist die Einheit zwingend von einer/einem Fachärztin/-arzt für IM mit Additivfach Intensivmedizin zu leiten.
- ² Ein möglichst hoher Anteil der Anwesenheitszeit sollte durch Fachärztinnen/-ärzte für IM mit Additivfach Intensivmedizin bzw. von Fachärztinnen/-ärzte in Ausbildung zum Additivfach Intensivmedizin mit Einsatz entsprechend Rasterzeugnis abgedeckt werden. Die Erhöhung dieses Anteils ist anzustreben.
- ³ Im Fall der Abwesenheit der/des Fachärztin/-arztes für IM von der Intensivbehandlungseinheit muss diese/r ohne unnötigen Aufschub (außer in begründeten Ausnahmefällen, wie z.B. Reanimation) in der Lage sein der Intensivbehandlungseinheit wieder zur Verfügung zu stehen.
- ⁴ Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege haben. Dieser Richtwert soll bis 2020 erreicht werden. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.
- ⁵ Die Unterschreitung der Mindestabteilungsgröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.
- ⁶ In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.
- ⁷ insbesondere Intubationsbesteck; Magillzange
- ⁸ Empfohlener Richtwert: 4 Geräte pro Bett
- ⁹ Empfohlener Richtwert: 6 Geräte pro Bett
- ¹⁰ Empfohlener Richtwert: 8 Geräte pro Bett
- ¹¹ Nicht erforderlich, falls die Interne Abteilung auch mit einer Intensiveinheit ausgestattet ist.
- ¹² n = Anzahl der Betten
- ¹³ Ein Beatmungsgerät muss nicht stets, z. B. bei Behandlung eines nicht beatmungsbedürftigen Patienten, am einzelnen Bett stationiert sein. Ein entsprechendes Ausfallkonzept ist vorzusehen.

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Neurologie/Neurochirurgie (NEU/NC)

		Intensivüberwachungseinheit (UE/IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (IE/ICU)		
			Stufe I	Stufe II	Stufe III
Personal	Ärztliches Personal - Leitung	Fachärztin/-arzt für NEU oder NC ¹	Fachärztin/-arzt für NEU oder NC mit Zusatzfach Intensivmedizin	Fachärztin/-arzt für NEU oder NC mit Zusatzfach Intensivmedizin	Fachärztin/-arzt für NEU oder NC mit Zusatzfach Intensivmedizin
	- Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)	Fachärztin/-arzt für NEU oder NC muss in der KA verfügbar sein	Fachärztin/-arzt für NEU oder NC muss in der KA verfügbar sein ²	Fachärztin/-arzt für NEU oder NC, die/der rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein/e Fachärztin/-arzt für NEU oder NC in Rufbereitschaft verfügbar sein ^{2,3}	Fachärztin/-arzt für NEU oder NC, die/der rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein/e Fachärztin/-arzt für NEU oder NC in der Krankenanstalt anwesend sein ²
	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	DGKP	DGKP mit Intensivausbildung ⁴	DGKP mit Intensivausbildung ⁴	DGKP mit Intensivausbildung ⁴
Infrastruktur	Mindestbettenanzahl ^{5,6} (systemisiert)	4	6	6	6
	Betriebszeit	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr
Apparative Ausstattung	• EKG-Monitor mit Zentraleinheit	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• NIPB unblutig	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Invasive Druckmessung	pro Bett ⁷	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• ZVD-Messung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Moderne nichtinvasive oder semiinvasive Möglichkeit der HZV-Messung	–	–	pro Bett	pro Bett
	• Temperaturmessung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Pulsoximetrie	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Messung des intrakraniellen Drucks (ICP) ¹⁰	in UE verfügbar ⁷	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• 12-Kanal-EKG	in UE verfügbar ⁸	in IE verfügbar ⁸	in IE verfügbar ⁸	in IE verfügbar ⁸
	• Echokardiographie	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Sonographie	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Fahrbares Bettröntgen	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Endoskopie (Bronchoskopie, Gastroskopie)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Transkranieller Doppler	in UE verfügbar ⁷	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• EEG, evoz. Potenziale	in UE verfügbar ⁸	in IE verfügbar ⁸	in IE verfügbar ⁸	in IE verfügbar ⁸
	• Blutgasanalyse einschl. Oximetrie	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Notfalllabor (Messung von Blutzucker, K, Na)	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
• Lactat-Messung	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	
• O ₂ -Insufflation	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett	

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Neurologie/Neurochirurgie (NEU/NC) (Fortsetzung)

		Intensivüberwachungseinheit (UE/IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (IE/ICU)		
			Stufe I	Stufe II	Stufe III
Apparative Ausstattung (Fortsetzung)	• Absaugung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
	• Defibrillator/ Kardioverter	in UE verfügbar ⁷	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Externer Schrittmacher ¹¹	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Transkutane Schrittmacher ¹¹	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• CPAP-Gerät	in UE verfügbar ⁷	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Beatmungsgerät	1 Gerät in IE verfügbar ⁷	1 Gerät pro 2 Betten ⁹	pro Bett ⁹	pro Bett ⁹
	• Transportbeatmung und -überwachung	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
	• Hämofiltration/ Diafiltration	–	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar

- ¹ Falls an der Überwachungseinheit apparative Organunterstützungsverfahren eingesetzt werden, ist die Einheit zwingend von einer/einem Fachärztin/-arzt für NEU oder NC mit Additivfach Intensivmedizin zu leiten.
- ² Ein möglichst hoher Anteil der Anwesenheitszeit sollte durch Fachärztinnen/-ärzte für NEU oder NC mit Additivfach Intensivmedizin bzw. von Fachärztinnen/-ärzte in Ausbildung zum Additivfach Intensivmedizin mit Einsatz entsprechend Rasterzeugnis abgedeckt werden. Die Erhöhung dieses Anteils ist anzustreben.
- ³ Im Fall der Abwesenheit der/des Fachärztin/-arztes für NEU oder NC 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.
- ⁴ Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege haben. Dieser Richtwert soll bis 2020 erreicht werden. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.
- ⁵ Die Unterschreitung der Mindestabteilunggröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.
- ⁶ In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.
- ⁷ Im Fall einer angeschlossenen Intensivbehandlungseinheit nicht essenziell erforderlich.
- ⁸ Falls in der Krankenanstalt transportabel verfügbar, nicht essenziell verfügbar.
- ⁹ Ein entsprechendes Ausfallskonzept ist vorzusehen.
- ¹⁰ Nur für die Fachrichtung Neurochirurgie relevant.
- ¹¹ Zur Leistungserbringung ist eine qualifizierte Fachärztin / ein qualifizierter Facharzt für IM bzw. AN erforderlich.

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Kinder- und Jugendheilkunde (KI)

		Intensivüberwachungseinheit (PIMCU)	Intensivbehandlungseinheit (PICU)
Personal	Ärztliches Personal: - Leitung	Fachärztin/-arzt für KI	Fachärztin/-arzt für KI mit Zusatzfach „Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin“. Dieselbe Anforderung gilt für den Stellvertreter.
	- Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)	Fachärztin/-arzt für KI muss in der KA verfügbar sein	Fachärztin/-arzt für KI, die/der rund um die Uhr auf der pädiatrischen Intensivbehandlungseinheit anwesend und ausschließlich für diese zuständig ist; zusätzlich muss ein/e Fachärztin /-arzt für KI in der KA verfügbar sein
	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	DGKP/Kinder- und Jugendlichenpflege ¹	DGKP/DKKS bzw. DKKP mit Sonderausbildung Kinderintensivpflege ²
Infrastruktur	Mindestbettenanzahl ^{3,4} (systemisiert)	4	6
	Betriebszeit	rund um die Uhr	rund um die Uhr
Apparative Ausstattung	• EKG-Monitor mit Zentraleinheit	pro Bett	pro Bett
	• NIPB unblutig	pro Bett	pro Bett
	• Invasive Druckmessung (3 Kanäle)	in KA verfügbar	pro Bett
	• ZVD-Messung	in KA verfügbar	pro Bett
	• Moderne nichtinvasive oder semiinvasive Möglichkeit der HZV-Messung	–	in KA verfügbar
	• Messung des intrakraniellen Drucks	–	in KA verfügbar
	• 12-Kanal-EKG	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Echokardiographie	in Kinderabt. verfügbar	in Kinderabt. verfügbar
	• Sonographie	in Kinderabt. verfügbar	in Kinderabt. verfügbar
	• Fahrbares Bettröntgen	in Kinderabt. verfügbar	in Kinderabt. verfügbar
	• Endoskopie (Bronchoskopie, Gastroskopie, Koloskopie)	für Kinderabt. verfügbar	in Kinderabt. verfügbar
	• EEG, auch Monitoring, evoz. Potenziale	–	in KA verfügbar
	• Temperaturmessung	pro Bett	pro Bett
	• Handlabor (Na, K, Ca, Bilir., Blutgase, Hämatokrit, Lactat, Osmolarität, Blutzucker)	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Pulsoximetrie	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Kapnographie	–	in KA verfügbar
	• Transkutane Messung von PCO ₂ /PO ₂	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• O ₂ -Insufflation	pro Bett	pro Bett
	• Absaugung	pro Bett	pro Bett
	• Defibrillator/Kardioverter	in KA verfügbar	in KA verfügbar
• Externer Schrittmacher	in KA verfügbar	in KA verfügbar	
• Transkutaner Schrittmacher	in KA verfügbar	in KA verfügbar	
• CPAP-Gerät	1 Gerät pro Bett	1Gerät pro Bett	
• Beatmungsgerät	1 Gerät in KA verfügbar	1 Gerät pro Bett plus 1 für Transport	
• Hämofiltration/Diafiltration	–	⁵	
• NO-Equipment	–	in KA verfügbar	

¹ Berufsberechtigung als DGKP/Kinder- und Jugendlichenpflege gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Ein möglichst hoher Anteil an DGKP mit Sonderausbildung Intensivpflege ist anzustreben.

² Berufsberechtigung als DGKP/DKKS/DKPP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege haben.

Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden. Ein möglichst hoher Anteil an DKKS/DKPP mit Sonderausbildung Kinderintensivpflege ist anzustreben.

³ Die Unterschreitung der Mindestabteilungsgröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.

⁴ In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.

⁵ Durchführung der Hämofiltration/Diafiltration ausschließlich in pädiatrischen Intensivbehandlungseinheiten in KA mit Schwerpunkt- oder Zentralversorgungsfunktion.

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Neonatologie (NEO)

		Intensivüberwachungseinheit (NIMCU) ¹	Intensivbehandlungseinheit (NICU) ¹
Personal	Ärztliches Personal: - Leitung	Fachärztin/-arzt für KI	Fachärztin/-arzt für KI mit Zusatzfach „Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin“. Dieselbe Anforderung gilt für den Stellvertreter.
	- Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)	Fachärztin/-arzt für KI muss in der KA verfügbar sein	Fachärztin/-arzt für KI, die/der rund um die Uhr auf der neonatologischen Intensivbehandlungseinheit anwesend und ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein/e Fachärztin/-arzt für KI in der KA verfügbar sein
	Dipl. Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	DGKP/Kinder- und Jugendlichenpflege ²	DGKP/DKKS bzw. DKKP mit Sonderausbildung Kinderintensivpflege ³
	Mindestbettenanzahl ^{4,5} (systemisiert)	4	6
Infrastruktur	Betriebszeit	rund um die Uhr	rund um die Uhr
	• Offene Pflegeeinheit und/oder Intensivinkubator	1 pro Bett	1 pro Bett
Apparative Ausstattung	• 6-Kanal-Monitor (mit entsprechenden Modulen)	pro Bett	pro Bett
	• Motorspritze	2 pro Bett	≥ 5 pro Bett
	• Beatmungsgerät	≥ 2 in NIMCU verfügbar	pro Bett
	• CPAP-Gerät	in NIMCU verfügbar	pro Bett
	• Zusatzbeleuchtung für Eingriffe	pro Bett	pro Bett
	• Sitzmöglichkeit	1 pro Bett	1 pro Bett
	• Gasmischer/O ₂ -Blender	1 pro Bett	1 pro Bett
	• EKG-Gerät	in NIMCU verfügbar	in NICU verfügbar
	• Defibrillator	–	in NICU verfügbar
	• Kaltlicht	in NIMCU verfügbar	in NICU verfügbar
	• Handlabor (Na, K, Ca, Bilirubin, Blutgas, Hämatokrit, Lactat, Osmolarität, Blutzucker)	in NIMCU verfügbar	in NICU verfügbar
	• Phototherapielampen	in NIMCU verfügbar	in NICU verfügbar
	• Transportinkubator	in NIMCU verfügbar	in NICU verfügbar
	• Mobile Waage	1 in NIMCU verfügbar	1 in NICU verfügbar
	• NO-Equipment inkl. NO-Messgerät für NO-Konzentration	–	in NICU verfügbar
	• Laminar Airflow	–	in NICU verfügbar
• Fahrbares Bett/Tröntgen	in Kinderabteilung verfügbar	in Kinderabteilung verfügbar	
• Sonographie (für Kardiologie geeignet)	in Kinderabteilung verfügbar	in Kinderabteilung verfügbar	
• Endoskopie	–	in Kinderabteilung verfügbar	
• Hämofiltration/Diafiltration	–	⁶	

¹ Nationale und internationale Richtwerte für die Mindestanzahl an Geburten einer neonatologischen Einrichtung zur Evaluierung bestehender Standorte: mindestens 2.500 Geburten im natürlichen Einzugsbereich für Standorte mit neonatologischer Intensivstation; mindestens 1.000 Geburten im natürlichen Einzugsbereich für Standorte mit Intermediate Care.

² Berufsberechtigung als DGKP/Kinder- und Jugendlichenpflege gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Ein möglichst hoher Anteil an DGKP mit Sonderausbildung Intensivpflege ist anzustreben.

³ Berufsberechtigung als DGKP/DKKS/DKKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege haben. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden. Ein möglichst hoher Anteil an DKKS/DKKP mit Sonderausbildung Kinderintensivpflege ist anzustreben.

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

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

⁶ Durchführung der Hämofiltration/Diafiltration ausschließlich in neonatologischen Intensivbehandlungseinheiten in KA mit Schwerpunkt- oder Zentralversorgungsfunktion.

Respiratory Care Unit (RCU)

Definitionen, Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung bei akutem Monoorganversagen der Atmungsorgane • Versorgung beatmungspflichtiger chronischer Ateminsuffizienz • Entwöhnung („Weaning“) der Patientinnen und Patienten von der invasiven Beatmung • Vorhaltung von RCU nur in Akut-Krankenanstalten mit PUL-Abteilung 		
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Leitung: Fachärztin/-arzt für Lungenkrankheiten mit Additivfach Intensivmedizin • Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Intensivausbildung¹ <p><i>Angaben zu personellen Anforderungen in Ergänzung zu Vorhaltungen für Pulmologische Abteilung (vgl. Kap. 2.4.14)</i></p>		
Infrastruktur	<p><i>Apparative Ausstattung je Bett:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiratoren (Intensiv- und Heim-) • Beatmung nicht invasiv • Beatmung invasiv 	<p><i>Apparative Ausstattung in RCU verfügbar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Defibrillator/Kardioversion 	<p><i>Apparative Ausstattung in KA verfügbar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • C-Bogen
Sonstiges	<p>Angaben unter Berücksichtigung der in Kapitel 2.4.14 (PUL) enthaltenen infrastrukturellen Anforderungen für Pulmologische Abteilung bzw. der in Kapitel 2.4.1 (INT) grundsätzlich enthaltenen Vorgaben für Intensivbereiche – Innere Medizin (IM), Rubrik „Intensivbehandlungseinheit – Stufe I“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestbettenanzahl²: 6 • Betriebszeit: rund um die Uhr 		

¹ Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege haben. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.

² Die Unterschreitung der Mindestbettenanzahl ist in begründeten Ausnahmefällen zulässig (z.B. bei Integration der RCU in andere Intensivseinheiten).

2.4.2 Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Nachfolgend werden Qualitätskriterien für die bettenführenden medizinischen Sonderfächer festgelegt. Dabei werden jene Sonderfächer, die sich auf Kinder und Jugendliche beziehen, vorangestellt. Detailfestlegungen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind im Rahmen der regionalen Detailplanungen in Form von regionalen Kindergesundheitsplänen gesondert abzubilden und in den jeweiligen Landes-Gesundheitsplattformen zu beschließen (soweit in der Planungskompetenz des Gesundheitsbereichs liegend). Die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern bzw. Jugendlichen ist ein zentrales Anliegen. Für den Kinderschutz ist daher in allen bettenführenden Einheiten, die mit routinemäßiger Versorgung von Kindern und Jugendlichen befasst sind, entsprechende Vorsorge für die Kooperation mit der jeweils zuständigen Kinderschutzgruppe im Sinne von § 8e KAKuG zu treffen.

2.4.2.1 Kinder- und Jugendheilkunde (KI)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Konservative Versorgung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kindern (Alter < 15 Jahre, Versorgung in kindgerechter Umgebung sicherzustellen) und • Jugendlichen (Alter 15–18 Jahre, Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenabteilung) <p>Aufgrund der Besonderheiten in der KI (z. B. Isolierpflicht und saisonale Schwankungen bei Infektionskrankheiten, altersspezifische Bettenbelegung) Auslastung von 75 % als Vollaustattung definiert</p>
Versorgungsstrukturen	<p><i>Abgestufte Versorgungsstruktur</i></p> <p>Vier Stufen der stationären Versorgung unter gemeinsamer Berücksichtigung der Sonderfächer KI und KCH (Grundlage für die Festlegung von Qualitätskriterien):</p> <ul style="list-style-type: none"> • KA-Typ 1: KA mit Abteilung für KI > 25 Betten <u>und</u> Sicherstellung einer adäquaten KCH-Versorgung, Letztere ggf. auch durch Kooperation zwischen Krankenanstalten („Kinderzentrum“ zur Hauptdiagnostik/-therapie in speziellen medizinischen Leistungsbereichen; Basisdiagnostik/-therapie sowie Behandlungs-Weiterführung auch außerhalb des „Kinderzentrums“ zulässig, Behandlungs-Weiterführung jedoch nur in kontinuierlicher Abstimmung mit „Kinderzentrum“) • KA-Typ 2: KA mit Abteilung für KI > 20 Betten, ohne KCH-Versorgung • KA-Typ 3: KA mit bettenführender Einheit für KI ≤ 20 Betten, ohne KCH (KA mit „Abteilung für KI mit reduziertem Versorgungsauftrag“; nur in begründeten Ausnahmefällen für periphere Regionen mit geringer Besiedlungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit) • KA-Typ 4: KA ohne bettenführende Einheit für KI bzw. KCH (z. B. UKH) <p>Operative bzw. chirurgische Versorgung von Kindern im Alter < 1 Jahr ausschließlich in KA des KA-Typs 1 (ausgenommen Notfälle); Versorgung von Kindern im Alter > 1 Jahr mit Leistungen anderer Sonderfächer je nach Fächerstruktur der betreffenden KA; z. B. in enger Kooperation zwischen bettenführender Einheit des jeweiligen Sonderfaches und KI-Einheit, ggf. auch in enger Kooperation mit vertraglich fix angebundener Vollabteilung einer anderen KA (Anbindung allenfalls durch sanitätsbehördliche Bewilligung zu regeln); dabei Betreuung der Kinder primär auf der KI-Einheit in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern aus den anderen Sonderfächern; zur Zulässigkeit der Leistungserbringung nach KA-Typen vgl. Leistungsmatrix im Anhang (dort als „KTyp“ bezeichnet).</p> <p><i>Mindestgröße</i></p> <p>KA-Typ 1: > 25 Betten (Auslastung ≥ 75 %), zusätzlich NICU / PICU ≥ 6 Betten</p> <p>KA-Typ 2: > 20 Betten (Auslastung ≥ 75 %), zusätzlich NI(M)CU / PI(M)CU ≥ 4 Betten (Verfügbarkeit sicherzustellen)</p> <p>KA-Typ 3: > 14 Betten (Auslastung ≥ 75 %)</p>
Personalausstattung und –qualifikation	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • KA-Typ 1, 2: Fachärztinnen/-ärzte für KI, ärztliches Personal in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für KI; Fachärztin/-arzt für KI rund um die Uhr in KA anwesend • KA-Typ 3: Fachärztinnen/-ärzte für KI, ärztliches Personal in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für KI; Fachärztin/-arzt für KI an Wochentagen tagsüber in KA anwesend, in der Nacht / an Wochenenden: Fachärztin/-arzt für KI in Rufbereitschaft <p><i>Diplomiertes Pflegepersonal im Normalpflegebereich</i></p> <p>Ausschließlich DGKP/Kinder- und Jugendlichenpflege; zur Personalausstattung von NI(M)CU / PI(M)CU in qualitativer Hinsicht vgl. Kap. 2.4.1.</p> <p><i>Sonstige Berufsgruppen (in KA verfügbar)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • KA-Typ 1, 2: Lehrer/Lehrer (nur für KA-Typ 1), Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Klinische Psychologie (mit Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche) sowie Diplomsozialarbeiterin/-sozialarbeiter (Letztere als Schnittstelle zum Jugendamt)
Infrastruktur	<p><i>Räumliche Ausstattung (KA-Typ 1–3)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kindgerechte Gestaltung und Ausstattung • Räumliche Trennung von infektiösen und nichtinfektiösen Kindern • Isolier-/Schleusenbereich • Mitaufnahmemöglichkeit für 1 Begleitperson in ausreichender Anzahl zu gewährleisten (Mutter-Kind-Zimmer in KI-Einheit integriert, ggf. auch Eltern-Zimmer in Nähe des Kinderhauses) <p><i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sonographiegerät(e) • Notfall-/Handlabor (für KI-Einheit verfügbar)

Leistungsangebote	<p>Gewährleistung sämtlicher erforderlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen an Kindern auch für seltene Krankheitsbilder in allen KA des <u>KA-Typs 1</u> („Kinderzentrum“); zu den Leistungsspektren der anderen KA-Typen vgl. Leistungsmatrix im Anhang; hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Gehirntumoren und Schädel-Hirn-Traumata siehe Kapitel 2.4.4 (Neurochirurgie).</p> <p>Versorgung von Kindern in Referenzzentren (RFZ)</p> <p>Zu KKAR, KIONK und SZT vgl. Kap. 2.5.</p>
-------------------	--

2.4.2.2 Kinder- und Jugendchirurgie (KCH)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Chirurgische Versorgung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kindern (Alter < 15 Jahre, Versorgung in kindgerechter Umgebung sicherzustellen) und • Jugendlichen (Alter 15–18 Jahre, Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenabteilung)
Versorgungsstrukturen	<p>Abgestufte Versorgungsstruktur</p> <p>Vier Stufen der stationären Versorgung unter gemeinsamer Berücksichtigung der Sonderfächer KI und KCH (Grundlage für die Festlegung von Qualitätskriterien):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>KA-Typ 1</u>: KA mit Abteilung für KI > 25 Betten <u>und</u> Sicherstellung einer adäquaten KCH-Versorgung; letztere ggf. auch durch Kooperation zwischen Krankenanstalten („Kinderzentrum“ zur Hauptdiagnostik/-therapie in speziellen medizinischen Leistungsbereichen; Basisdiagnostik/-therapie sowie Behandlungs-Weiterführung auch außerhalb des „Kinderzentrums“ zulässig, Behandlungs-Weiterführung jedoch nur in kontinuierlicher Abstimmung mit „Kinderzentrum“) • <u>KA-Typ 2</u>: KA mit Abteilung für KI > 20 Betten, ohne KCH- Versorgung • <u>KA-Typ 3</u>: KA mit bettenführender Einheit für KI ≤ 20 Betten, ohne KCH (KA mit „Abteilung für KI mit reduziertem Versorgungsauftrag“; nur in begründeten Ausnahmefällen für periphere Regionen mit geringer Besiedlungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit) • <u>KA-Typ 4</u>: KA ohne bettenführende Einheit für KI bzw. KCH (z. B. UKH) <p>Operative bzw. chirurgische Versorgung von Kindern im Alter < 1 Jahr (insbesondere bei angeborenen Fehlbildungen) ausschließlich in KA des KA-Typs 1 (ausgenommen Notfälle sowie Säuglingshernien, sofern es sich nicht um Frühgeborene < 34. SSW handelt); chirurgische Versorgung von Kindern im Alter > 1 Jahr außerhalb von KA des KA-Typs 1 je nach Fächerstruktur der betreffenden KA; z. B. in enger Kooperation zwischen bettenführender Einheit des jeweiligen Sonderfaches und KI-Einheit, ggf. auch durch „KCH-Satellitenbetreuung“ im organisatorischen Verbund mit „KCH-Mutterabteilung“ oder in enger Kooperation mit vertraglich fix angebundener Vollabteilung einer anderen KA (Anbindungen allenfalls durch sanitätsbehördliche Bewilligung zu regeln); zur Zulässigkeit der Leistungserbringung nach KA-Typen vgl. Leistungsmatrix im Anhang (dort als „KTyp“ bezeichnet).</p> <p>UC-Versorgung von Kindern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Falle von KA mit bettenführenden Einheiten für KCH und für UC Mitnutzung der UC-Strukturen (insbesondere auch der Schockraum-Mannschaft) im Fall kindertraumatologischer Versorgung (damit auch Nutzung der entsprechenden Erfahrungen und der Ablauforganisation im UC-Bereich) <p>OR-Versorgung von Kindern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwerwiegende orthopädische Krankheiten (z. B. angeborene Deformationen der Wirbelsäule) vorzugsweise an speziellen kinderorthopädischen Zentren (KOZ) oder aber in KA mit KA-Typ 1 und Abteilung für OR in der KA zu versorgen; Behandlungs-Weiterführung auch außerhalb des Zentrums zulässig, jedoch nur in kontinuierlicher Abstimmung mit dem Zentrum.

Personalausstattung und -qualifikation	<p>Ärztliches Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • KA-Typ 1: Fachärztinnen/-ärzte für KCH, ärztliches Personal in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für KCH • KCH-Satellitenbetreuung: >= 2 Fachärztinnen/-ärzte für KCH aus der kooperierenden „KCH-Mutterabteilung“ (diese müssen in der „KCH-Mutterabteilung“ auch Dienste versehen) • Sicherstellung ausreichender und nachweisbarer Kompetenz in der anästhesiologischen und intensivmedizinischen Betreuung von Kindern (Voraussetzung für Schwerpunkttätigkeit in Kinderanästhesie in KA des Typs 1 sowie in der „KCH-Satellitenbetreuung“ erfordert kontinuierliche Praxis von > 50 % der Arbeitszeit bzw. von > 2,5 Tagen / Woche mit Kindern unterschiedlichen Alters und breitem Spektrum von Eingriffen). <p>Diplomiertes Pflegepersonal im Normalpflegebereich DGKP/Kinder- und Jugendlichenpflege, davon 50 Prozent mit zumindest zweijähriger Erfahrung im KCH-Bereich; zur Personalausstattung von NI(M)CU bzw. PI(M)CU in qualitativer Hinsicht vgl. Kap. 2.4.1.</p> <p>Sonstige Berufsgruppen (in KA verfügbar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • KA-Typ 1, 2: Lehrerin/Lehrer (nur für KA-Typ 1), Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Klinische Psychologie (mit Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche) sowie Diplomsozialarbeiterin/-sozialarbeiter (Letztere als Schnittstelle zum Jugendamt)
Infrastruktur	<p>Technisch-apparative Ausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miniaturisierte diagnostische und therapeutische Apparate <p>Räumliche Ausstattung (KA-Typ 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kindgerechte Gestaltung und Ausstattung • Räumliche Trennung von infektiösen und nichtinfektiösen Kindern • Mitaufnahmemöglichkeit für 1 Begleitperson in ausreichender Anzahl zu gewährleisten (Mutter-Kind-Zimmer in KCH-Einheit integriert, ggf. auch Eltern-Zimmer in Nähe des Kinderhauses) <p>Zeitliche Verfügbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • KA des Typs 1: Fachärztin/-arzt für KCH rund um die Uhr anwesend • KCH-Satellitenbetreuung: Fachärztin/-arzt für KCH während fixer Zeiten anwesend
Leistungsangebote	<p>Leistungsspektrum (Abteilung für KCH)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdominale, thorakale, urogenitale, traumatologische und onkologische KCH • Neugeborenenchirurgie <p>Gewährleistung sämtlicher erforderlicher diagnostischer und therapeutischer bzw. chirurgischer Maßnahmen an Kindern auch für seltene Krankheitsbilder in allen KA des KA-Typs 1 („Kinderzentrum“); zu den Leistungsspektren der anderen KA-Typen vgl. Leistungsmatrix im Anhang; hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Gehirntumoren und Schädel-Hirn-Traumata siehe Kapitel 2.4.4 (Neurochirurgie).</p>
Sonstiges	<p>Sicherstellung der postoperativen Nachbetreuung bei KCH-Satellitenbetreuung durch jene Abteilung, an der die Versorgung erfolgt.</p>

2.4.2.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

Grundlage der Planung muss eine breite interdisziplinäre Sicht des Themas sein, welche die Bereiche Krankenhäuser, extramurale Versorgung sowie den heilpädagogischen Bereich (Jugendwohlfahrt) und den Sozialbereich berücksichtigt. Auf länderspezifische Gegebenheiten ist Rücksicht zu nehmen.

Definitionen, Zielgruppen	<p>Erkennung, Behandlung, und Begutachtung bei psychischen, psychosozialen, psychosomatischen und entwicklungsbedingten Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter</p> <p>Formale Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche von der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr</p>
Versorgungsstrukturen	<p><u>Anforderungen</u> an ein Versorgungssystem der KJP wie für die allgemeinpsychiatrische Versorgung formuliert (vgl. Kapitel 2.4.8). Folgende <u>Strukturelemente</u> sind erforderlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie • Enge Kooperation mit Kinder- und Jugendabteilung, Erwachsenenpsychiatrie (Altersgrenzen) • Konsiliar- und Liaisondienste der KJP • Teilstationäre Einheiten der KJP: (Dislozierte) Tageskliniken im Krankenhaus oder „dislozierte Tageskliniken“ außerhalb des Krankenhauses • Mobile Einheiten der KJP zur wohnortnahen (Nach-)Betreuung • Ambulant versorgungswirksame Fachärztinnen und Fachärzte für KJP (niedergelassen und in Einrichtungen) • Dezentrale, gemeindenahe, interdisziplinäre Netzwerke

Planung	<ul style="list-style-type: none"> • Überregional zu planendes Leistungsangebot; Berücksichtigung der Nahtstellen zur PSO-KJ durch Leistungsabstimmung und regionale Kooperation • <u>Eine</u> Abteilung für KJP mit Vollversorgungsfunktion für ein Einzugsgebiet von mind. 300 000 EW • Grundsätzlich mindestens 30 Betten inklusive Tagesklinik (intensive Behandlung einschließlich UbG-Aufnahmen), Binnendifferenzierung Kinder/Jugendliche In Abhängigkeit von regionalen Gegebenheiten Unterschreiten der Mindestgröße möglich (bspw. kleinere Einheiten im ländlichen Raum zur Wahrung der Wohnortnähe) • Mindestens <u>eine</u> ambulante KJP-Einheit für ein Einzugsgebiet von rund 250.000 EW
Personalausstattung und -qualifikation	<p>KJP-Abteilung</p> <p><u>Interdisziplinär arbeitendes multiprofessionelles Team der Berufsgruppen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Leitung: Fachärztin/-arzt für KJP • Zusätzliches (fach)ärztliches Personal • Diplomierte Pflegepersonal (Diplomiertes Psychiatrisches Pflegepersonal, Diplomiertes Kinderpflegepersonal) • Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Klinische Psychologinnen/Psychologen <p><u>Verfügbarkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Akademisch ausgebildete Pädagoginnen/Pädagogen; pädagogisches Personal ohne akademischen Abschluss (z. B. Sozialpädagogen, Kleinkindpädagogen, Behindertenpädagogen) • Personal für Ergo-/Physiotherapie, Logopädie, BMA, Kreativtherapie und Sozialarbeit • Gewährleistung der Erfüllung der Schulpflicht (durch die Schulbehörde sicherzustellen) <p>KJP-Tagesklinik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztl. Personal / Psychologinnen/Psychologen / akadem. ausgeb. Pädagoginnen/Pädagogen • BMA/Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter • Dipl. Pflegepersonal / Pädagog. Personal ohne akadem. Abschluss
Infrastruktur	<p>Generelle Anforderungen</p> <p>Räumliche Ausstattung entsprechend den Bedürfnissen unterschiedlicher Altersstufen (lebensweltnahe Gestaltung); Möglichkeit der Mehrfachnutzung von Räumen; Mitaufnahmemöglichkeit von Bezugspersonen (Eltern)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eltern-Kind-Einheit(en) • 1 Therapieraum pro Vollzeittherapeut/in (ärztliches, psychologisches, psychotherapeutisches Personal) <p>Ausreichende räumliche Ausstattung für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einzel- und Gruppentherapie, Familientherapie, sonstige Therapien (bspw. Kreativtherapie, Ergotherapie, Logopädie), Therapieküche • Spiel- und Freizeitgestaltung • Entspannung und Biofeedback • Eigener Outdoorbereich (Spiel- und Bewegungsbereich im Freien) <p>Technisch-apparative Ausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nach Möglichkeit ein Therapieraum mit einer audiovisuellen Anlage (Video und Einwegspiegel) • Die für die <u>intensive KJP-Behandlung</u> erforderliche spezifische räumlich-technische Ausstattung
Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder- und jugendpsychiatrische/psychotherapeutische Standardbehandlung • Komplexe Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter in der KJP • Intensive Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter in der KJP (einschließlich UbG) • Eltern-Kind-Behandlung in der KJP • Psychotherapie (Einzel-, Gruppe-, Familientherapie) • Angehörigenarbeit • Klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung • Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit, Logopädie • Organisation der reintegrativen KJP / psychotherapeutischen Behandlung nach der Entlassung

2.4.3 Chirurgie (CH)

Versorgungsstrukturen	<p>Abteilung</p> <p>Referenzzentren für Herzchirurgie (HCH), Thoraxchirurgie (TCH) und Gefäßchirurgie (GCH)</p>
Planung	<p>Planungskriterien für Referenzzentren für Zusatzfächer der CH (HCH, TCH und GCH) als Grundlage für regionale Detailplanungen (vgl. Kap. 2.5.1 bis 2.5.3).</p>
Sonstiges	<p>Zur Festlegung von MFS und MFL ist bis zur nächsten Revision des ÖSG ein standardisiertes Prozedere mit dem Ziel zu entwickeln, Mindestfrequenzen evidenzbasiert zu definieren (z. B. auf Basis von Ergebnisqualitäts-Registern).</p>

2.4.4 Neurochirurgie (NC)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Neurochirurgische Standard-Abteilung Diagnostik, Behandlung und Nachbehandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen sowie Verletzungen des zentralen und des peripheren Nervensystems und seiner Hüllen, des Gehirnschädels, der intrakraniellen Gefäße und der Wirbelsäule in jedem Lebensalter</p> <p>Neurochirurgische Spezialzentren (im Rahmen von Abteilungen für Neurochirurgie):</p> <ol style="list-style-type: none"> Spezialzentrum für Epilepsiechirurgie Neurochirurgische Behandlung von Patientinnen/Patienten mit Epilepsie (in Kooperation mit Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik) Spezialzentrum für Neuro-Radiochirurgie Stereotaktisch neuro-radiochirurgische Behandlung von neurochirurgischen Patientinnen/Patienten mit Gamma-Knife oder Linearbeschleuniger Spezialzentrum für endovaskuläre Neurochirurgie Endovaskuläre Behandlung von neurochirurgischen Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/Fachärzte für Neurochirurgie, (Neuro-)Radiologie, Neurologie mit Orientierung an den Ausbildungsrichtlinien der ÖÄK sowie der UEMS (Union Européenne des Médecines Spécialistes) Spezialzentrum für EPMS (Extrapyramidales motorisches System)-Chirurgie Neurochirurgische Behandlung von Patientinnen/Patienten mit Erkrankungen des EPMS (in Kooperation mit Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik)
Versorgungsstrukturen	<p>Neurochirurgische Standard-Abteilung Normalpflegebereich, inkl. Möglichkeit der Einrichtung einer Überwachungseinheit mit ≥ 4 Betten Sicherstellung der jederzeitigen Verfügbarkeit einer Intensivbehandlungseinheit im Haus</p> <p>Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Gehirntumoren, Schädelhirntraumata, intrakraniellen Gefäßerkrankungen und Hydrozephalus Versorgung von Gehirntumoren, Schädel-Hirn- Traumata, intrakraniellen Gefäßerkrankungen und Hydrozephalus bei Kindern und Jugendlichen (bis zum Alter von 18 Jahren) – unabhängig von den Bestimmungen unter 2.4.2.1 (KI) bzw. unter 2.4.2.2 (KCH) – durch Fachärztinnen/-ärzte für NC; postoperative Versorgung durch Fachärztinnen/-ärzte für NC so lange weiterzuführen, bis aus Sicht der behandelnden NC- Fachärztinnen/-ärzte eine Übertragung der medizinischen Verantwortung für diese Patientinnen/Patienten auf Fachärztinnen/-ärzte für KI bzw. für KCH möglich ist. Möglichst frühzeitige (in der Regel 24 Stunden nach Operation), postoperative Transferierung in Einheiten für KI bzw. für KCH mit kindgerechter Gestaltung und Ausstattung ist anzustreben</p> <p>Neurochirurgische Spezialzentren (im Rahmen von Abteilungen für Neurochirurgie):</p> <ol style="list-style-type: none"> Spezialzentrum für Epilepsiechirurgie Enge Anbindung an Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik Spezialzentrum für Neuro-Radiochirurgie Zugang zu Gamma-Knife oder Linearbeschleuniger Spezialzentrum für endovaskuläre Neurochirurgie Zugang zu interventioneller Angiographieeinheit Spezialzentrum für EPMS-Chirurgie Enge Anbindung an Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik
Personalausstattung und -qualifikation	<p>Neurochirurgische Standard-Abteilung – Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für NC: Anwesenheit entsprechend den Regelungen des KAKuG Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesie: jederzeitige Verfügbarkeit sicherzustellen Zusätzliches ärztliches Personal (z. B. Ärztinnen/-ärzte in Ausbildung zu Fachärztin/-arzt für Neurochirurgie, Sekundärärztinnen/-ärzte, Turnusärztinnen/-ärzte) Physiotherapeuten/-innen Ergotherapeuten/-innen Logopäden/-innen <p>1. Spezialzentrum für Epilepsiechirurgie Fachärztin/-arzt für NC mit Expertise in Epilepsiechirurgie</p> <p>2. Spezialzentrum für Neuro-Radiochirurgie Fachärztin/-arzt für NC mit Expertise in Neuro-Radiochirurgie</p> <p>3. Spezialzentrum für endovaskuläre Neurochirurgie Fachärztin/-arzt für NC mit Expertise in endovaskulärer Neurochirurgie</p> <p>4. Spezialzentrum für EPMS-Chirurgie Fachärztin/-arzt für NC mit Expertise in funktioneller Stereotaxie und Mikroelektrodenableitung</p>

Infrastruktur – technisch-apparative Ausstattung	<p>Neurochirurgische Standard-Abteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> • OP-Verfügbarkeit: rund um die Uhr • Rund-um-die-Uhr-Zugang zu bildgebenden Verfahren (CT, MR, Angiographie oder MR- bzw. CT-Angiographie) <p><u>OP-Bereich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • OP-Mikroskop (für jeden einer NC zugeordneten OP), Neuronavigation, Bildwandler, intraoperatives elektro-physiologisches Monitoring, Ultraschall-Gewebszertrümmerer, transkranielle Dopplersonographie, Stereotaxiesystem, intraoperative Bildgebung • Zugang zu neuropathologischer Befundung inklusive Schnellschnittbefundung <p><u>Station:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit für ICP-Monitoring • Zugang zu intrakranieller Dopplersonographie
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spezialzentrum für Epilepsiechirurgie <ul style="list-style-type: none"> • intraoperatives EEG 2. Spezialzentrum für Neuro-Radiochirurgie <ul style="list-style-type: none"> • Gamma-Knife oder Linearbeschleuniger (einschl. Stereotaxiesystem), EDV-gestützte Eingriffsplanung 3. Spezialzentren für endovaskuläre Neurochirurgie <ul style="list-style-type: none"> • Interventionelle Angiographieeinheit (Rund-um-die-Uhr-Zugang) 4. Spezialzentrum für EPMS-Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> • Intraoperative Mikroelektrodenableitung

2.4.5 Innere Medizin (IM)

Versorgungsstrukturen	<p>Abteilung</p> <p>Referenzzentren für Kardiologie (KAR) und Hämatologie und Internistische Onkologie (Hämato-Onkologie - ONK)</p>
Planung	<p>Planungskriterien für Referenzzentren für Zusatzfächer der IM (KAR, ONK) als Grundlage für regionale Detailplanungen (vgl. Kap. 2.5.5 und 2.5.7).</p>

2.4.6 Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Führung einer geburtshilflichen Abteilung ohne gleichzeitige gynäkologische Leistungserbringung unzulässig</p> <p><i>Stufen der abgestuften geburtshilflichen Versorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stufe 1, Maximalversorgung (Perinatalzentrum): interdisziplinäre Einrichtung mit Schwerpunkt in der Geburtshilfe und Neonatologie (beide Einrichtungen in unmittelbarer räumlicher Nachbarschaft) zur Versorgung von Kindern mit pränatal diagnostizierten medizinischen Risikokonstellationen • Stufe 2, Schwerpunktversorgung • Stufe 3, Grundversorgung • Reduzierte Grundversorgung: Für bereits bestehende GGH-Abteilungen in begründeten Ausnahmefällen für periphere Regionen mit geringer Besiedlungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit sowie bei Geburtenzahlen unter 365/Jahr:
---------------------------	---

Personalausstattung und -qualifikation	<p>Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung auf allen Stufen der geburtshilflichen Versorgung</p> <p>Stufe 2: Schwerpunktversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin/-arzt für GGH rund um die Uhr anwesend • Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde rund um die Uhr anwesend • mindestens eine Hebamme rund um die Uhr anwesend • Fachärztin/-arzt für Anästhesie rund um die Uhr in der Krankenanstalt anwesend • Sicherstellung der Operationsbereitschaft rund um die Uhr durch Anwesenheit des Funktionspersonals <p>Stufe 3: Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin/-arzt für GGH oder ärztliches Personal in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für GGH: Anwesenheit entsprechend den Regelungen des KAKuG • Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde verfügbar • Fachärztin/-arzt für Anästhesie rund um die Uhr in der Krankenanstalt anwesend • mindestens eine Hebamme rund um die Uhr anwesend • mindestens eine Kinderkrankenpflegeperson oder zweite Hebamme rund um die Uhr anwesend • Sicherstellung der Operationsbereitschaft rund um die Uhr durch Anwesenheit des Funktionspersonals (perinatale Anästhesie) <p>Reduzierte Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin/-arzt für GGH: Anwesenheit entsprechend den Regelungen des KAKuG • Bei Patientenanwesenheit eine Hebamme rund um die Uhr anwesend • Ausnahmen für ärztliche Anwesenheitsregelung bzw. Rufbereitschaftsmodelle bedürfen der Genehmigung durch die Sanitätsbehörde
Infrastruktur	<p>Stufe 1: Maximalversorgung (Perinatalzentrum)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neonatologie: mindestens sechs, idealerweise 10 bzw. maximal 16 neonatologische Intensivbetten <p>Stufe 2: Schwerpunktversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neonatologie, die eine Beatmungsmöglichkeit sicherstellt; länger zu beatmende Neugeborene sind an ein Perinatalzentrum (Stufe 1) zu verlegen
Versorgungsstrukturen / Leistungsangebote	<p>Stufe 1: Maximalversorgung (Perinatalzentrum)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Referenzzentrum</u> für pränatale Diagnostik und Pränataltherapie: <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung der Ultraschalldiagnostik durch einen in der Ultraschall-Diagnostik entsprechend qualifizierte/n Fachärztin/-arzt für GGH (inkl. fetaler Gewebs- und Blutabnahme); Pränataltherapie am ungeborenen Kind • Zugang zu folgenden Spezialdisziplinen ist sicherzustellen: Fachärztinnen/-ärzte für Kinderkardiologie, Kinderchirurgie, sowie für Neurologie, Radiologie und Urologie mit besonderen Kenntnissen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen 2. <u>Geburtshilfe</u>: gesamtes geburtshilfliches Leistungsspektrum der konservativen und operativen Schwangerenbetreuung 3. <u>Neonatalogie</u> – Versorgung folgender perinataler Risikofälle (beispielhaft): zu erwartende Frühgeburt mit hochgradiger Unreife; Drillings- und Vielfachschwangerschaften; lebensfähige Feten mit pränatal erkannten schweren Fehlbildungen bzw. Erkrankungen; Morbus hämolyticus fetalis; Drogenabhängigkeit der Mutter; schwere mütterliche Grunderkrankung (kardiologisch, neurologisch, onkologisch etc.) <p>Stufe 2: Schwerpunktversorgung</p> <p>Betreuung von Müttern mit festgestellten pränatalen Risikobildern; Fehlbildungs-Ultraschalluntersuchungen sowie Genetik-Screenings; Ultraschalldiagnostik hat durch ein in der Ultraschall-Diagnostik entsprechend qualifiziertes fachärztliches Personal für GGH zu erfolgen.</p> <p>Stufe 3: Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung risikofreier Schwangerschaften • Transferierung von Risikoschwangerschaften an eine Abteilung mit geburtshilflicher Schwerpunktversorgung (Stufe 2) oder an ein Perinatalzentrum (Stufe 1) • Indikation zur Transferierung nach definierten Leitlinien (bis zur Entwicklung österreichweit gültiger Leitlinien Anlehnung an die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, AWMF Leitlinien Nr. 24/001) <p>Im Fall reduzierter Grundversorgung grundsätzlich zulässig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Geburtshilfe</u>: Geburten reifer Einlinge in Terminnähe bei Frauen ohne ersichtliches Risiko und bei vaginalen Entbindungen ohne Voroperation am Uterus • <u>Gynäkologie</u>: gynäkologische Eingriffe inklusive Beherrschung der dafür typischen Komplikationen <p>In allen Stufen der geburtshilflichen Versorgung: Still- und Laktationsberatung</p>

Sonstiges	<p>Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (österreichweites Geburtenregister, Perinatalerhebung)</p> <p>Reduzierte Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none">• Verpflichtende Vorlage von Leistungs-/Versorgungskonzepten durch die Länder für die betroffenen GGH-Abteilungen sowie Beschluss in der Landes-Gesundheitsplattform• Im Rahmen der zu entwickelnden Leistungs-/Versorgungskonzepte Dokumentation der gesetzten bzw. zu setzenden Maßnahmen betreffend die E-E-Zeit (Zeitintervall zwischen Entschluss zur Sectio bis zur Entwicklung des Kindes)• Evaluierung des Leistungsgeschehens in jährlichen Berichten (inkl. Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern) <p><u>Transformationsregel für PKA:</u> Geburtshilflich tätige PKA haben die notwendigen Voraussetzungen für die Grundversorgung (Stufe 3) oder für eine reduzierte Grundversorgung sicherzustellen; die Ausnahmeregelung „in begründeten Ausnahmefällen für periphere Regionen mit geringer Besiedelungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit“ ist für PKA jedoch nicht anzuwenden.</p>
-----------	--

2.4.7 Neurologie (NEU) und spezielle neurologische Versorgung

Definitionen, Zielgruppen	<p>Neurologische Standard-Abteilung Basisversorgung in Bezug auf Diagnostik, Therapie und Rehabilitation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spezialzentrum für Neuroonkologie: siehe dazu Kap. 2.5.7 • Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik Prächirurgische Diagnostik und postoperatives Management von Patienten mit Erkrankungen des extrapyramidalen motorischen Systems (EPMS) • Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik Kontinuierliche Observanz zur Epilepsiediagnostik durch entsprechend geschultes Personal
Versorgungsstrukturen	<p>Neurologische Standard-Abteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normalpflegebereich, in der Regel inkl. Stroke-Unit mit ≥ 4 Betten • Im Tagdienst Fachärztin/-arzt für Neurologie an der Abteilung anwesend; im Nacht- sowie im Wochenend- und Feiertagsdienst zumindest eine Turnusärztin/ein Turnusarzt in Ausbildung zur Fachärztin/-arzt für Neurologie anwesend, zusätzlich eine Fachärztin/ein Facharzt für Neurologie in Rufbereitschaft (in der KA anwesend bzw. in Rufbereitschaft) • Gegebenenfalls Einheiten für die neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufen B und C, evtl. auch disloziert (vgl. Kap. 2.4.7.2). <p>Neurologische Spezialzentren (im Rahmen von Abteilungen für NEU)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik Mindestfrequenzen pro Jahr und Zentrum: 15–20 operierte EPMS-Patienten; 50–60 Patienten in der präoperativen EPMS-Diagnostik • Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik Abteilung für NEU und/oder KI mit Epilepsieambulanz und Epilepsiemonitoring-Einheit sowie mit Zugang zu NC-Abteilung mit Epilepsiechirurgie; Kooperation der beteiligten Abteilungen durch regelmäßige Fallkonferenzen
Personalausstattung und -qualifikation	<p>Neurologische Standard-Abteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie • Zusätzliches ärztliches Personal (Turnusärztinnen/-ärzte in Ausbildung zu Fachärztin/-arzt für Neurologie) • Physiotherapeuten/-innen • Ergotherapeuten/-innen • Logopäden/-innen • Klinische Psychologen/-innen mit besonderen Kenntnissen in der Neuropsychologie <p>Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie; Kenntnisse in der Therapie von Bewegungsstörungen, mind. 1 Fachärztin/-arzt mit Schwerpunktausbildung in klinischer Neurophysiologie • Fachärztinnen/-ärzte für Neurochirurgie (zumindest. fixe Kooperation); Expertise in funktioneller Stereotaxie und Mikroelektrodenableitung • Fachärztinnen/-ärzte für Radiologie (zumindest. fixe Kooperation) • Klinische Psychologen/-innen mit besonderen Kenntnissen in der Neuropsychologie <p>Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin/-arzt für Neurologie
Infrastruktur – technisch-apparative Ausstattung	<p>Neurologische Standard-Abteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektrophysiologie (EEG, EMG, NLG) • Evozierte Potenziale • Neurosonographie • Zugang zu Neuroimaging-Verfahren (CT, MR u. Ä.) <p>Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intraoperatives Mikroelektrodenrecording • 1,5 TESLA-MR • Intraoperatives CT • Apparative Bewegungsanalyse <p>Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videometrie (im Zentrum verfügbar) • 1,5 TESLA MRT • Angiographie (DSA) • ECT (Zugang ist sicherzustellen); • PET (Zugang ist sicherzustellen)
Sonstiges	<p>Spezialzentren für prächirurgische EPMS-Diagnostik bzw. für prächirurgische Epilepsiediagnostik Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern</p>

2.4.7.1 Stroke-Unit (SU)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Patientinnen/Patienten mit Schlaganfall bzw. TIA* oder Verdacht auf Schlaganfall bzw. TIA</p> <p>* TIA: <i>Transitorische ischämische Attacke</i></p>
Versorgungsstrukturen	<p>Mindestgröße:</p> <p>4 SU-Betten</p>
Planung	<p>Abschätzung des Bedarfs laut beobachteter Inzidenz an akuten Schlaganfällen (Datenbasis: Diagnosen- und Leistungsdocumentation der österreichischen Krankenanstalten, ICD-10-Diagnosen I63, I64), korrigiert um Faktoren, die aus dem im Jahr 2003 implementierten Stroke-Unit-Register errechnet wurden. Diese Bedarfsabschätzung wurde auf die in das LKF-System 2005 neu integrierte MHG „MEL26.02 Akute Insulttherapie auf Schlaganfalleinheit (Stroke-Unit)“ umgelegt.</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal <ul style="list-style-type: none"> – Eine Fachärztin / ein Facharzt für Neurologie hauptverantwortlich der SU zugeordnet; im Tagdienst Fachärztin/ Facharzt für Neurologie an der Abteilung anwesend; im Nacht- sowie im Wochenend- und Feiertagsdienst zumindest eine Turnusärztin/ein Turnusarzt in Ausbildung zur Fachärztin/-arzt für Neurologie mit speziellen Kenntnissen und Fertigkeiten in der Schlaganfallbetreuung anwesend, zusätzlich eine Fachärztin / ein Facharzt für Neurologie in Rufbereitschaft (in der KA anwesend bzw. in Rufbereitschaft) – In Krankenanstalten, an denen die Aufnahme an der Stroke-Unit über eine Aufnahmestation erfolgt, Fachärztin/ Facharzt für Neurologie oder in Facharzt Ausbildung zur Neurologie stehende Person unmittelbar heranzuziehen – Fachärztin/-arzt für Innere Medizin rund um die Uhr verfügbar (in der KA anwesend bzw. in Rufbereitschaft) • Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal • Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie
Infrastruktur – apparative Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuierliches Basismonitoring pro Bett: <ul style="list-style-type: none"> – EKG-Monitoring – Langzeit-Blutdruckmessgerät – Pulsoximetrie – Atmungsmonitoring • Infrastruktur in der Abteilung rund um die Uhr verfügbar: <ul style="list-style-type: none"> – spezielles Monitoring – EEG-Monitoring – CW-Doppler – Farbduplexsonographie • Infrastruktur in der Krankenanstalt rund um die Uhr verfügbar: <ul style="list-style-type: none"> – Labor (Befund innerhalb von 30 Minuten verfügbar) – Intensivbehandlungseinheit • Gewährleistung eines nahtlosen Überganges in die Frührehabilitation der Stufe B (2-jährige Übergangsfrist) • Infrastruktur rund um die Uhr in 30 Minuten Straßenindividualverkehr erreichbar: <ul style="list-style-type: none"> – Magnetresonanztomographie – Magnetresonanztomographie – arterielle zerebrale Angiographie • Infrastruktur täglich im Tagdienst in 30 Minuten Straßenindividualverkehr erreichbar: <ul style="list-style-type: none"> – transthorakale und transösophageale Echokardiographie • Infrastruktur rund um die Uhr in 60 Minuten im Straßenindividualverkehr erreichbar: <ul style="list-style-type: none"> – Neurochirurgie
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Register (bis spätestens 2012) • Medizinische Dokumentation: <ul style="list-style-type: none"> – Zum Aufnahmezeitpunkt <ul style="list-style-type: none"> o Neurologischer Befund: Rankin-Skala vor Insult, Rankin-Skala bei Aufnahme, Barthel-Index bei Aufnahme, NIH-Stroke-Skala bei Aufnahme – Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Stroke-Unit: <ul style="list-style-type: none"> o Neurologischer Befund: Rankin-Skala, Barthel-Index, NIH-Stroke-Skala o Nach Möglichkeit drei Monate nach dem Schlaganfall: Rankin-Skala, Barthel-Index

2.4.7.2 Neurologische Akut-Nachbehandlung (NEU-ANB)

Definitionen, Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> Neurologische Akut-Nachbehandlung und Frührehabilitation Zielgruppen: Patientinnen/Patienten der NEU-ANB der Behandlungsphasen bzw. Stufen B und C im Sinne des LKF-Modells <p><i>Zielgruppen der Stufe B:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Die Patientin/der Patient ist zumindest intermittierend schwer bewusstseinsgestört, aber nicht mehr dauernd kontrolliert zu beatmen Keine oder nur sehr geringe Kooperationsfähigkeit der Patientin/des Patienten Vollkommene oder weitgehende Unselbständigkeit bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens Komplikationen und notfallsartige Verschlechterungen sind häufig und können jederzeit intensivmedizinische Interventionen notwendig machen. <p><i>Zielgruppen der Stufe C:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Die Patientin/der Patient ist bewusstseinsklar, kooperativ und kann jedenfalls eine beschränkte Zeit des Tages aktiv an therapeutischen Maßnahmen teilnehmen Bewältigbarkeit zumindest einiger Aktivitäten des täglichen Lebens Keine Aspirationsgefahr, Patientin/Patient ist stuhlkontinent, aber zu einem erheblichen Teil von pflegerischer Hilfe abhängig Begleiterkrankungen bzw. -verletzungen dürfen die notwendigen therapeutischen Maßnahmen nicht verbieten oder behindern Es darf weder Selbst- noch Fremdgefährdung bestehen.
Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> Einheiten für NEU-ANB (im Rahmen von Abteilungen für NEU, evtl. auch disloziert): <p><i>Stufe B:</i> 3–5 Betten (Richtintervall bezogen auf eine neurologische Standardabteilung) <i>Stufe C:</i> 8–12 Betten (Richtintervall bezogen auf eine neurologische Standardabteilung)</p> <p>Sicherstellung des nahtlosen Übergangs zwischen akutstationärem Bereich und NEU-ANB</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ärztliches Personal (Fachärztinnen/-ärzte) Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal Physiotherapeuten/-innen Ergotherapeuten/-innen Logopäden/-innen Biomedizinische Analytiker/innen / MTF/Laborassistentinnen/-assistenten Klinische Psychologen/-innen mit besonderen Kenntnissen in der Neuropsychologie
Infrastruktur	<p><i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ausstattung für akutmedizinische Überwachungsmöglichkeit (nur Stufe B) Ausstattung für EKG und Ergometrie Ausstattung für Langzeitblutdruckmessung (nur Stufe B) Bildgebende Verfahren (ggf. in Kooperation mit externen Anbietern) Ultraschall (US-Farbdoppler-Diagnostik) Dynamometer EEG-Labor 4-Kanal-EMG-Gerät Routinelabor (Stufe B) bzw. Zugang zu Routinelabor (Stufe C) Möglichkeit endoskopischer interventioneller Therapie Notfallkoffer mit Defibrillator
Leistungsangebote	<p><i>Zusätzlich zum neurologischen Therapiebedarf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Organisation der Hilfsmittelabklärung Initiierung von Nachsorgemaßnahmen Patientenschulung

2.4.7.3 Schädel-Hirn-Trauma / Wachkoma (SHT)

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

2.4.8 Psychiatrie (PSY; inkl. Abhängigkeitserkrankungen)

Versorgungsstrukturen	<p>Strukturen für die Behandlung, Rehabilitation, Pflege sowie Befriedigung sozialer Versorgungsbedürfnisse akut, längerfristig und chronisch psychisch Kranker (im Sinne des „Psychiatrieplans“ im ÖKAP/GGP 2003) mit folgenden</p> <p><u>Anforderungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnis- und Bedarfsgerechtigkeit • Gemeindenähe und -integration • „Ambulant vor stationär“ • Integration in die Grundversorgung • Regionalisierung, Vollversorgung und Vernetzung • Partizipation <p><i>Stationärer Bereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vollabteilung: Mindestgröße 30 Betten • Tagesklinik • Konsiliar-/Liaison-Dienst • Ambulanz <p><i>Ambulante und komplementäre Einrichtungen und Dienste</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychosoziale Dienste • Wohnen • Arbeit • Tagesstruktur • Ambulant versorgungswirksame Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie <p>Ausreichende Anzahl ambulanter und komplementärer Einrichtungen und Dienste in jeder Versorgungsregion Koordination mit der stationären Referenzeinrichtung (Vollabteilung)</p>		
Planung	<p><u>Dezentralisierung</u> der allgemeinpsychiatrischen sowie der geronto-psychiatrischen Versorgung (Einrichtung von Abteilungen für Psychiatrie an ausgewählten Standorten von allgemeinen Akutkrankenanstalten)</p> <p>Planungsrichtwert gemäß Tabelle in Kap. 2.2.2, Bettenmessziffer inklusive</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeine akupsykiatrische Versorgung von Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (inkl. Tagesklinik-Plätze) • akute gerontopsychiatrische Versorgung • akute Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (akuter Entzug) und • <u>exklusive</u> Versorgung von chronisch psychisch Kranken, langfristige gerontopsychiatrische Versorgung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, forensische Psychiatrie sowie Abhängigkeitserkrankungen <p>Laufende Evaluierung des Auf- und Ausbaus der ambulanten und komplementären Versorgung</p>		
Personalausstattung und -qualifikation	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p><i>Interdisziplinär arbeitendes multiprofessionelles Team der Berufsgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie – Dipl. psychiatrisches Gesundheits- u. Krankenpflegepersonal <p>Personal für:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klinische Psychologie – Psychotherapie – Ergotherapie – Musiktherapie/Kunsttherapie – Physiotherapie / Sport- und Bewegungstherapie – Sozialarbeit </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p><i>Zeitliche Verfügbarkeit:</i></p> <p>rund um die Uhr verfügbar rund um die Uhr verfügbar</p> <p>Angebot pro Patient und Werktag: mindestens drei unterschiedliche Therapieeinheiten (jedenfalls Psycho- und Ergotherapie); max. Gruppengröße 12 Patienten</p> <p>Ausreichende Personalkapazitäten für Klinische Psychologie und Sozialarbeit</p> </td> </tr> </table>	<p><i>Interdisziplinär arbeitendes multiprofessionelles Team der Berufsgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie – Dipl. psychiatrisches Gesundheits- u. Krankenpflegepersonal <p>Personal für:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klinische Psychologie – Psychotherapie – Ergotherapie – Musiktherapie/Kunsttherapie – Physiotherapie / Sport- und Bewegungstherapie – Sozialarbeit 	<p><i>Zeitliche Verfügbarkeit:</i></p> <p>rund um die Uhr verfügbar rund um die Uhr verfügbar</p> <p>Angebot pro Patient und Werktag: mindestens drei unterschiedliche Therapieeinheiten (jedenfalls Psycho- und Ergotherapie); max. Gruppengröße 12 Patienten</p> <p>Ausreichende Personalkapazitäten für Klinische Psychologie und Sozialarbeit</p>
<p><i>Interdisziplinär arbeitendes multiprofessionelles Team der Berufsgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie – Dipl. psychiatrisches Gesundheits- u. Krankenpflegepersonal <p>Personal für:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Klinische Psychologie – Psychotherapie – Ergotherapie – Musiktherapie/Kunsttherapie – Physiotherapie / Sport- und Bewegungstherapie – Sozialarbeit 	<p><i>Zeitliche Verfügbarkeit:</i></p> <p>rund um die Uhr verfügbar rund um die Uhr verfügbar</p> <p>Angebot pro Patient und Werktag: mindestens drei unterschiedliche Therapieeinheiten (jedenfalls Psycho- und Ergotherapie); max. Gruppengröße 12 Patienten</p> <p>Ausreichende Personalkapazitäten für Klinische Psychologie und Sozialarbeit</p>		
Leistungsangebote	<p><i>Allgemeine Leistungsbereiche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Krisenintervention / Notfallpsychiatrie • Psychiatrische/psychotherapeutische Standardbehandlung • Intensive psychiatrische Behandlung Schwerstkranker • Komplexe psychiatrische Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker • Aufnahme/Unterbringung gemäß UbG • Tagesklinische psychiatrische Behandlung • Reintegrative psychiatrische Behandlung • Sicherung der Übergangspflege/Überleitungspflege • ausreichende konsiliarische Versorgung aus anderen med. Fachdisziplinen <p><i>Spezifische Leistungen</i></p> <p>Komplexe Pharmakotherapie und Monitoring, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie, Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Ergo- und Physiotherapie, Sozialarbeit, EKT in Schwerpunktkrankenhäusern, Konsiliar-/Liaisondienst für andere Fachabteilungen</p>		

Abhängigkeitserkrankungen (PSY-Spezialversorgung)

Grundlage der Planung muss eine breite interdisziplinäre Sicht des Themas sein, welche die Bereiche Krankenhäuser, extramurale Versorgung sowie den Sozialbereich berücksichtigt. Auf länderspezifische Gegebenheiten ist Rücksicht zu nehmen.

Definitionen Zielgruppen	<p>Abhängigkeitserkrankungen umfassen sowohl substanzabhängige Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente) als auch nicht substanzgebundene Suchterkrankungen (z. B. Spiel-, Internet-, Kaufsucht etc.).</p> <p><u>Zielgruppe</u>: Patientinnen und Patienten, die nach ICD-10 die Kriterien einer <u>Abhängigkeitserkrankung</u> erfüllen (z. B. Nachweis einer Toleranzentwicklung, Suchtverlangen etc.).</p>																																																												
Versorgungsstrukturen	<p><u>Strukturen</u> für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erste Anlaufstellen zur Beratung, Behandlungsmotivation, Behandlungsvorbereitung: bspw. Beratungsstellen, Psychosoziale Dienste, niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie etc. • Niederschwellige Einrichtungen mit nicht primär abstinenzorientiertem Angebot (NER) • Spezialisierte ambulante Behandlungseinrichtungen: Ambulante Therapieeinrichtungen (z. B. Suchtambulanzen); Entwöhnungstageskliniken bzw. -spezialambulanzen • Spezialisierte stationäre Behandlungseinrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> – Entwöhnungsstation für Alkohol- und Medikamentenabhängige (EWS) – Entzugsstation für Abhängige von illegalen Substanzen (EZS) – Kurzzeittherapiestation für Abhängige von illegalen Substanzen (KTS) – Langzeittherapiestation für Abhängige von illegalen Substanzen (LTS) • Einrichtungen zur Nachsorge und Nachbetreuung: Nachbetreuungsgruppen, niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Psychologinnen/Psychologen; dezentrale, gemeindenahere komplementäre Einrichtungen: bspw. Tagesstätten, betreutes Wohnen 																																																												
Planungsgrundsätze und -richtwerte	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Behandlung ist <u>überregional</u> zu planendes Leistungsangebot: <u>jede</u> abgestufte stationäre Versorgungsstruktur (s. o.) zumindest pro VZ; auf regionaler Ebene zusätzlich ambulante Versorgungsstrukturen erforderlich • <u>Planungsrichtwert</u>: 0,16 Behandlungsplätze pro 1.000 EW (davon 0,04/1.000 für Abhängigkeit von illegalen Drogen und 0,12/1000 für Alkohol-, Medikamenten- und substanzungebundene Abhängigkeitserkrankungen; siehe dazu auch Kap. 2.2.2); weiterführende Evaluierung des Planungsrichtwertes erforderlich • NICHT aus dem Planungsrichtwert f. Abhängigkeitserkrankungen abzudecken, sondern aus Richtwert für Allgemeinpsychiatrie (vgl. Kap. 2.2.2): akute Entzugsbehandlung • Abstimmung der Planungen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich bzw. der Suchtkoordination im Sinne einer Gesamtplanung erforderlich 																																																												
Personalausstattung und -qualifikation	<p>Folgende <u>Berufsgruppen</u> in allen spezialisierten <u>stationären</u> Behandlungseinrichtungen verfügbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal (inkl. Leitung/Vertretung und Ausbildung durch Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie mit Eintragung in die Liste der zur Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen/Ärzte) • Dipl. Pflegepersonal (überwiegend diplomiertes psychiatrisches Pflegepersonal ist anzustreben) • Klinische Psychologinnen und Psychologen • Psychotherapeutinnen und -therapeuten • Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter • Ergo-, Physiotherapeutinnen und -therapeuten • Multiprofessionelles Team für Tagesgestaltung 																																																												
Infrastruktur	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EWS</th> <th>EZS</th> <th>KTS</th> <th>LTS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aufenthaltsräume</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Räumlichkeiten für Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Infrastruktur für Berufs-, Freizeittraining und Tagesstruktur</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Räumlichkeiten für Einzel- und Gruppentherapie</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Psychologische Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeit</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>Spielzimmer bzw. -ecke für Pat. mit Kindern</td> <td>–</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Ausreichende med.-techn. Ausstattung</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>		EWS	EZS	KTS	LTS	Aufenthaltsräume	✓	✓	✓	✓	Räumlichkeiten für Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie	✓	✓	✓	✓	Infrastruktur für Berufs-, Freizeittraining und Tagesstruktur	✓	✓	✓	✓	Räumlichkeiten für Einzel- und Gruppentherapie	✓	✓	✓	✓	Psychologische Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeit	✓	✓	–	–	Spielzimmer bzw. -ecke für Pat. mit Kindern	–	✓	✓	✓	Ausreichende med.-techn. Ausstattung	✓	✓	✓	✓																				
	EWS	EZS	KTS	LTS																																																									
Aufenthaltsräume	✓	✓	✓	✓																																																									
Räumlichkeiten für Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie	✓	✓	✓	✓																																																									
Infrastruktur für Berufs-, Freizeittraining und Tagesstruktur	✓	✓	✓	✓																																																									
Räumlichkeiten für Einzel- und Gruppentherapie	✓	✓	✓	✓																																																									
Psychologische Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeit	✓	✓	–	–																																																									
Spielzimmer bzw. -ecke für Pat. mit Kindern	–	✓	✓	✓																																																									
Ausreichende med.-techn. Ausstattung	✓	✓	✓	✓																																																									
Leistungsangebote	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EWS</th> <th>EZS</th> <th>KTS</th> <th>LTS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Umfassende Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Motivationsarbeit</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>–</td> </tr> <tr> <td>Psychotherapie (Einzel-, Gruppen-, Familientherapie)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Sozialberatung und -betreuung</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Neuro-/Psychologische Therapie</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Begleitete Tagesstrukturierung</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Körperliche Aktivierung (Sport- und Bewegungstherapie)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Ergotherapie</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Physiotherapie</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Angehörigenarbeit</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Erarbeitung und Planung angemessener weiterführender Therapie bzw. Nachsorge sowie Auffrischungsbehandlung</td> <td>–</td> <td>–</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>		EWS	EZS	KTS	LTS	Umfassende Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung	✓	✓	✓	✓	Motivationsarbeit	–	–	–	–	Psychotherapie (Einzel-, Gruppen-, Familientherapie)	✓	✓	✓	✓	Sozialberatung und -betreuung	✓	✓	✓	✓	Neuro-/Psychologische Therapie	✓	✓	✓	✓	Begleitete Tagesstrukturierung	✓	✓	✓	✓	Körperliche Aktivierung (Sport- und Bewegungstherapie)	✓	✓	✓	✓	Ergotherapie	✓	✓	✓	✓	Physiotherapie	✓	✓	✓	✓	Angehörigenarbeit	✓	✓	✓	✓	Erarbeitung und Planung angemessener weiterführender Therapie bzw. Nachsorge sowie Auffrischungsbehandlung	–	–	✓	✓
	EWS	EZS	KTS	LTS																																																									
Umfassende Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung	✓	✓	✓	✓																																																									
Motivationsarbeit	–	–	–	–																																																									
Psychotherapie (Einzel-, Gruppen-, Familientherapie)	✓	✓	✓	✓																																																									
Sozialberatung und -betreuung	✓	✓	✓	✓																																																									
Neuro-/Psychologische Therapie	✓	✓	✓	✓																																																									
Begleitete Tagesstrukturierung	✓	✓	✓	✓																																																									
Körperliche Aktivierung (Sport- und Bewegungstherapie)	✓	✓	✓	✓																																																									
Ergotherapie	✓	✓	✓	✓																																																									
Physiotherapie	✓	✓	✓	✓																																																									
Angehörigenarbeit	✓	✓	✓	✓																																																									
Erarbeitung und Planung angemessener weiterführender Therapie bzw. Nachsorge sowie Auffrischungsbehandlung	–	–	✓	✓																																																									

2.4.9 Dermatologie (DER)

Infrastruktur	<p><i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungen zur ambulanten und stationären Tumordiagnostik: Auflichtmikroskopie und entsprechende Dokumentationsmöglichkeit, Möglichkeiten zur Durchführung von Biopsien und Zytologie • Einrichtungen zur phlebologischen/proktologischen Diagnostik • Einrichtung für dermatologische Lasertherapie • Einrichtung für Phototherapie, Geräte zur UVB-Bestrahlung, zur UVA-Bestrahlung mit und ohne Photosensibilisator sowie zur Bestrahlung mit sichtbarem Licht- und Photosensibilisator (Photodynamische Therapie)
---------------	--

2.4.10 Augenheilkunde (AU)

Versorgungsstrukturen	<p>Abteilung</p> <p>Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkte Kap. 2.3.2)</p> <p>Dislozierte Tagesklinik (vgl. allgemeine Qualitätskriterien für Tageskliniken Kap. 2.3.2)</p> <p>Tagesklinische Versorgung von Katarakten (ASA 1 und ASA 2 operationsfähig, ASA 3 nach Beurteilung der Anästhesistin/des Anästhesisten)</p>
Infrastruktur	<p><i>Technisch-apparative Grundausrüstung:</i> Phakoemulsifikationseinheit, OP-Mikroskop, C-Perimetrie</p> <p><i>Technisch-apparative Ausstattung pro MEL</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Vitrektomie:</u> BZ010, BG040, BG050, BG060, BH020, BG080 • <u>Argonlaser:</u> BG040, BG050, BG060, BH020 • <u>Excimerlaser:</u> BD010 Refraktive Hornhautchirurgie, weiters phototherapeutische Keratektomie (PTK) <p>MEL BG020 Photodynamische Lasertherapie mit Verteporfin bei Makuladegeneration (LE = je Sitzung)</p> <p>Für die Leistungserbringung ist die Erfüllung folgender Qualitätskriterien sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Voruntersuchungen: Zugang zu einer geeigneten Fluoreszenzangiographieeinheit • Durchführung der photodynamischen Therapie mittels geeigneten photodynamischen Therapielasers (PDT-Laser) in abdunkelbarem Laserraum • Infusion des Verteporfins ausschließlich mittels Motorspritze

2.4.11 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)

Versorgungsstrukturen	<p>Abteilung</p> <p>Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkte Kap. 2.3.2)</p> <p>Dislozierte Tagesklinik (vgl. allgemeine Qualitätskriterien für Tageskliniken Kap. 2.3.2)</p>
Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungserbringung im Rahmen der zumindest über 1 Jahr nach Einrichtung zu evaluierenden dislozierten Tageskliniken nur zulässig, wenn operative Nachsorge unverzüglich gegeben

2.4.12 Urologie (URO)

Versorgungsstrukturen	<p>Abteilung</p> <p>Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkte Kap. 2.3.2)</p> <p>Dislozierte Tagesklinik (vgl. allgemeine Qualitätskriterien für Tageskliniken Kap. 2.3.2)</p>
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Histopathologische Befundung: Sicherstellung der Möglichkeit zur intraoperativen Untersuchung mittels Gefrierschnitt; Untersuchung durch Konsiliar-Pathologen (auch durch qualitätsgesicherte Telepathologie) ausreichend
Leistungsangebote	<p>Besondere Regelungen zu</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEL HP190 und LM080: eingeschränkt auf Hydrozelenoperation beim Kind • MEL LM100 und LM110: eingeschränkt auf Operationen bei Narbenhernie

2.4.13 Plastische Chirurgie (PCH)

Versorgungsstrukturen	Abteilung Fachschwerpunkt* (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkt in Kap. 2.3.2)
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal im Normalpflegebereich: Fachärztinnen/-ärzte für PCH • Pflegepersonal: Je nach Schwerpunktsetzung entsprechende Zusatzqualifikation (z. B. Wundmanagement)
Infrastruktur	<i>Technisch-apparative Ausstattung</i> <ul style="list-style-type: none"> • Spezialinstrumentarium (z. B. Dopplergerät, Nervenstimulator) je nach Schwerpunktsetzung der PCH-Einheit • Lupenbrille verfügbar

* nach entsprechender Novelle des KAKuG

2.4.14 Pulmologie (PUL)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Pulmologische Abteilung (Diagnostik, Therapie, akuter/chronischer Lungenerkrankungen) inkl. erforderliche Spezialeinrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Labor für atemphysiologische und allergologische Diagnostik – Bronchologische Einheit – Pulmologisch-onkologische Einheit (vgl. Kap. 2.5.7) <p>Weitere mögliche Spezialeinrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schlafmedizin – Respiratory Care Unit (Versorgung bei Monoorganversagen der Atmungsorgane; Behandlung akuter und chronischer Ateminsuffizienz; „weaning“ beatmeter Patientinnen/Patienten) – <i>siehe dazu Kapitel 2.4.1</i> – Spezialeinrichtungen der Infektiologie, Tuberkuloseeinheiten, Zentren für Zystische Fibrose (CF-Zentren)
Personalausstattung und -qualifikation	<p>Pulmologische Abteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztinnen/-ärzte für Lungenkrankheiten • Zusätzliches ärztliches Personal • Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal • Physiotherapeut/-in mit besonderer Qualifikation in Atemphysiotherapie bzw. kardiorespiratorischer Physiotherapie <p>Weiters: Personal für Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und Sozialarbeit in KA verfügbar</p> <p><i>Weitere personelle Anforderungen für Spezialeinrichtungen ergänzend zu Vorhaltungen für pulmologische Abteilung:</i></p> <p>Labor für atemphysiologische und allergologische Diagnostik-</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMA Personal • weitere Besetzung in Abhängigkeit der Anzahl diagnostischer Leistungen <p>Bronchologische Einheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin/-arzt für Anästhesie bei Bronchoskopie in Narkose <p>Respiratory Care Unit (RCU) – <i>siehe dazu Kapitel 2.4.1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * bei RCU im Rahmen einer interdisziplinären Intensivereinheit bzw. einer Intensivereinheit für IM: Beiziehung einer/eines Fachärztin/-arzt für PUL mit Additivfach Intensivmedizin <p>Spezialeinrichtungen der Infektiologie, Tuberkuloseeinheiten, Zentren für Zystische Fibrose (CF-Zentren)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung: Fachärztin/-arzt für Pulmologie

Infrastruktur	<p>Pulmologische Abteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bronchoprovokationseinrichtung • Pulmonalkatheter-Platz (auch RN möglich) • Echokardiographiegerät • Beatmungsgeräte für nicht-invasive Beatmung • Thorakoskop (in Zusammenhang mit Vorhaltung einer Thoraxchirurgie; falls keine Thoraxchirurgie in KA vorhanden: RN) <p><i>Weitere infrastrukturelle Anforderungen für Spezialeinrichtungen ergänzend zu Vorhaltungen für pulmologische Abteilung:</i></p> <p>Schlafmedizin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polysomnographiegerät lt. Standardisierung <p>Labor für atemphysiologische und allergologische Diagnostik-</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pharmakodynamische Untersuchungseinheit • Gastransfermesseinheit • CO₂-Rückatmungsmesseinheit • Pulsoximeter mit Trendaufzeichnung • Spirometrie, Bodyplethysmographie und Compliancemessung • Ergospirometrie • Diagnostische Ausstattung für allergologische Abklärung: Prick-, Epikutan-, und Intrakutan-Testung • In-vitro-Diagnostik (RN) • Molekularbiologische Untersuchungen (RN) • Immunserologische, immunzytologische und immunhistologische Untersuchungen im Speziallabor <p>Bronchologische Einheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videoeinheit • Röntgenanlage für Durchleuchtungen • Ausstattung für Fiberbronchoskopie • Narkose- und Beatmungsgerät • Starre und flexible Bronchoskopie mit Narkoseeinrichtung <p>Spezialeinrichtungen der Infektiologie, Tuberkuloseeinheiten, Zentren für Zystische Fibrose (CF-Zentren)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molekularbiologie/Polymerase Chain Reaction (PCR, innerhalb von 72 Std., auch RN möglich) • Hochrisikozimmer • Standardisierzimmer
---------------	---

2.4.15 Orthopädische und unfallchirurgische Versorgung

2.4.15.1 Orthopädie und orthopädische Chirurgie (OR)

Versorgungsstrukturen	<p>Abteilung</p> <p>Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkt Kap. 2.3.2)</p>
Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von angeborenen und erworbenen Formveränderungen, Funktionsstörungen, Erkrankungen und Verletzungen der Stütz- und Bewegungsorgane • Nur an einer Abteilung zulässig: Maligne Tumoroperationen, Wirbelsäulenstabilisierungsoperationen (insbesondere mehrsegmentige Wirbelsäulenstabilisierungsoperationen sowie Stabilisierungsoperationen bei Diagnose Skoliose), orthopädische Leistungen an Kindern
Sonstiges	<p>Künftig gemeinsame Analyse/Planung OR/UC anzustreben</p> <p>Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B. Endoprothesenregister)</p>

2.4.15.2 Unfallchirurgie (UC)

Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Pro Versorgungsregion möglichst eine zentrale Versorgungseinheit als unfallchirurgische Standardabteilung (allenfalls als „Mutterabteilung“) • Satellitendepartement: Dezentrale, kleine Versorgungseinheiten an anderen KA-Standorten im organisatorischen Verbund mit der Mutterabteilung • Entsprechend dem regionalen Bedarf Umwandlung derzeit bestehende Departments für Unfallchirurgie entweder in eine Abteilung für Unfallchirurgie oder in ein Satellitendepartement (idealerweise bis zum Jahr 2015)
-----------------------	--

Personalausstattung und -qualifikation	<p>„Schockraummannschaft“ im Rahmen einer unfallchirurgischen Abteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Fachärztin/-arzt für Anästhesie, 1 Fachärztin/-arzt für Unfallchirurgie, 1 Ärztin/Arzt in Ausbildung für Unfallchirurgie oder zweite/r Fachärztin/-arzt für Unfallchirurgie oder Fachärztin/-arzt für Chirurgie, 1 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit Sonderausbildung für Anästhesiepflege, 1 unfallchirurgisch geschulte, diplomierte Gesundheits-/Krankenpflegeperson, 1 Radiologietechnologin bzw. -technologe, Fachärztin/-arzt für Radiologie in Rufbereitschaft oder teleradiologische Anbindung <p>Satellitendepartment für Unfallchirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung: Fachärztin/-arzt für Unfallchirurgie, trägt medizinische Letztverantwortung • Personelle Beschickung durch Fachärztinnen/-ärzte der unfallchirurgischen „Mutterabteilung“ in Personalrotation • Personelle Ausstattung entsprechend dem Department (vgl. Kapitel 2.3.2) in Abhängigkeit von örtlichen Gegebenheiten und regionalem Versorgungsbedarf • Sicherstellung der organisatorischen sowie medizinischen Zusammenarbeit mit der unfallchirurgischen „Mutterabteilung“
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Apparative Ausstattung einer „Schockraummannschaft“ im Rahmen einer unfallchirurgischen Abteilung entspricht der anästhesiologischen Überwachungseinheit (vgl. Kap. 2.4.1)
Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention, Diagnostik, Behandlung, Nachbehandlung, Rehabilitation und fachspezifische Begutachtung von akuten und chronischen rezidivierenden Verletzungen, Verletzungsfolgen und den daraus resultierenden Erkrankungen und Schäden einschließlich Korrektureingriffe zur Beseitigung von Folgezuständen in jedem Lebensalter
Sonstiges	<p>Zeitliche Verfügbarkeit der „Schockraummannschaft“ im Rahmen einer UC-Abteilung</p> <p>Schockraummannschaft rund um die Uhr verfügbar; Sicherstellung durch Krankenanstaltenbetreiber in Abhängigkeit von den jeweiligen organisatorischen Voraussetzungen und den aktuellen Bedingungen (räumliche Nähe, Wetterlage, aktueller stationärer Belag); Gewährleistung der innerbetrieblichen Realisierung (u. a. auch im Rahmen einer Rufbereitschaft) durch den Krankenanstaltenbetreiber in Abhängigkeit von den organisatorischen Rahmenbedingungen und den aktuellen Gegebenheiten.</p> <p><u>Transformationsregel für PKA:</u></p> <p>Die Verfügbarkeit einer Schockraummannschaft ist jedenfalls bei der akuten Erbringung jener unfallchirurgischen Leistungen zu erfüllen, die im Anhang (Unfallchirurgische Leistungen mit Erfordernis einer Schockraummannschaft in privaten, nicht-gemeinnützigen Krankenanstalten) gelistet sind. Damit verbunden ist auch die Anforderung, eine behördlich genehmigte Intensivversorgungseinheit gemäß der INT-Transformationsregel (vgl. Kap. 2.4.1) vorzuhalten.</p> <p>Betriebszeiten des Satellitendepartments</p> <p>Tagsüber (während genau festzulegender Betriebszeiten)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bis zur Einführung von „Satellitendepartments“ für Unfallchirurgie sind die im Kapitel 2.3.2 festgelegten Qualitätskriterien für Departments zu erfüllen <p>Planung</p> <p>Künftig gemeinsame Analyse/Planung OR/UC anzustreben</p> <p>Register</p> <p>Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B. Endoprothesenregister bzw. Traumaregister)</p>

2.4.15.3 Interdisziplinäre orthopädisch/unfallchirurgische Versorgung

Definition	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung von Regionen mit unzureichender Erreichbarkeit (mehr als 30 Minuten im Straßenindividualverkehr bis zur nächstgelegenen Abteilung) sowie • fehlende Tragfähigkeit für eine selbstständige Abteilung beider und/oder einer der beiden Fachrichtungen aufgrund zu geringer Besiedlungsdichte
Personalausstattung und -qualifikation	<p>Personalausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt mind. 6 Fachärztinnen/-ärzte (Personalzusammensetzung entsprechend der tatsächlichen fachspezifischen Bettenbelegung) • In Abhängigkeit von der Größe der OR/UC-Versorgungseinheit und bei Bedarf Integration zusätzlicher Sekundärärzte (u. a. Ärzte in Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt) im Rotationssystem mit einer orthopädischen oder unfallchirurgischen Vollabteilung • Ärztliche Anwesenheit im Nachtdienst gemäß KAKuG bzw. Landes-Ausführungsgesetzen • Angemessene Verteilung der Anzahl der Nachtdienste zwischen den (Fach-)Ärztinnen/-ärzten der beiden Fachrichtungen <p>Leitung der Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelung der Leitungsfunktion und Stellvertretung in der Krankenanstaltenordnung

Leistungsangebot	<p><i>Nicht zulässige fachspezifische Leistungsbereiche:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Orthopädie: Wirbelsäulenoperationen, Kinderorthopädie, Mehrfachrevisionen (bspw. von Endoprothesen), Tumororthopädie (exklusive Metastasen), spezielle Rheuma-Orthopädie • Unfallchirurgie: Schädelhirntrauma, Polytraumen, schwere Wirbelsäulen- und Beckenverletzungen, Replantationen, komplexe Extremitätenverletzungen
Infrastruktur	<p><i>Bettenzahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung einer Gesamtbettenzahl pro Fachrichtung; zusätzlich dazu Quantifizierung eines von beiden Fachrichtungen belegbaren Bettenpools • Jährliche Evaluierung der tatsächlichen fachspezifischen Bettenbelegung und flexible Anpassung an den aktuellen Bedarf
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungsstätte im Rahmen eines Rotationssystems mit einer orthopädischen oder unfallchirurgischen Vollabteilung • Evaluierung im Rahmen von Pilotprojekten (zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr) • Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B. Endoprothesenregister bzw. Traumaregister)

2.4.16 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)

Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Zentralkrankenanstalten: Abteilung • Schwerpunktkrankenanstalten: In Abhängigkeit vom Leistungsspektrum bedarfsorientierte Vorhaltung von Abteilung, von Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien in Kap. 2.3.2) oder Sicherstellung der Verfügbarkeit einer entsprechenden konsiliarischen Versorgung
Infrastruktur	<p><i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Labor für Prothetik und Epithetik • Einrichtungen der Axiographie und Okklusionsanalyse • Instrumentarium für die stomatognathe Analyse und Diagnostik • Panoramaröntgen und Fernröntgeneinrichtung • Magnetresonanztomographie inkl. Möglichkeit der Darstellung der Kiefergelenke mit entsprechenden Spulen • Sonographieeinrichtung für die spezielle Beurteilung in der Kopf-Hals-Sonographie • Endoskopische Ausrüstung inkl. fotografischer Dokumentation • Fotodokumentationseinrichtung für extraorale und enorale Dokumentation

2.4.17 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK)

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

2.4.18 Radioonkologie/Strahlentherapie (STB)

Definitionen, Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisierung bei Durchführung der Strahlentherapie erforderlich für Tumorpatientinnen/-patienten mit fortgeschrittener Erkrankung, internistischen Begleiterkrankungen oder unzumutbaren Anfahrtswegen, ebenso erforderlich bei parallel zu einer laufenden Bestrahlung durchgeführter medikamentöser onkologischer Therapie („Radiochemotherapie“) aufgrund erhöhter Morbidität solcher Erkrankter • Hospitalisierung ebenso erforderlich bei stationärer Durchführung bzw. Planung der Strahlentherapie bei intensiver hyperfraktioniert-akzelerierter Radiotherapie, bei komplexer Teletherapie mit Dosisescalationen sowie gegebenenfalls bei Planungsprozessen mit spezieller Vorbereitung unter stationären Bedingungen • Stationäre Versorgung weiters für die Behandlung akuter bzw. subakuter Nebenwirkungen, von Spätfolgen im Rahmen der Radiotherapie sowie für die Vorbereitung der operativen Radiotherapie im Rahmen von brachytherapeutischen Eingriffen • Stationäre Betreuung oftmals bedingt bei tumorspezifischer Morbidität bei Palliativpatientinnen/-patienten in deutlich reduziertem Gesundheitszustand bzw. mit behandlungsbedürftigen Symptomen (tumorbedingte Schmerzen, Hirntumoren, Hirnmetastasen, ossäre Metastasen, ulzerierende Tumoren, inzipte Querschnittssyndrome, obere und untere Einflusstauung), ebenso bei allfällig schweren allgemeinen Komplikationen sowie bei Behandlung interkurrenter Erkrankungen
---------------------------	---

Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Bettenstation mit rasch erreichbarer räumlicher Anbindung zu Strahlentherapiegeräten • Angaben zu Planung und Personal in Zusammenhang mit entsprechenden Angaben zu Hochvolttherapiegeräten (siehe Kap. 4.3.4)
Planung	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung des Zugangs zu rund 10 Betten in der jeweiligen KA pro Hochvolttherapiegerät (bezogen auf eine Schicht pro Gerät; Sicherstellung durch innerbetriebliche Organisation zu treffen)
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal (zusätzlich 1 Stationsärztin/-arzt) • DGKP • Medizinphysiker/-in gemäß MedStrSchV • Physiotherapeut/-in • Personal für Psychoonkologie • Diätologe/-in verfügbar • Sozialarbeiter/-in verfügbar <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung: Fachärztin/-arzt für Strahlentherapie-Radioonkologie • Ärztliches Personal: Fachärztin/-arzt für Strahlentherapie-Radioonkologie; Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin; Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für Strahlentherapie-Radioonkologie • DGKP zumindest teilweise mit Weiterbildung für onkologische Pflege (Strahlentherapie) bzw. Palliativpflege, Wundmanagement, Gesprächsführung und best supportive care
Infrastruktur	<p><i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Infusomaten, Perfusoren, Inhalatoren, Pulsoximeter und EKG-Gerät, EKG-Monitor auf der Station • Sauger-Standgeräte, Notfallkoffer, Wärmegeräte für Transfusionen • Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen: verfügbar

2.4.19 Radiologie-Diagnostik (RAD)

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

2.4.20 Medizinische und chemische Labordiagnostik (LAB)

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

2.4.21 Pathologie (PAT)

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

2.4.22 Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR)

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

2.5 Festlegungen zu Referenzzentren

Referenzzentren (RFZ) sind spezialisierte Strukturen von regionaler und überregionaler Bedeutung grundsätzlich innerhalb von Krankenanstalten auf Ebene der Schwerpunktversorgung bzw. der Zentralversorgung, in denen die Erbringung komplexer medizinischer Leistungen gebündelt wird. Komplexe medizinische Leistungen sind aufwendige, kostenintensive Leistungen, die besondere Ausstattung und Qualifikationen erfordern und auf spezielle Indikationsbereiche abzielen. In den RFZ erfolgt die spezialisierte Diagnostik und Therapie im jeweiligen medizinischen Leistungsbereich, daher ist die Erbringung bestimmter MEL RFZ vorbehalten (vgl. Leistungsmatrix im Kap. 2.7 bzw. im Anhang). Die Basisdiagnostik/-therapie sowie die Weiterführung einer Behandlung können auch außerhalb von RFZ erfolgen, die Weiterführung der Behandlung erfolgt jedoch jedenfalls in kontinuierlicher Abstimmung mit dem jeweiligen RFZ.

Die Festlegung der Standorte für RFZ erfolgt im Rahmen der regionalen Detailplanungen unter Berücksichtigung der überregionalen Versorgungsplanung (vgl. Kap. 2.8). Grundsätzlich können nur solche KA-Standorte als RFZ anerkannt werden, die die jeweils spezifischen Anforderungen zur Infrastruktur und Personalqualifikation inkl. Ausbildungstätigkeit sowie die entsprechenden Planungsvorgaben hinsichtlich verbindlicher Mindestfallzahlen und -einzugsbereiche uneingeschränkt erfüllen.

RFZ-Transformationsregel für PKA

Sofern in privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-Krankenanstalten (PKA) RFZ-Leistungen durchgeführt werden, sind sämtliche RFZ-Vorgaben (mit Ausnahme der Ausbildungstätigkeit sowie der Versorgung eines Mindesteinzugsbereichs mit jederzeitiger Aufnahmeverpflichtung) zu erfüllen. Die Errichtungs- und Betriebsbewilligung der PKA hat die Durchführung der RFZ-Leistungen zu umfassen und die für die Erbringung dieser Leistungen erforderlichen Qualitätskriterien festzuschreiben.

2.5.1 Herzchirurgie (HCH)

Definitionen, Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Spezialgebiet der Chirurgie zur Durchführung operativer Eingriffe am Herzen und an herznahen Gefäßen
Planung	<ul style="list-style-type: none"> • Anhaltszahl zum Bedarf: 1.000 herzchirurgische Eingriffe pro 1 Million EW • Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch RFZ für HCH
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung einer herzchirurgischen Operation durch zumindest eine Fachärztin / einen Facharzt gemeinsam mit zwei Turnusärztinnen/-ärzten • FÄ für AN: jederzeitige Verfügbarkeit sicherzustellen • Zusätzlich am Tage zumindest eine Turnusärztin/ein Turnusarzt für die Betreuung der Intensivbehandlungseinheit und eine weitere Turnusärztin/ein weiterer Turnusarzt für die Betreuung der Bettenstation; Betreuung der Intensivbehandlungseinheit alternativ auch von einer Fachärztin/einem Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin • In der Nacht zumindest eine Turnusärztin/ein Turnusarzt für die Betreuung der Intensivbehandlungs-Einheit und der Bettenstation, zusätzlich eine Fachärztin / ein Facharzt in Rufbereitschaft • Sicherstellung der Möglichkeit zur Leistungserbringung rund um die Uhr <p><i>Qualifikation des ärztlichen Personals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin/Facharzt: Fachärztin/-arzt für Chirurgie mit dem Additivfach Herzchirurgie bzw. Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie bzw. mit einer dem Sonderfach/Additivfach entsprechenden Anzahl an durchgeführten Operationen • Turnusärztin/Turnusarzt: Der Begriff „Turnusarzt“ ist im Sinne von § 3 (3) ÄrzteG als in Ausbildung zum (Additiv-)Facharzt für HCH befindlicher Arzt zu interpretieren.

Infrastruktur	<p><i>OP-Einheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei herzchirurgischen Operationen unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine: eine HLM in Reserve <p><i>Intensivbehandlungseinheit</i></p> <p>Für 800 herzchirurgische Operationen pro Jahr mindestens 8 Intensiv- und 4 Intermediate-Care-Betten in KA verfügbar</p> <p><i>Apparative Ausstattung in der Krankenanstalt, täglich rund um die Uhr verfügbar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Blutdepot oder transfusionsmedizinische Einrichtung • Transthorakale und transösophageale Echokardiographie • Koronarangiographie • Notfalllabor (Bestimmung der Blutgerinnung, Elektrolytbestimmung, Leberfermente)
Infrastruktur	<p><i>Apparative Ausstattung in der Krankenanstalt verfügbar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stressechokardiographie • Einschwemmkatheter • Elektrophysiologische Untersuchungen • PM- und AICD-spezifische Vermessungs- und Programmierungsmöglichkeiten <p><i>Apparative Ausstattung nur in Herztransplantationszentren verfügbar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intravaskuläre Sonographie
Sons- tiges	<p><i>Register</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B. Herzchirurgie-Register)

2.5.2 Thoraxchirurgie (TCH)

Definitionen, Zielgruppen	Spezialgebiet der Chirurgie zur Durchführung von Eingriffen im Brustraum
Planung	<p><i>Referenzzentren für TCH</i></p> <p>Mindestreichweite: 90 Minuten</p> <p>Mindesteinzugsbereich: 300.000 Einwohner</p>
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens zwei vollzeitbeschäftigte (Additiv-)/Fachärztinnen/-ärzte für TCH • Mindestens ein Ausbildungsplatz für (Additiv-)/Fachärztinnen/-ärzte für TCH
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhaltung einer Intensivbehandlungseinheit in der KA

2.5.3 Gefäßchirurgie (GCH)

Definitionen, Zielgruppen	Spezialgebiet/Additivfach der Chirurgie zur Durchführung operativ-instrumenteller (z. T. mikrochirurgischer) und interventioneller Verfahren zur Wiederherstellung v. a. erkrankter oder verletzter Blut- oder Lymphgefäße.		
Versorgungsstrukturen	<p>Versorgungsgrundsätze</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle Patientinnen/Patienten mit Erkrankungen an Arterien und großen Venen sind vom erstbegutachtenden Fach einem interdisziplinären Gefäßboard vorzustellen; • <u>Interdisziplinäres Gefäßboard</u> ist einzurichten; Zusammensetzung: Vertreter der Fachrichtungen Innere Medizin, allenfalls auch Dermatologie (jeweils bevorzugt mit Additivfach Angiologie), Fachärztin/-arzt der gem. ÄAO gefäßchirurgisch tätig sein darf und Fachärztin/-arzt für Radiologie; <ul style="list-style-type: none"> – Risikoabstufung durch das Gefäßboard – Organisatorische Umsetzung an die jeweiligen lokalen und regionalen Gegebenheiten anzupassen (z. B. mittels Videokonferenzen) • Versorgung mittels interventioneller Radiologie nur an Standorten mit GCHZ und GCHS: Sicherstellung eines spezifischen Komplikationsmanagements <p>Abgestufte Versorgungsstruktur</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gefäßchirurgisches Referenzzentrum (GCHZ)</i> Vorhaltung des gesamten Spektrums gefäßchirurgischer und radiologisch-interventioneller Maßnahmen • <i>Gefäßchirurgischer Schwerpunkt (GCHS)</i> Gefäßchirurgische und radiologisch-interventionelle Maßnahmen an peripheren Gefäßen, bei Eingriffen an der A.Carotis ist die enge Zusammenarbeit mit einer neurologischen Abteilung in einer KA mit einer Intensivbehandlungsstation sowie mit MR Voraussetzung. 		
Planung	<p>GCHZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestreichbarkeit: 60 Minuten • Mindesteinzugsbereich: 250.000 Einwohner <p>Festlegung der Standorte für GCHZ und GCHS durch regionale Detailplanung im RSG</p>		
Personalausstattung und -qualifikation	<i>Versorgungsstufen</i>	<i>GCHZ</i>	<i>GCHS</i>
	<i>Gefäßchirurgie</i>		
	* Fachärztinnen/-ärzte für CH mit Additivfach GCH (mind.)	2	2
	* Ausbildungsplatz für Additiv-FÄ vorzusehen	1	-
	<i>Interventionelle Radiologie (gefäßbezogen)</i>		
	* Fachärztin/-arzt für Radiologie mit besonderen Kenntnissen und Fertigkeiten in interventioneller Radiologie (mind.)	2	1
	* RT in interventioneller Radiologie geschult	verfügbar	verfügbar
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Digitale Subtraktions-Angiographie • Überwachungseinheit <p>Für GCHZ zusätzlich</p> <ul style="list-style-type: none"> • MR-Angiographie • Intensivbehandlungseinheit 		

2.5.4 Transplantationschirurgie (TXC)

Herztransplantation (HTX)

Definitionen, Zielgruppen	<p><i>Definition</i></p> <ul style="list-style-type: none"> HTX als Therapieform bei terminaler Herzinsuffizienz im fortgeschrittenen, irreversiblen Krankheitsstadium zur Ermöglichung des langfristigen Überlebens der Patientinnen und Patienten <p><i>Primäre Indikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Kardiomyopathie Idiopathische, ischämische Kardiomyopathie unbekannter Genese Terminale Herzklappenfehler <p><i>Weiters</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Junge Erwachsene mit im Kindesalter im Zusammenhang mit angeborenen Herzfehlern durchgeführten Palliativoperationen und nunmehriger terminaler Herzmuskelschwäche 																		
Planung	<ul style="list-style-type: none"> Erwartbarer Anstieg des Bedarfs durch Zunahme von HTX in Zusammenhang mit ischämischer Kardiomyopathie und kongenitalen Vitien Limitierung der Leistungsfrequenz aufgrund der Anzahl an Spenderorganen Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch RFZ für TXC (HTX) 																		
Personalausstattung und -qualifikation	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><i>Ärztliches Personal</i></th> <th style="text-align: right;"><i>Anzahl</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich eine Herztransplantation durchführen können (Fachärztinnen/-ärzte für CH, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre mindestens 60 Herztransplantationen bzw. Herzersatztherapien („Kunstherz“) geleitet oder als 1. Assistentin/Assistent durchgeführt haben und dabei sowohl im präoperativen Bereich – insbesondere Empfänger- und Spenderauswahl sowie Behandlung von Herzerkrankungen im terminalen Stadium inkl. Herzausfallstherapie – als auch in der postoperativen stationären und ambulanten Betreuung maßgeblich eingebunden waren) </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 3</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich ein Herz explantieren können (das sind FÄ für CH, die mindestens 20 Spenderherzen entnommen haben, inkl. jener Fachärztinnen/-ärzte, die eigenverantwortlich eine HTX durchführen können) </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 5</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für AN, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre bei mindestens 40 Herztransplantationen die Anästhesie geleitet oder dabei assistiert haben </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 5, davon jederzeit verfügbar: 1</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für IM mit Additivfach Kardiologie, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre in die prä- und postoperative Betreuung bei mindestens 40 Herztransplantationspatientinnen/-patienten eingebunden waren </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Weiteres Personal</i></td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;"> ≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro Transplantationszentrum f. Dokumentation </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit) </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Ärztliches Personal</i>	<i>Anzahl</i>	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich eine Herztransplantation durchführen können (Fachärztinnen/-ärzte für CH, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre mindestens 60 Herztransplantationen bzw. Herzersatztherapien („Kunstherz“) geleitet oder als 1. Assistentin/Assistent durchgeführt haben und dabei sowohl im präoperativen Bereich – insbesondere Empfänger- und Spenderauswahl sowie Behandlung von Herzerkrankungen im terminalen Stadium inkl. Herzausfallstherapie – als auch in der postoperativen stationären und ambulanten Betreuung maßgeblich eingebunden waren) 	≥ 3	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich ein Herz explantieren können (das sind FÄ für CH, die mindestens 20 Spenderherzen entnommen haben, inkl. jener Fachärztinnen/-ärzte, die eigenverantwortlich eine HTX durchführen können) 	≥ 5	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für AN, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre bei mindestens 40 Herztransplantationen die Anästhesie geleitet oder dabei assistiert haben 	≥ 5, davon jederzeit verfügbar: 1	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen 	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für IM mit Additivfach Kardiologie, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre in die prä- und postoperative Betreuung bei mindestens 40 Herztransplantationspatientinnen/-patienten eingebunden waren 	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1	<i>Weiteres Personal</i>		<ul style="list-style-type: none"> Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion 	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro Transplantationszentrum f. Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit) 	≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.
<i>Ärztliches Personal</i>	<i>Anzahl</i>																		
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich eine Herztransplantation durchführen können (Fachärztinnen/-ärzte für CH, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre mindestens 60 Herztransplantationen bzw. Herzersatztherapien („Kunstherz“) geleitet oder als 1. Assistentin/Assistent durchgeführt haben und dabei sowohl im präoperativen Bereich – insbesondere Empfänger- und Spenderauswahl sowie Behandlung von Herzerkrankungen im terminalen Stadium inkl. Herzausfallstherapie – als auch in der postoperativen stationären und ambulanten Betreuung maßgeblich eingebunden waren) 	≥ 3																		
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich ein Herz explantieren können (das sind FÄ für CH, die mindestens 20 Spenderherzen entnommen haben, inkl. jener Fachärztinnen/-ärzte, die eigenverantwortlich eine HTX durchführen können) 	≥ 5																		
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für AN, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre bei mindestens 40 Herztransplantationen die Anästhesie geleitet oder dabei assistiert haben 	≥ 5, davon jederzeit verfügbar: 1																		
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen 	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1																		
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für IM mit Additivfach Kardiologie, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre in die prä- und postoperative Betreuung bei mindestens 40 Herztransplantationspatientinnen/-patienten eingebunden waren 	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1																		
<i>Weiteres Personal</i>																			
<ul style="list-style-type: none"> Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion 	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro Transplantationszentrum f. Dokumentation																		
<ul style="list-style-type: none"> Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit) 	≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.																		
Infrastruktur	<p><i>OP-Bereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Jederzeitige – binnen drei bis fünf Stunden – Verfügbarkeit von zumindest einem operationsbereiten Tisch mit dem erforderlichen OP-Personal; Sicherstellung der Möglichkeit für veno-venösen Bypass im Bedarfsfall 																		

Sonstiges	<ul style="list-style-type: none">• Durchführung von HTX nur an TX-Zentren mit weiteren TX-Leistungsbereichen, daher keine separaten Vorgaben für FÄ zur Durchführung der Hirntoddiagnostik <p>Evaluierung der Versorgungsleistung eines RFZ für HTX nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ, u. a. durch folgende Parameter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Art und Schwere der Erkrankung jener Patientinnen und Patienten auf der Warteliste• Überleben der Patientinnen und Patienten nach Herztransplantation• Wartezeit auf eine Transplantation <p><i>Versorgung von Kindern</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Einrichtung eines externen Monitorings für die Qualitätskontrolle
-----------	---

Lebertransplantation (LTX)

Definitionen, Zielgruppen	<p><i>Definition</i></p> <ul style="list-style-type: none"> LTX als Therapieform bei verschiedenen Lebererkrankungen im Endstadium zur Ermöglichung des Überlebens der Patientinnen und Patienten <p><i>Selektive Indikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Leberzirrhose unterschiedlicher Genese (z. B. posthepatische Zirrhose) Primäre und sekundäre Malignome der Leber Angeborene extrahepatische Gallengangsatresie Akute Indikationsstellung: fulminantes Leberversagen 																				
Planung	<ul style="list-style-type: none"> Durch restriktiv gehandhabte Wartelistenföhrung Beibehaltung des Bedarfs an LTX erwartbar Limitierung der Leistungsfrequenz aufgrund der Anzahl an Spenderorganen Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch RFZ für TXC (LTX) 																				
Personalausstattung und -qualifikation	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><i>Ärztliches Personal</i></th> <th style="text-align: right;"><i>Anzahl</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich eine Lebertransplantation durchführen können (Fachärztinnen/-ärzte für CH, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre mindestens 60 Lebertransplantationen geleitet oder als 1. Assistentin/Assistent durchgeführt haben und dabei sowohl im präoperativen Bereich – insbesondere Empfänger- und Spenderauswahl sowie Behandlung von Lebererkrankungen im terminalen Stadium inkl. Leberausfallstherapie – als auch in der postoperativen stationären und ambulanten Betreuung maßgeblich eingebunden waren) </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 3</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich eine Leber explantieren können (das sind Fachärztinnen/-ärzte für CH, die mindestens 20 Spenderlebern entnommen haben; inklusive jener Fachärztinnen/-ärzte, die eigenverantwortlich eine LTX durchführen können) </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 5</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für AN, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre bei mindestens 40 Lebertransplantationen die Anästhesie geleitet oder dabei assistiert haben </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 5, davon jederzeit verfügbar: 1</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für IM mit Additivfach Gastroenterologie/Hepatology, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre in die prä- und postoperative Betreuung bei mindestens 40 LTX-Patientinnen bzw. -Patienten eingebunden waren </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 3</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte, die für die Durchführung der klinisch-neurologischen Hirntoddiagnostik entsprechend der aktuellen Empfehlung des Obersten Sanitätsrates qualifiziert sind (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich) </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Weiteres Personal</i></td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;"> ≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/ Sozialarbeit) </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Ärztliches Personal</i>	<i>Anzahl</i>	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich eine Lebertransplantation durchführen können (Fachärztinnen/-ärzte für CH, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre mindestens 60 Lebertransplantationen geleitet oder als 1. Assistentin/Assistent durchgeführt haben und dabei sowohl im präoperativen Bereich – insbesondere Empfänger- und Spenderauswahl sowie Behandlung von Lebererkrankungen im terminalen Stadium inkl. Leberausfallstherapie – als auch in der postoperativen stationären und ambulanten Betreuung maßgeblich eingebunden waren) 	≥ 3	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich eine Leber explantieren können (das sind Fachärztinnen/-ärzte für CH, die mindestens 20 Spenderlebern entnommen haben; inklusive jener Fachärztinnen/-ärzte, die eigenverantwortlich eine LTX durchführen können) 	≥ 5	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für AN, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre bei mindestens 40 Lebertransplantationen die Anästhesie geleitet oder dabei assistiert haben 	≥ 5, davon jederzeit verfügbar: 1	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen 	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für IM mit Additivfach Gastroenterologie/Hepatology, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre in die prä- und postoperative Betreuung bei mindestens 40 LTX-Patientinnen bzw. -Patienten eingebunden waren 	≥ 3	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte, die für die Durchführung der klinisch-neurologischen Hirntoddiagnostik entsprechend der aktuellen Empfehlung des Obersten Sanitätsrates qualifiziert sind (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich) 	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1	<i>Weiteres Personal</i>		<ul style="list-style-type: none"> Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion 	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/ Sozialarbeit) 	≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.
<i>Ärztliches Personal</i>	<i>Anzahl</i>																				
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich eine Lebertransplantation durchführen können (Fachärztinnen/-ärzte für CH, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre mindestens 60 Lebertransplantationen geleitet oder als 1. Assistentin/Assistent durchgeführt haben und dabei sowohl im präoperativen Bereich – insbesondere Empfänger- und Spenderauswahl sowie Behandlung von Lebererkrankungen im terminalen Stadium inkl. Leberausfallstherapie – als auch in der postoperativen stationären und ambulanten Betreuung maßgeblich eingebunden waren) 	≥ 3																				
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich eine Leber explantieren können (das sind Fachärztinnen/-ärzte für CH, die mindestens 20 Spenderlebern entnommen haben; inklusive jener Fachärztinnen/-ärzte, die eigenverantwortlich eine LTX durchführen können) 	≥ 5																				
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für AN, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre bei mindestens 40 Lebertransplantationen die Anästhesie geleitet oder dabei assistiert haben 	≥ 5, davon jederzeit verfügbar: 1																				
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen 	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1																				
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für IM mit Additivfach Gastroenterologie/Hepatology, die binnen der letzten drei bis maximal fünf Jahre in die prä- und postoperative Betreuung bei mindestens 40 LTX-Patientinnen bzw. -Patienten eingebunden waren 	≥ 3																				
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte, die für die Durchführung der klinisch-neurologischen Hirntoddiagnostik entsprechend der aktuellen Empfehlung des Obersten Sanitätsrates qualifiziert sind (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich) 	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1																				
<i>Weiteres Personal</i>																					
<ul style="list-style-type: none"> Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion 	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation																				
<ul style="list-style-type: none"> Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/ Sozialarbeit) 	≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.																				
Infrastruktur	<p><i>OP-Bereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Jederzeitige – binnen drei bis fünf Stunden – Verfügbarkeit von zumindest einem operationsbereiten Tisch mit dem erforderlichen OP-Personal; Sicherstellung der Möglichkeit für veno-venösen Bypass im Bedarfsfall 																				
Sonstiges	<p>Evaluierung der Versorgungsleistung eines RFZ für LTX nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ, u. a. durch folgende Parameter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Art und Schwere der Erkrankung jener Patientinnen und Patienten auf der Warteliste Überleben der Patientinnen und Patienten nach Lebertransplantation Wartezeit auf eine Transplantation <p><i>Versorgung von Kindern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Präoperative Abklärung und Behandlung durch pädiatrische Gastroenterologen Zur Gewährleistung der postoperativen Betreuung rund um die Uhr an pädiatrischen Gastroenterologien, die in Kooperation mit LTX-Zentren agieren: Vorhaltung von drei FÄ mit einschlägiger Erfahrung in Hepatology Einrichtung eines externen Monitorings für die Qualitätskontrolle 																				

Lungentransplantation (LuTX)

Definitionen, Zielgruppen	<p><i>Definition</i></p> <ul style="list-style-type: none"> LuTX als Therapieform bei Lungenerkrankungen im Endstadium zur Ermöglichung des Überlebens der Patientinnen und Patienten <p><i>Primäre Indikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Parenchymale Lungenerkrankungen: vor allem chronisch obstruktive Lungenerkrankung bzw. Emphysem Vaskuläre Lungenerkrankungen: vor allem Patientinnen/Patienten mit primärer pulmonaler Hypertension, aber auch mit sekundären Formen der pulmonalen Hypertension 																		
Planung	<ul style="list-style-type: none"> Durch restriktiv gehandhabte Wartelistenführung Beibehaltung des Bedarfs an LuTX erwartbar Limitierung der Leistungsfrequenz aufgrund der Anzahl an Spenderorganen Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch RFZ für TXC (LuTX) 																		
Personalausstattung und -qualifikation	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><i>Ärztliches Personal</i></th> <th style="text-align: right;"><i>Anzahl</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich Lungentransplantationen (Implantation und Explantation) durchführen können: <ul style="list-style-type: none"> für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX für Zentren mit jährlich über 50 LuTX </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;"> <p>2</p> <p>4</p> </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für AN </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;"> <p>jederzeitige Verfügbarkeit</p> </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen. </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;"> <p>jederzeitige Verfügbarkeit</p> </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für Pulmologie: <ul style="list-style-type: none"> für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX für Zentren mit jährlich über 50 LuTX </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;"> <p>1</p> <p>2</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Weiteres Personal</i></td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;"> <p>≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des Transplantationsprozesses</p> <p>≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation</p> </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Personal für Physiotherapie: <ul style="list-style-type: none"> für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX 1 für Zentren mit jährlich über 50 LuTX 2 </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;"> <p>1</p> <p>2</p> </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit) </td> <td style="text-align: right; vertical-align: top;"> <p>≥ 1 pro 100 Transplantationen p.a.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	<i>Ärztliches Personal</i>	<i>Anzahl</i>	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich Lungentransplantationen (Implantation und Explantation) durchführen können: <ul style="list-style-type: none"> für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX für Zentren mit jährlich über 50 LuTX 	<p>2</p> <p>4</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für AN 	<p>jederzeitige Verfügbarkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen. 	<p>jederzeitige Verfügbarkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für Pulmologie: <ul style="list-style-type: none"> für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX für Zentren mit jährlich über 50 LuTX 	<p>1</p> <p>2</p>	<i>Weiteres Personal</i>		<ul style="list-style-type: none"> Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion 	<p>≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des Transplantationsprozesses</p> <p>≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Personal für Physiotherapie: <ul style="list-style-type: none"> für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX 1 für Zentren mit jährlich über 50 LuTX 2 	<p>1</p> <p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit) 	<p>≥ 1 pro 100 Transplantationen p.a.</p>
<i>Ärztliches Personal</i>	<i>Anzahl</i>																		
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich Lungentransplantationen (Implantation und Explantation) durchführen können: <ul style="list-style-type: none"> für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX für Zentren mit jährlich über 50 LuTX 	<p>2</p> <p>4</p>																		
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für AN 	<p>jederzeitige Verfügbarkeit</p>																		
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen. 	<p>jederzeitige Verfügbarkeit</p>																		
<ul style="list-style-type: none"> Fachärztinnen/-ärzte für Pulmologie: <ul style="list-style-type: none"> für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX für Zentren mit jährlich über 50 LuTX 	<p>1</p> <p>2</p>																		
<i>Weiteres Personal</i>																			
<ul style="list-style-type: none"> Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion 	<p>≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des Transplantationsprozesses</p> <p>≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation</p>																		
<ul style="list-style-type: none"> Personal für Physiotherapie: <ul style="list-style-type: none"> für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX 1 für Zentren mit jährlich über 50 LuTX 2 	<p>1</p> <p>2</p>																		
<ul style="list-style-type: none"> Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit) 	<p>≥ 1 pro 100 Transplantationen p.a.</p>																		
Infrastruktur	<p><i>OP-Bereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Jederzeitige – binnen drei bis fünf Stunden – Verfügbarkeit von zumindest einem operationsbereiten Tisch mit dem erforderlichen OP-Personal; im Bedarfsfall Verfügbarkeit einer Herz-Lungen-Maschine bzw. ECMO (extracorporeal membrane oxygenation) <p><i>Intensivbereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Jederzeitige prä- und postoperative Verfügbarkeit von zumindest einem Intensivbett <p><i>Weitere räumliche Vorhaltungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Vorhaltung einer sogenannten „Step-down-Unit“ mit Ausrichtung auf Mobilisation, Physio- und Atemtherapie <p><i>Blutbank</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Gewährleistung des intraoperativen Bedarfs an Blutkonserven durch hauseigene Blutbank rund um die Uhr <p><i>Labordiagnostik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Gewährleistung der bakteriologischen und virologischen Infektionsdiagnostik sowie des therapeutischen Drug-Monitorings rund um die Uhr (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich) 																		
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung von LuTX nur an TX-Zentren mit weiteren TX-Leistungsbereichen; daher keine separaten Vorgaben für Fachärztinnen/-ärzte zur Durchführung der Hirntoddiagnostik <p>Evaluierung der Versorgungsleistung eines RFZ für LuTX nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ, u. a. durch folgende Parameter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Art und Schwere der Erkrankung jener Patientinnen und Patienten auf der Warteliste Überleben der Patientinnen und Patienten nach Herztransplantation Wartezeit auf eine Transplantation <p><i>Versorgung von Kindern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Einrichtung eines externen Monitorings für die Qualitätskontrolle 																		

Nierentransplantation (NTX)

Definitionen, Zielgruppen	<p><i>Definition</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • NTX als Therapieform der Wahl bei terminalem Nierenversagen als Alternative zu Dialyseverfahren zur Ermöglichung des Überlebens und Steigerung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten • Keine vollständige Heilung erreichbar, da durch etwaige Einbüßung der Organfunktion Retransplantation bzw. Dialysebehandlung erforderlich <p><i>Indikationen und Voraussetzungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Terminales Nierenversagen • Patientenbezogene, persönliche und medizinische Kriterien 	
Planung	<ul style="list-style-type: none"> • Jährliche Inzidenzrate (neue Patienten auf der Warteliste) als Kenngröße für zumindest erforderliche NTX-Frequenz • Limitierung der Leistungsfrequenz aufgrund der Anzahl an Spenderorganen • Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch RFZ für TXC (NTX) 	
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich mindestens 40 NTX durchgeführt haben • Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich mindestens 20 Nierenentnahmen durchgeführt haben (inklusive jener FÄ für CH, die eigenverantwortlich eine Nierentransplantation bzw. Nierenentnahme durchführen können) • Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich nierentransplantierte Patientinnen/Patienten (frühpostoperativ/ambulant) nachbetreuen können (inklusive jener Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich eine Nierentransplantation bzw. Nierenentnahme durchführen können) • Fachärztinnen/-ärzte für Pathologie, die bereits mindestens 100 Nierenbiopsiebefundungen durchgeführt haben, durchschnittlich 100 Nierenbiopsiebefundungen pro Jahr durchführen und das Schnelleinbettungsverfahren beherrschen (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich) • Fachärztinnen/-ärzte für Labormedizin für HLA-Befundung und Kreuzprobenauswertung, die bereits jeweils mindestens 100 Befundungen durchgeführt haben (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich) • Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen • Fachärztinnen/-ärzte für IM mit Additivfach Nephrologie • Fachärztinnen/-ärzte, die für die Durchführung der klinisch- neurologischen Hirntoddiagnostik entsprechend der aktuellen Empfehlung des Obersten Sanitätsrates qualifiziert sind (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich) <p><i>Weiteres Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion • Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/ Sozialarbeit) 	<p><i>Anzahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ≥ 3 ≥ 3 ≥ 5 ≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1 ≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1 ≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1 ≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1 ≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1 ≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation ≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a
Infrastruktur	<p><i>OP-Bereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jederzeitige – binnen drei bis fünf Stunden – Verfügbarkeit von zumindest einem operationsbereiten Tisch mit dem erforderlichen OP-Personal <p><i>Intensivbehandlungseinheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jederzeitige postoperative Verfügbarkeit von zumindest einem Intensivbett und einer Akutdialyse (zumindest ein Behandlungsplatz / ein Dialysegerät) <p><i>Labordiagnostik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gewährleistung der bakteriologischen und virologischen Infektionsdiagnostik, der Austestung der Gewebeverträglichkeit sowie des therapeutischen Drug-Monitorings rund um die Uhr (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich) 	

Sonstiges	<ul style="list-style-type: none">• Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B. im Rahmen des ÖDTR der ÖGN in Zusammenarbeit mit AUSTROTRANSPLANT) <p>Evaluierung der Versorgungsleistung eines RFZ für NTX nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ, u. a. durch folgende Parameter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Art und Schwere der Erkrankung jener Patientinnen und Patienten auf der Warteliste• Überleben der Patientinnen und Patienten nach Nierentransplantation• Wartezeit auf eine Transplantation <p>Durchführung von Pankreastransplantationen (größtenteils in Kombination mit Nierentransplantationen) an RFZ für TXC (NTX)</p> <p><i>Versorgung von Kindern</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Einrichtung eines externen Monitorings für die Qualitätskontrolle
-----------	---

2.5.5 Interventionelle Kardiologie (KAR)

Definitionen, Zielgruppen	<p><i>Beispielhafte Indikationen für interventionelle kardiologische Maßnahmen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Koronare Herzkrankheit bei symptomatischen und asymptomatischen Patienten • Atypischer Thoraxschmerz unklarer Genese • Akuter Myokardinfarkt und Zustand nach Myokardinfarkt • Herzklappenerkrankungen • Angeborene Herzerkrankungen <p><i>Weitere Indikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventionsbedürftige Herzrhythmusstörungen, Erkrankung der Aorta, Erkrankungen des linken Ventrikels inklusive hypertropher bzw. dilatativer Kardiomyopathie, nach Thoraxtrauma, vor nichtkardialer Chirurgie 		
Versorgungsstrukturen	<p><i>Versorgungsstufe 1:</i> COR an KA mit eigener HCH; Vorhaltung des gesamten Spektrums kardiologischer Maßnahmen; Risikoabstufung für Interventionen durch Fachärztin/-arzt mit Additivfach KAR mit ausreichender Erfahrung laut Ausbildungskriterien der kardiologischen Fachgesellschaft</p> <p><i>Versorgungsstufe 2:</i> COR an KA ohne eigene HCH mit Durchführung invasiv-diagnostischer kardiologischer Maßnahmen sowie interventioneller Maßnahmen mit geringem Komplikationsrisiko bei bestehendem Kooperationsabkommen mit einer HCH („herzchirurgischer Backup“); Risikoabstufung für Interventionen durch Fachärztin/-arzt mit Additivfach KAR mit ausreichender Erfahrung laut Ausbildungskriterien der kardiologischen Fachgesellschaft; bei entsprechender Logistik Einbindung in die Akutversorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten</p>		
Planung	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestreichweite: 60 Minuten • Mindesteinzugsbereich: 200.000 Einwohner • Festlegung der Standorte für RFZ für KAR (V1 und V2) durch regionale Detailplanung unter Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus • Erbringung der Leistungen DE030, DE040, DE050 und DE060 nur an auf Landesebene festgelegten Standorten • Konzeptentwicklung für jedes Bundesland (bzw. auch bundesländerübergreifend) für Akutversorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten durch 24-stündige Leistungsbereitschaft zur Akutintervention (inkl. ergänzender Angaben zu Personalanforderungen) vorzusehen 		
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Versorgungsstufen</i></p> <p><i>Anzahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztinnen/ -ärzte • DGKP • MTD • Intensivärztinnen/-ärzte 	<p>V 1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>verfügbar</p>	<p>V 2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>verfügbar*</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <p>Fachärztinnen/Fachärzte</p> <p>Intensivärztinnen/-ärzte</p>	<p>Fachärztin/Facharzt für IM mit Additivfach Kardiologie In RFZ zusätzlich mindestens ein Ausbildungsplatz für Additiv-FÄ für Kardiologie</p> <p>Fachärztin/ -arzt für IM mit Additivfach Intensivmedizin*</p>	
Infrastruktur	<p><i>Technische Ausstattung</i></p> <p>Auf der Station:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl COR <p>In der Krankenanstalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensivbereich • Herzchirurgie 	<p>2***</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>1</p> <p>*</p> <p>**</p>
Infrastruktur	<p><i>Anmerkungen</i></p> <p>* Herzüberwachungsbereich: FÄ für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie oder Intensivmedizin</p> <p>** Kooperationsabkommen mit einer herzchirurgischen Abteilung („herzchirurgischer Backup“)</p> <p>*** Vorhaltung von nur 1 COR für V 1 nur für regional bedingte, begründete Ausnahmen zulässig</p>		
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B. Kardiologie-Register) • Für medizinisch-technische bildgebende Geräte, mit denen (vorwiegend) COR-Leistungsspektren vorgehalten bzw. erbracht werden, sind im Rahmen etwaiger Planungsarbeiten und Bedarfsprüfungen die entsprechenden Planungsrichtwerte für COR bei gesamthafter Betrachtung bestehender bzw. vorgesehener COR-Vorhaltungen heranzuziehen. 		

2.5.6 Kinderkardiologie (KKAR)

Definitionen, Zielgruppen	Invasiv-diagnostische und interventionelle Kardiologie nach Punktion eines arteriellen Gefäßes (zumeist im Bereich der Leiste) 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
Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Anbindung an KA-Typ 1 der abgestuften Versorgung der Kinder- und Jugendheilkunde • Leistungserbringung in Bezug auf die in der LM entsprechend gekennzeichneten MEL nur in RFZ für KKAR • Festlegung der RFZ-Standorte durch regionale Detailplanung • Erbringung der Leistungen DE030, DE040, DE050 und DE060 nur an auf Landesebene festgelegten Standorten • Mindestfrequenz von 100 Herzkatheteruntersuchungen/-interventionen pro Jahr
Planung	<p>0,8 bis 1,0 Prozent aller Neugeborenen mit angeborenen Herzfehlern, davon bei 70 Prozent eine oder mehrere palliative und/oder korrigierende Herzoperationen erforderlich</p> <p>Verhältnis von Herzoperationen an Kindern zu kinder-kardiologischen Herzkatheteruntersuchungen/-interventionen derzeit österreichweit durchschnittlich eins zu eins</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 Fachärztinnen/-ärzte für Kinderheilkunde mit der Zusatzqualifikation, eigenverantwortlich Herzkatheteruntersuchungen durchführen zu können • 2 Fachärztinnen/-ärzte für Herzchirurgie oder für CHI mit Additivfach Herzchirurgie mit ausreichender Erfahrung in kinderherzchirurgischen Eingriffen <p>Bei jeder Herzkatheteruntersuchung/-intervention aus dem Personalpool der Krankenanstalt verfügbares Personal mit ausreichender Erfahrung in Herzkatheteruntersuchungen bei Kindern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesie • DGKP /-Kinder- und Jugendlichenpflege • DGKP/Anästhesiepflege • Radiologietechnologinnen bzw. -technologen
Infrastruktur	<p><i>Räumliche Situation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensivbehandlungseinheit, an der kinder-kardiologische Fälle betreut werden können, im selben Gebäude wie die Kinderkardiologie • Herzkatheterlabor in räumlicher Verbindung mit einer Intensivstation, an der kinder-kardiologische Fälle betreut werden können • Verfügbarkeit des Herzkatheters samt erforderlichem Personal für Notfälle rund um die Uhr (Rufbereitschaft des Personals) <p><i>Apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Täglich rund um die Uhr und in räumlicher Verbindung verfügbar: <ul style="list-style-type: none"> – Echokardiographie – Blutgasanalyse • Verfügbar: <ul style="list-style-type: none"> – Langzeit-EKG – Ergometrie – Schrittmacherkontrolle – Szintigraphie <p><i>Sonstige Infrastruktur</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderkardiologische Ambulanz • Herzchirurgie: kinderherzchirurgische Eingriffe rund um die Uhr durchführbar (Rufbereitschaft des Personals)
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (Kinderkardiologie-Register)

2.5.7 Onkologie (ONK)

Allgemeine Vorgaben (inkl. allfälliger Versorgungszentren)

Definitionen, Zielgruppe	<p><i>Definition</i></p> <p>Onkologische Versorgung: alle Einrichtungen und personellen Ressourcen, die sich mit der Früherkennung, Diagnostik, Therapie und nachsorgenden Betreuung von bösartigen Neubildungen befassen</p> <p><i>Ziele</i></p> <p>Abgestufte integrierte Versorgung mit speziellen Strukturen auf ambulanter und stationärer Ebene mit dem Ziel einer flächendeckenden Verbesserung der onkologischen Versorgung unter Einbeziehung der gesamten Behandlungskette von der Früherkennung über die Diagnostik und Behandlung bis hin zur Nachsorge mit messbaren Ergebnissen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperation, Konzentration und Standardisierung in der onkologischen Versorgung • Optimierung von Arbeits- und Prozessabläufen in der gesamten Behandlungskette • Erhöhung der Behandlungssicherheit, gleichzeitig Verringerung des Risikopotenzials • Psychosoziale Begleitung, Information und Beteiligung der Patientinnen/Patienten, die in der vernetzten Arbeit von akutstationären Leistungserbringern, Praxen, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen und Reha-Einrichtungen umgesetzt wird
Versorgungsstruktur	<p>Abgestufte Versorgungsstrukturen</p> <p><i>Intramuraler Bereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Onkologisches Referenzzentrum (ONKZ) <ul style="list-style-type: none"> – Kennzeichen: Betreuung auch seltener onkologischer Erkrankungen oder solcher Krebskrankheiten, die mit hohem diagnostischen oder therapeutischen Aufwand verbunden sind; solche Leistungen stehen u. a. in Zusammenhang mit: Therapieverfahren mit hohem bzw. komplexem Bedarf an Interdisziplinarität; multimodaler Therapie; neoadjuvanten, komplikationsreichen Systemtherapien; Mehrfachkarzinomen; polymorbiden, besonders gefährdeten oder infektiösen Patientinnen/Patienten – klinische Forschung und Ausbildung – Vorhaltung aller im interdisziplinären Team (Tumorboard) vorgesehenen Fachbereiche (inkl. IONKZ) sowie weiterer zuständiger Sonderfächer; Sicherstellung der Radioonkologie auch in räumlicher Nähe – in größeren Städten Bildung eines ONKZ durch mehrere Krankenanstalten gemeinsam durch geeignete Kooperationen und Abstimmung des Leistungsangebotes möglich – potenzieller Standort für allfällige Versorgungszentren: Brustgesundheitszentrum (BRZ; nicht als eigene strukturelle Einheit, sondern als Teil des interdisziplinären ONKZ zu führen) – allfällige Comprehensive Cancer Center (CCC) nur an universitären Standorten vorzusehen • Onkologischer Schwerpunkt (ONKS) <ul style="list-style-type: none"> – Erbringung auch komplexer onkologischer Leistungen – Ausbildung – Vorhaltung aller im interdisziplinären Team (Tumorboard) vorgesehenen Fachbereiche (inkl. IONKS) sowie weiterer zuständiger Sonderfächer; Sicherstellung der Radioonkologie auch in räumlicher Nähe – Kooperation mit ONKZ zu institutionalisieren – potenzieller Standort für allfällige Versorgungszentren: BRZ bzw. affilierte Partner (AP; BRZ bzw. AP nicht als eigene strukturelle Einheit, sondern als Teil des interdisziplinären ONKS zu führen) • Assoziierte onkologische Versorgung (ONKA) <ul style="list-style-type: none"> – Erbringung von Therapie und Übernahme weiterer Leistungen in Abstimmung mit kooperierenden ONKZ und/oder ONKS sowie Notfallversorgung – Kooperation mit ONKZ und/oder ONKS und dem jeweiligen Tumorboard zu institutionalisieren – potenzieller Standort für affilierte Partner (AP, in Kooperation mit BRZ) <p><i>Vor- und nachgelagerte Leistungserbringung (extramuraler Bereich; Rehabilitation)</i></p> <p>Verpflichtende Kooperation inkl. wechselseitigem Informationsaustausch mit ONKZ bzw. ONKS für Leistungsabstimmung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extramuraler Bereich <ul style="list-style-type: none"> – Beschränkung der Leistungserbringung (ausgenommen Pilotprojekte) primär auf Früherkennung, Diagnostik, Nachsorge sowie supportive Therapie gemäß medizinischer Anforderung und Qualitätssicherung, sofern diese nicht fachlich primär im intramuralen Bereich erbracht werden soll; Einbindung in Sekundärprävention – Vernetzung zu allfälligen Screeningprogrammen • Onkologische Rehabilitation auch im Sinne von Edukation, Lebensstil- und sonstiger Beratung (siehe auch Vorgaben gemäß aktuellem Rehabilitationsplan)

Versorgungsstruktur (Fortsetzung)	<p>Versorgungsgrundsätze</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bildung von ONKZ und ONKS durch geregelte Kooperationen im Sinne interdisziplinärer Netzwerke der jeweilig eingebundenen Sonderfächer bzw. der entsprechend zuständigen Fachabteilungen oder Einheiten in den KA • Interdisziplinäres Tumorboard <ul style="list-style-type: none"> – Einrichtung an ONKZ und ONKS zur interdisziplinären Beratung und gemeinsamen Festlegung der Therapien – Zusammensetzung aus Vertreterinnen/Vertretern der Inneren Medizin / Hämato-Onkologie, des jeweils zuständigen Organfaches, der Radiodiagnostik, der Radioonkologie und der Pathologie unter Gleichberechtigung der beteiligten Fachrichtungen – Anmeldung jeder Person mit einer malignen Neuerkrankung; jene Abteilung zunächst zuständig, die die Patientin/den Patienten dem Tumorboard vorstellt – Verbindliche schriftliche Vereinbarungen zur Beschlussfassung der Behandlungsvorschläge und zur Dokumentationspflicht – Organisatorische Umsetzung an die jeweiligen lokalen und regionalen Gegebenheiten anzupassen (z. B. Videokonferenzen) • Anordnung von Chemotherapien und anderen Tumortherapien nur von Ärztinnen und Ärzten mit Nachweis der nötigen Ausbildung und Erfahrung • Erbringung „onko-chirurgischer“ Leistungen nur durch Fachärztinnen und -ärzte innerhalb ihres Sonderfaches mit Nachweis einschlägiger Erfahrung • Unter Berücksichtigung der definierten Qualitätskriterien und der Behandlungssicherheit Festlegung durch den Krankenanstaltenträger, welche Abteilung für welche onkologischen Leistungen zuständig und verantwortlich ist • Neben Kooperation der medizinischen Fachdisziplinen: struktur- und sektorenübergreifende Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen 				
Personalausstattung und -qualifikation		ONKZ	ONKS	ONKA	Anmerkung
	Ärztliches Personal	—	—	—	Siehe nachfolgende QK für onkologisch tätige konservative bzw. chirurgische Sonderfächer
	DGKP	FA	FA	FA	zumind. teilw. mit Weiterbildung in onkologischer Pflege und Palliativpflege
	Personal für Physiotherapie	KA	KA	ZA	
	Personal für Psychoonkologie	KA	KA	ZA	
	Personal für Sozialarbeit	KA	KA	ZA	
	Personal für Diätologie	KA	KA	ZA	
	Biomedizinische Analytiker/-innen, MTF/Laborassistentinnen/-assistenten	KA	KA	ZA	rund um die Uhr
	Versorgungszentren BRZ/AP	ONKZ	ONKS	ONKA	Anmerkung
	Ärztliches Personal	KA	KA	*	Zusammensetzung gemäß Tumorboard; besondere Kenntnisse und Fertigkeiten in der Brustkrebsbehandlung; * ONKA: Notwendigkeit gem. vereinbarter (und im RSG festgehaltener) Leistungen
Fachärztin/-arzt für PCH	KA	ZA	ZA	Verfügbarkeit sicherzustellen	

		ONKZ	ONKS	ONKA	Anmerkung
Infrastrukturelle Anforderungen	Spezialverfahren (Knochenmarkaspiration, Beckenkammbiopsie)	KA	KA	–	
	Bildgebende Verfahren (inkl. Sonographie, CT und MR)	KA	KA	KA	Für ONKS und ONKA Sicherstellung von MR durch ZA möglich
	Szintigraphiegerät (Sentinel)	KA	ZA	ZA	
	ECT	KA	ZA	ZA	Nur erforderlich, falls kein PET in KA verfügbar
	PET	ZA	ZA	ZA	
	Immunhistochemie, Molekularbiologie	ZA	ZA	ZA	
	Zytologie, Histologie, Immunzytologie, Rezeptorbestimmung	ZA	ZA	ZA	Regelung für Vorhaltung noch zu treffen
	Schnellgefrierschnittuntersuchung	KA*	KA*	ZA	Verfügbarkeit von Fachärztin/-arzt für PAT sicherzustellen; * auch in unmittelbarer räumlicher Nähe; inkl. Telepathologie
	Zytogenetik	ZA	ZA	ZA	
	Tumor-Markerdiagnostik	ZA	ZA	ZA	
	Mobile Intensivseinrichtung (Intensivwagen)	KA	KA	KA	
	Blutdepot bzw. transfusionsmedizinische Einrichtung	KA	KA	KA	
	Dialyse/Hämofiltration	KA	ZA	ZA	
	Basislabor	KA	KA	KA	rund um die Uhr
	Zytostatikaufbereitung inkl. Laminar Airflow	KA	KA	ZA	nach Möglichkeit zentrale Aufbereitung
	Onkologische Tagesklinik	KA	KA	ZA	
	Überwachungseinheit	KA	KA	KA	rund um die Uhr
	Versorgungszentren BRZ/AP	ONKZ	ONKS	ONKA	Anmerkung
	Digitales Mammographiegerät mit stereotaktischer Einheit	KA	ZA	*	* in Zusammenarbeit mit kooperierendem ONKZ bzw. ONKS
	MR mit stereotaktischer Einheit	KA	ZA	*	
Molekulargenetische Untersuchung	ZA	ZA	*		
Genetische Beratung	ZA	ZA	*		
Sonstiges	<p><i>Fachbereichsspezifische Qualitätskriterien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • siehe nachfolgende QK für onkologisch tätige konservative bzw. chirurgische Sonderfächer • Kooperation mit ONKZ, ONKS und dem jeweils angesiedelten Tumorboard zu institutionalisieren <p><i>Allgemeine Vorgaben</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperation mit einer radioonkologischen Einrichtung • allfällige intraoperative Radiotherapie an ONKZ anzuedeln • Durchführung von Schmerztherapie sicherzustellen • Kooperation mit Rehabilitationseinrichtung sicherzustellen • Kooperation mit Palliativ- und Hospizeinrichtung sicherzustellen • Teilnahme an Ergebnisqualitätsmessungen sowie klinischem Tumorregister (inkl. Benchmarking) • Festlegung von verbindlichen Mindestfrequenzen für systemische Chemotherapien, radioonkologische sowie onko-chirurgische Leistungen vorgesehen <p><i>Brustkrebsversorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung Bezüglich Angaben zu Definition und Zielgruppen, Versorgungsstrukturen, Personal und zur Qualität der Durchführung vgl. „Qualitätsstandard zum Programm Brustkrebsfrüherkennung durch Mammographie-Screening sowie zur Durchführung diagnostischer Mammographie“*) • Versorgung <ul style="list-style-type: none"> – flächendeckende Versorgung von Brustkrebspatienten/-innen in Brustgesundheitszentren (inkl. AP; Leistungserbringung durch CH und/oder GGH) – Einzugsbereich für 1 BRZ grundsätzlich mindestens 250.000 EW – Mindestfrequenz* pro BRZ: 150 neu diagnostizierte Mammakarzinome – Mindestfrequenz* pro AP: 50 neu diagnostizierten Mammakarzinome pro operativer Abteilung eines AP – Kooperation zwischen BRZ und AP Anbindung von operativen und konservativen KA-Abteilungen als AP an ein ONKZ/ONKS mit BRZ-Kompetenz mittels Kooperationsvertrag; AP muss im RSG vorgesehen sein • Rehabilitation Bei Bedarf und vorhandenem Rehabilitationspotential Zuweisung zur ambulanten bzw. stationären Rehabilitation im Rahmen der Indikationsgruppen laut Rehabilitationsplan. 				

Sonstiges (Fortsetzung)	<p><i>Legende</i></p> <p>FA: soll zumindest an der Fachabteilung verfügbar sein; Kriterium für diagnostische Ausstattung bzw. Therapie und spezielle Einrichtungen erfüllt, wenn in der KA gleichwertige zentrale Organisationsformen der onkologischen Fachabteilung zu Verfügung</p> <p>KA: in der Krankenanstalt verfügbar</p> <p>ZA: Zusammenarbeit mit intra- oder extramuralen Leistungserbringer zu institutionalisieren (bei In-vivo-Leistungserbringung: Verfügbarkeit in räumlicher Nähe sicherzustellen)</p> <p>* Angaben zu Mindestfrequenzen zu verstehen als Vorschläge von medizinischen Experten/Fachgesellschaften als unverbindliche medizinische und ökonomische Richtwerte im Sinne einer Diskussionsgrundlage bzw. Basis für weiterführende Evaluierung bzw. Weiterentwicklung</p>
-------------------------	---

*) http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Nichtuebertragbare_Krankheiten/Krebs/Qualitaetsstandards_Brustkrebs_Frueherkennung

Vorhaltungen von onkologisch tätigen konservativen (exkl. IONK, s. u.) bzw. chirurgischen Sonderfächern grundsätzlich nur an Standorten für ONKZ bzw. ONKS (begründete, im Rahmen von jeweiligen RSG festzulegende Ausnahmen möglich).

Onkologisch tätige konservative Sonderfächer (exkl. KIONK, siehe Kapitel 2.5.8)

- **Internistische Onkologie und Hämatologie (IONK)**

Versorgungsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Zentrum für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKZ) <ul style="list-style-type: none"> – eigenständige Fachabteilungen für Innere Medizin mit internistischer Onkologie und Hämatologie im Rahmen eines ONKZ – Kennzeichen: Betreuung auch seltener onkologischer Erkrankungen oder solcher Krebskrankheiten mit hohem diagnostischen oder therapeutischen Aufwand einschließlich Lehre, Ausbildung und Forschung – Koordination der Zusammenarbeit mit internistisch onkologischen Schwerpunkten und Fachabteilungen • Schwerpunkt für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKS) <ul style="list-style-type: none"> – Fachabteilungen für Innere Medizin mit internistischer Onkologie und Hämatologie im Rahmen eines ONKS – als Koordinationsstelle der internistisch onkologischen Versorgung einer definierten Region – Kooperation einerseits mit dem zuständigen IONKZ und dem jeweiligen Tumorboard sowie mit den Krankenanstalten mit IONKA, andererseits mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und mit ergänzenden ambulanten Diensten in der Region • Assoziiertes Angebot für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKA) <ul style="list-style-type: none"> – Fachabteilung für Innere Medizin im Rahmen eines ONKA – Institutionalisierung der Kooperation mit IONKZ, IONKS und dem jeweiligen Tumorboard 				
Personalausstattung und -qualifikation		IONKZ	IONKS	IONKA	Anmerkung
	Fachärztinnen/-ärzte mit dem Zusatzfach Häm.-Onk.	FA	FA	-	FÄ Häm.-Onk., davon 1 Leiter/in
	Fachärztinnen/-ärzte	-	-	FA	Fachärztin/-arzt für IM
	DGKP zumind. teilw. mit Weiterbildung in Häm.-Onk.	FA	FA	FA	
	Spezielle Festlegung für IONKA (abweichend von Vorgaben für ONKZ und ONKS) <ul style="list-style-type: none"> – Personal für Physiotherapie und Sozialarbeit durch ZA – Biomedizinische Analytiker/-innen, MTF/Laborassistentinnen/-assistenten; Verfügbarkeit auch durch Bereitschaftsdienst 				

• **Weitere Vorgaben für onkologisch tätige konservative Sonderfächer**

Versorgungsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Organisationseinheit des konservativ tätigen Sonderfaches mit entsprechendem interdisziplinärem Netzwerk, spezifischen Kenntnissen und Behandlungsmöglichkeiten <p><i>Spezielle Vorgaben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestfrequenzvorgaben* <ul style="list-style-type: none"> ○ NONK (Neuroonkologie): 100 Patientinnen/Patienten mit neoplastischen Erkrankungen des Nervensystems ○ PONK (Pneumologische Onkologie): 35 Patienten mit Bronchialkarzinom (Neuerkrankungen) <p>* Angaben zu Mindestfrequenzen zu verstehen als Vorschläge von medizinischen Experten/Fachgesellschaften als unverbindliche medizinische und ökonomische Richtwerte im Sinne einer Diskussionsgrundlage bzw. Basis für weiterführende Evaluierung bzw. Weiterentwicklung</p>
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Fachärztinnen/-ärzte des jeweiligen Sonderfaches <p><i>Spezielle Vorgaben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • PONK: Physiotherapeut/-in mit besonderer Qualifikation in Atemphysiotherapie bzw. kardiorespiratorischer Physiotherapie
Infrastruktur	<p><i>Spezielle Vorgaben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • NONK: Neuroradiologie, Elektrophysiologie (EEG, NLG, EMG), Liquoruntersuchung (ggf. FACS)
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an klinischem Tumorregister sowie Ergebnisqualitätsmessungen

Onkologisch tätige chirurgische Sonderfächer

Versorgungsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Organisationseinheit eines chirurgisch tätigen Sonderfaches mit entsprechendem interdisziplinärem Netzwerk, spezifischen Kenntnissen und Behandlungsmöglichkeiten • MVS lt. Leistungsmatrix in KA
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Fachärztinnen/-ärzte des jeweiligen Sonderfaches mit Erfahrung in multimodaler Tumorthherapie <p><i>Spezielle Vorgaben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • GYONK (Gynäkologische Onkologie): Fachärztin/-arzt für Urologie bei Bedarf intraoperativ anwesend • NONK, bei chirurgischer Versorgung von neoplastischen Erkrankungen des Nervensystems: Fachärztinnen/-ärzte für Neurochirurgie
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Intensivbehandlungseinheit in KA verfügbar • Blutkonserven intraoperativ verfügbar
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an klinischem Tumorregister sowie Ergebnisqualitätsmessungen

2.5.8 Pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung (KIONK)

Definitionen, Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung, Diagnostik, Planung und Durchführung der Therapie und Festlegung der erforderlichen Nachsorge für Kinder und Jugendliche (0 bis 19 Jahre) mit hämatologisch/onkologischen Erkrankungen (ICD-10 C00.x bis C97.x) inklusive Einbeziehung der Pathologie, der chirurgischen Spezialabteilungen (bzw. des entsprechenden Organfaches) und der Radioonkologie • Für Jugendliche (15 bis 19 Jahre) auf Wunsch Behandlung in einem onkologischen Zentrum für Erwachsene • Einstufung der Patientengruppe – insbesondere in der Initialphase – als Hochrisikopatienten • Pädiatrische Hämatologie: inklusive Behandlung von Leukämien sowie nicht bösartiger Erkrankungen des Blutes (z. B. Blutgerinnungsstörungen und Hämoglobinopathien)
Versorgungsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Anbindung an KA-Typ 1 der abgestuften Versorgung für Kinder- und Jugendheilkunde sowie an ein Onkologisches Referenzzentrum • RZF für KIONK: organisatorische Einheiten zur Durchführung und Koordination medizinischer, pflegerischer und sozialer Betreuung von krebskranken Kindern und Jugendlichen unter Sicherstellung der bestmöglichen Qualität • Spezialisierte stationäre und semistationäre Einrichtungen aufgrund aufwendiger und umfassender Spezialdiagnostik sowie eines personal- und zeitintensiven Versorgungsmanagements erforderlich • Sicherstellung von nahtlosem Übergang in professionelle Nachsorge unter Beteiligung von Berufsgruppen mit entsprechenden Spezialkenntnissen und Erfahrung • Behandlung neuroonkologischer Patientinnen/Patienten durch pädiatrische Hämatologen/Onkologen unter Berücksichtigung der für die KIONK geltenden Qualitätskriterien derzeit auch außerhalb eines RFZ für KIONK möglich, wenn aufgrund logistischer Situation (räumliche Nähe zur Neurochirurgie) erforderlich • Betreuung von Kindern mit hämatologisch/onkologischen Erkrankungen an Fachabteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde außerhalb von RFZ für KIONK nur zulässig, wenn <u>nach Vorstellung</u> des Kindes im RFZ eine formalisierte Zusammenarbeit mit einem RFZ für KIONK zur Qualitätssicherung bestehend; diese formalisierte Zusammenarbeit ist den Gesundheitsfonds zu Kenntnis zu bringen. <p><i>Mindestgröße</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 Betten plus Übernachtungsmöglichkeit für jeweilige Begleitperson (Rooming-in) <p><i>Mindestfrequenz</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Übernahme in Behandlung von 20 malignen Neubildungen des Kindes- und Jugendalters – darunter mindestens fünf Leukämien
Planung	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung der RFZ-Standorte (aufgrund der relativ geringen Anzahl der an Krebs neuerkrankten Kinder und Jugendlichen durch überregionale Detailplanung für erforderliche Konzentration der Versorgung unter Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus)

Pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung (KIONK) (Fortsetzung)

Personalausstattung und -qualifikation	an der KA verfügbar:		
	Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Hämatologie/Onkologie		
	DGKP für Kinder- und Jugendlichenpflege z. T. mit Weiterbildung für onkologische Pflege		
	Personal für Physiotherapie		
	Personal für Ergotherapie		
	Personal für Logopädie		
	Personal für Psychologie (Gesundheitspsychologie), Sozialarbeit, psychosoziale Betreuung, Kindergartenpädagogik, Pädagogik		
	Personal für Elternberatung	verfügbar	
Laborpersonal (Biomedizinische Analytiker/innen)			
Infrastruktur	Technisch-apparative Ausstattung	Verfügbarkeit	Anmerkungen
	Biopsie	RN	
	Punktion	RN	
	Endoskopie	RN	
	Bronchoskopie	RN	
	Spezialverfahren (Knochenmarksaspiration, Beckenkammbiopsie, Lymphknotenpunktion)	FA	
	Lungenfunktion	FA	
	EKG, Echokardiografie	FA	
	Blutgasanalyse	FA	
	CT	RN	
	MR	RN	
	PET	RN	
	Nuklearmedizinische Diagnostik, Szintigraphie	RN	
	Immunhistochemie, Molekularbiologie	RN	zentrale Einrichtung ²
	Zytologie, Histologie, Immunzytologie, Rezeptorbestimmung	RN	
	Zytogenetik	RN	
	Tumor-Markerdiagnostik	RN	
	Infektionsdiagnostik	RN	
	Dialyse	RN	
	Transfusionseinrichtung, Blutbank	RN	
	Drug-Monitoring	RN	
	² Für spezielle Diagnostik: Zentrales Referenzlabor im St. Anna Kinderspital für ganz Österreich verfügbar		
Sonstiges	Verfügbarkeit	Anmerkungen	
Schmerztherapie	Z		
Konsiliardienst: Kinderchirurgie, HNO, Gynäkologie, Kinderneurologie, Kinderpsychiatrie, Kinderanästhesie/Intensivmedizin, Kinderorthopädie, Neurochirurgie, Radioonkologie, Kinderendokrinologie, Pathologie	KA		
Legende			
FA = verfügbar zumindest an der Fachabteilung für Kinder- und Jugendheilkunde			
KA = verfügbar zumindest an der Krankenanstalt			
RN = verfügbar in räumlicher Nähe sein			
Z = verfügbar im pädiatrisch hämatologisch/onkologischen Zentrum			

2.5.9 Stammzelltransplantation (SZT)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Transplantation (TX) von blutbildenden Stammzellen (SZ):</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Beeinträchtigung des Knochenmarks (KM) der Patientinnen/Patienten durch benigne oder maligne Erkrankungen oder deren Therapie – bei Eradizierung des gesamten KM zur Heilung der vom KM ausgehenden Erkrankung <p>Autologe SZT: TX der patienteneigenen SZ</p> <p>Allogene SZT: TX von fremden SZ verwandter oder unverwandter Spenderinnen/Spender</p>
Versorgungsstrukturen	<p>Leistungserbringung in Bezug auf die in der LM entsprechend gekennzeichneten MEL nur in RFZ für aut (nur autologe) bzw. all (autologe und allogene) SZT</p> <p><i>Jährliche Mindestfrequenzen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene: Zentren für autologe SZT: 10 autologe SZT (10 Patientinnen/Patienten) Zentren für allogene SZT: 10 allogene SZT (10 Patientinnen/Patienten) Zentren für allogene und autologe SZT: 10 allogene und 10 autologe SZT (jeweils 10 Patientinnen/Patienten) • Kinder: Zentren für autologe SZT: 10 autologe SZT (10 Patientinnen/Patienten) Zentren für allogene SZT: 10 allogene SZT (10 Patientinnen/Patienten) <p>SZT bei Kindern und Erwachsenen an einem Standort: Mindestfrequenzen durch Kombination der TX-Frequenzen beider Gruppen zu erfüllen</p>
Planung	<p><i>Autologe SZT:</i> bis 2020 Steigerung der TX-Frequenz erwartbar (steigendes Durchschnittsalter der Klientel)</p> <p><i>Allogene SZT:</i> Trend in Richtung dosisreduzierte SZT; bis 2020 Steigerung der TX-Frequenz erwartbar</p> <p>Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch bestehende RFZ für aut bzw. all SZT</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 3 Ärztinnen/Ärzte, darunter Abteilungsleitung und Stellvertretung; davon eine Person ausschließlich für die SZT-Einheit zuständig • Qualifikation von Abteilungsleitung und Stellvertretung: <ul style="list-style-type: none"> – Fachärztin/ -arzt für Innere Medizin mit Additivfach Hämato-Onkologie oder Fachärztin/ -arzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit entsprechenden Kenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie – zweijährige Erfahrung an einem international anerkannten SZT-Zentrum <p>Kinder unter 12 Jahre: Transplantation durch Pädiaterin/Pädiater mit Transplantationserfahrung</p> <p><i>Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP)</i></p>
Infrastruktur	<p><i>Räumliche Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • SZT-Einheit (Einzelzimmer) als gesonderter Bereich des Krankenhauses oder Isoliereinheiten integriert in hämato-onkologische Bettenstationen für autologe SZT mit Standardindikationen • autologe SZT: mind. 2 Isoliereinheiten (RIS, HEPA, LAF) • autologe und allogene SZT: mind. 6 Isoliereinheiten, davon 2 HEPA oder LAF • Vor- und Nachsorgebetten: <ul style="list-style-type: none"> – autologe SZT: 0,75 Betten/Isoliereinheit – allogene verwandte SZT: 1,5 Betten/Isoliereinheit – allogene unverwandte SZT: 2 Betten/Isoliereinheit • Diagnostik im Tagdienst im Haus, z. B. Bronchoskopie, Endoskopie, kardiologische Diagnostik • Bildgebende Diagnostik rund um die Uhr im Haus: Röntgen, Sonographie, CT oder MR • Mikrobiologie im Tagdienst in räumlicher Nähe (Bakteriologie, Mykologie, Virologie) • Institut für Strahlentherapie im Tagdienst in räumlicher Nähe • psychologische und soziale Betreuung im Tagdienst im Haus (ev. Supervision des Transplantationsteams) • psychotherapeutische Betreuung im Tagdienst im Haus • ernährungsmedizinische Betreuung im Tagdienst im Haus • Dialyse rund um die Uhr im Haus oder in Kooperation mit alternativem Anbieter in räumlicher Nähe • Intensivstation (Transferierungsmöglichkeit rund um die Uhr im Haus)
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • 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) i. d. j. g. F. sind einzuhalten • Entsprechende (aut/all) nationale bzw. internationale Akkreditierung gem. EBMT (European Group of Blood and Marrow Transplantation) oder vergleichbarer Vereinigung der RFZ für SZT erforderlich

2.5.10 Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)

Definitionen, Zielgruppen	<p><i>Definition:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische und/oder therapeutische Verfahren durch Verabreichung eines offenen radioaktiven Stoffes in Form eines sogenannten „Radiopharmakons“ bei selektiver Konzentration im Zielgewebe
Planung	<ul style="list-style-type: none"> • Anstieg der Therapiezahlen bei allfällig gleichzeitiger Verlagerung auch in ambulante Leistungserbringung erwartbar • Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch RFZ für NUKT unter gleichzeitiger Beseitigung regionaler Versorgungsdisparitäten
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztinnen/-ärzte (inkl. Leitung und Stellvertretung): Fachärztin/-arzt für Nuklearmedizin <p><i>Weiteres Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiologietechnologinnen/-en • Medizinphysikerin/Medizinphysiker verfügbar
Infrastruktur	<p><i>Apparative Ausstattung (in der KA)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivimeter • Dosisleistungsmessgerät • ECT (ECT-fähige Gammakamera) • PET: in vertretbarer Entfernung • Uptake-Messplatz mit Messsonde zur Feststellung der Entlassungsaktivität <p><i>Sonstiges (in der KA)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abklinganlage

2.5.11 Nephrologie (NEP)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Einrichtungen und personelle Ressourcen, die sich mit Früherkennung, Diagnostik, Therapie und nachsorgender Betreuung von Patientinnen/Patienten mit Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Durchführung von Nierenersatzverfahren, Vor- und Nachsorge zur Nierentransplantation sowie mit Durchführung extrakorporaler Therapieverfahren bei nicht primär nierenkranken Patientinnen/Patienten (z. B. Aphereseverfahren) befassen</p> <p>Durchführung von Nierenersatztherapie für Patientinnen/Patienten mit besonderem Risikoprofil wie kardiovaskulären Erkrankungen, malignen Erkrankungen, Myelom, COPD-Patienten, Vaskulitiden, HIV, rheumatischen Erkrankungen; chronischen Infektionen Hep-B, -C grundsätzlich in NEPR oder NEPS; bei Patientinnen/Patienten mit psychischen Problemstellungen, chronischer Intoxikation und Sucht in NEPR (ansonsten nur in ZA mit den genannten Versorgungsstrukturen)</p> <p>Für Kinder unter 15 Jahren mit akuter und chronischer Niereninsuffizienz, unter Nierenersatztherapie und nach Nierentransplantation: Behandlung nach Möglichkeit in einer Einrichtung mit Erfahrung mit Kinderneurologie und Kinderdialyse (siehe nachfolgende Ausführungen zur Kinderdialyse; für Nierenersatztherapiepatienten ab 15 nach Wunsch)</p>
Versorgungsstrukturen	<p><i>Abgestufte Versorgungsstrukturen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Referenzzentrum für Nierenkrankheiten (NEPR) <ul style="list-style-type: none"> – Abteilung für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie; Betreuung aller Nierenkrankheiten, insbesondere aber jener, die mit hohem diagnostischen oder therapeutischen Aufwand verbunden sind, sowie von Hochdruckkrankheiten mit Nierenbeteiligung infrastrukturelle Vorhaltung aller Erfordernisse für die Ausbildung zum Additivfacharzt für Nephrologie sowie Aus- und Weiterbildung – Ansiedelung von NEPR an Krankenanstalten der Spitzenversorgung für etwaige erforderliche interdisziplinäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Nierenkrankheiten hinsichtlich etwaiger – auch dialyseunabhängiger – Komplexitäten (bspw. Sicherstellung der interdisziplinären Versorgung hinsichtlich Gefäßchirurgie, interventioneller Kardiologie, Abdominalchirurgie (für PDia-Notfälle), infektiologischer Abklärung) – Anwesenheit einer/eines Fachärztin/-arztes für IM mit Additivfach für Nephrologie während der Dialyseschicht – Rufbereitschaft einer/eines Fachärztin/-arztes für IM mit Additivfach für Nephrologie rund um die Uhr – In Ballungsräumen ist die Bildung eines NEPR durch mehrere Krankenanstalten durch geeignete Kooperationen und Abstimmung des Leistungsangebotes möglich

Versorgungsstrukturen (Fortsetzung)	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunkt für Nierenkrankheiten (NEPS) <ul style="list-style-type: none"> – Abteilung für Innere Medizin mit einem Schwerpunkt Nephrologie – Ausbildung zum Additivfacharzt für Nephrologie (gegebenenfalls in Kooperation mit dem NEPR) – Anwesenheit einer/eines Fachärztin/-arztes für IM mit Additivfach für Nephrologie während der Dialyseschicht – Außerhalb der Dialysezeiten: Einrichtung eines Telefonbereitschaftsdienstes • Einheit für Nierenkrankheiten (NEPE) <ul style="list-style-type: none"> – Dialyseeinheit innerhalb einer nicht nephrologisch spezialisierten Abteilung eines Krankenhauses oder extramurale Dialyseeinheit – Außerhalb der Dialysezeiten: Einrichtung eines Telefonbereitschaftsdienstes <p><i>Versorgungsgrundsätze</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von speziell ausgebildetem, qualifiziertem Personal bei unmittelbarer Patientenbehandlung bei allen extrakorporalen Behandlungsformen vorzusehen: Fachärztin/-arzt für IM mit Additivfach Nephrologie, Fachärztin/-arzt für IM sowie Ärztinnen/Ärzte in Facharztausbildung für IM mit spezieller Dialyseerfahrung (6-monatige Tätigkeit an einer Dialyseeinheit mit zumindest 3.000 Dialysen/Jahr), Ärztinnen/Ärzte mit ius practicandi für Allgemeinmedizin und spezieller Dialyseerfahrung; DGKP • Visitation von Dialysepatientinnen/-patienten mindestens einmal pro Woche von Fachärztin/-arzt für IM mit Additivfach Nephrologie • Kooperation von NEPS und NEPE mit NEPR zur Einhaltung des fachspezifischen Versorgungsauftrages für Diagnostik und Therapie von Nieren- und Hochdruckkrankheiten sowie Aus- und Weiterbildung • Sicherstellung der stationären Versorgung für zehn Prozent der Patientinnen und Patienten in chronischer Dialysebehandlung <p><i>Mindestgröße (HD-Plätze)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 Behandlungsplätze <p><i>Mindestfrequenz (HD)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterschreitung der in der LM vorgegebenen Mindestfrequenz in Ausnahmefällen an bereits errichteten Dialysezentren zulässig (in Regionen, in denen Einhaltung des Erreichbarkeitsrichtwerts nicht möglich) 																				
Planung	<p><i>NEPR und NEPS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestvorhaltung: NEPR und NEPS pro 500.000–700.000 EW <p>Vorhaltung von NEPR bei Sicherstellung der Mindesterreichbarkeit auch durch bundesländerübergreifende Kooperation möglich</p> <p><i>NEPS und NEPE:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindesterreichbarkeit: 45 Minuten <p>Hämodialyseplätze-Richtwert für das Jahr 2020*</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">– Burgenland</td> <td style="width: 20%;">9,0</td> <td style="width: 30%;">– Steiermark</td> <td style="width: 20%;">10,1</td> </tr> <tr> <td>– Kärnten</td> <td>10,8</td> <td>– Tirol</td> <td>8,2</td> </tr> <tr> <td>– Niederösterreich</td> <td>8,9</td> <td>– Vorarlberg</td> <td>10,8</td> </tr> <tr> <td>– Oberösterreich</td> <td>10,5</td> <td>– Wien</td> <td>10,5</td> </tr> <tr> <td>– Salzburg</td> <td>9,8</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>* Hämodialyseplätze pro 100.000 EW (in Bezug auf die zu versorgende Bevölkerung) unter der Annahme eines 3-2-Schicht-Betriebes und eines österreichweit anzustrebenden PDia-Versorgungsanteils von 15 % (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/Patienten in der Rehabilitation; exklusive Plätze für Kinderdialyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung von HD- und PDia-Standorten durch regionale Detailplanung • Neuerrichtungen von HD-Standorten nur dann, wenn an bestehenden Zentren Aufstockungen nicht durchführbar oder durch einen neu einzurichtenden Standort in einer mit Dialysezentren unterdurchschnittlich versorgten Region geringere Anreisezeiten erzielbar • PDia an zumindest einem nephrologischen HD-Standort pro Bundesland (auch durch bundesländerübergreifende Kooperation möglich); weitere PDia-Standorte jeweils in Anbindung an HD-Standorte mit PDia-Erfahrung 	– Burgenland	9,0	– Steiermark	10,1	– Kärnten	10,8	– Tirol	8,2	– Niederösterreich	8,9	– Vorarlberg	10,8	– Oberösterreich	10,5	– Wien	10,5	– Salzburg	9,8		
– Burgenland	9,0	– Steiermark	10,1																		
– Kärnten	10,8	– Tirol	8,2																		
– Niederösterreich	8,9	– Vorarlberg	10,8																		
– Oberösterreich	10,5	– Wien	10,5																		
– Salzburg	9,8																				

		NEPR	NEPS	NEPE	Anmerkung	
Personalausstattung und -qualifikation	Fachärztin/-arzt für IM mit Additivfach Nephrologie	FA	–	–	Anwesenheit während Dialyseschicht; außerhalb der Dialyseschicht: Rufbereitschaft rund um die Uhr	
	Fachärztin/-arzt für IM mit Additivfach Nephrologie	–	FA	–	Anwesenheit während Dialyseschicht	
	Fachärztin/-arzt für IM mit Additivfach Nephrologie	–	–	FA	Neben Stationsleitung: Sicherstellung der Verfügbarkeit von ärztlichem Personal gemäß Versorgungsgrundsätzen	
	DGKP	FA	FA	FA		
	Personal für Physiotherapie, Sozialarbeit, Diätologie	ZA	ZA	ZA		
	Ergotherapie	–	–	–	für PDia-Patienten verfügbar	
	Techniker	–	–	–	pro DIA-Einheit verfügbar	
	<i>Berufsgruppen</i>		<i>Personalschlüssel für chronische Dialyseversorgung</i>			
	<p>Ärztliches Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> NEPS und NEPE: DIA-Einheiten ≥ 12 HD-Plätze: DIA-Einheiten ≥ 20 HD-Plätze: NEPR PDia: <p>DGKP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Extra- und intramural: Bei Leistungsstandorten > 40 HD-Plätze PDia: <p>Für Akut- und Risikodialysen: Vorhaltung von etwaig erforderlichem zusätzlichem Personal</p>		<p>1 VZÄ für 300 Hämodialysen pro Monat 1 VZÄ für 350 Hämodialysen pro Monat 1 VZÄ für 450 Hämodialysen pro Monat 1 VZÄ für 300 Hämodialysen pro Monat 1 VZÄ pro jährlich 40 kontinuierlich betreute PDia-Patienten</p> <p>1 diplomierte Pflegekraft für 60 Hämodialysen pro Monat 1 diplomierte Pflegekraft für 80 Hämodialysen pro Monat 1 VZÄ pro jährlich 15 kontinuierlich betreute PDia-Patienten</p>			
	<i>Qualifikation</i>					
<p>Ärztliches Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Leitung</i>: Fachärztin/-arzt für IM mit Additivfach Nephrologie Ärztliches Personal: <i>siehe Versorgungsgrundsätze</i> <p>DGKP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pro regulärer HD-Schicht bzw. pro PDia-Standort zumindest eine DGKP mit Berechtigung zur Pflege bei Nierenersatztherapie <p>NEPR: nach Möglichkeit gesamtes befasstes DGKP mit Berechtigung zur Pflege bei Nierenersatztherapie</p>						
Infrastruktur		NEPR	NEPS	NEPE	Anmerkung	
	Nierenbiopsie	FA	FA	ZA		
	Akutdialyse	FA	KA	ZA		
	Blutdepot bzw. Transfusionsmedizinische Einrichtung	KA	KA	ZA		
	Drug-Monitoring (Immunsuppressiva)	KA	ZA	ZA		
	Notfalllabor	KA	KA	KA	zur Dialysezeit	
	Isoliereinheit	FA	ZA	ZA	Infektionen mit multiresistenten Keimen	
Komplexe Blutdruckabklärung	FA	FA	–	Veranlassung durch FA		
Sonstiges	Spezielle Leistungserbringung	NEPR	NEPS	NEPE	Anmerkung	
	CAVH, CVVH, CAVHD, CVVHD	FA	FA	ZA		
	Peritonealdialyse (PDia) inkl. Training	FA	FA	ZA		
	Heimdialyse inkl. Training	FA	ZA	ZA	DGKP rund um die Uhr	
	Aphereseverfahren	FA	ZA	–		
	Stationäre Dialyse	FA	FA	ZA	Ärztin/Arzt anwesend	
	Dialysekatheter doppellumig permanent; Portimplantation; Shuntchirurgie	KA	KA	ZA		
	Peritonealdialysekatheter Implantation	KA	ZA	–		
	Parathyreoidektomie	KA	ZA	ZA		
	Diagnostik und Therapie von Patienten mit schwerer arterieller Hypertonie	FA	KA	–		

Sonstiges (Fortsetzung)	<p><i>Weiters:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • PDia-Standorte: Kooperation mit einer Einrichtung für Mikrobiologie • Intermittierende PDia: Patientenversorgung analog zur Tagesklinik
	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation mit einer in erreichbarer Nähe liegenden urologischen Einrichtung • Teilnahme an Ergebnisqualitätsregistern (ÖDTR) • Strukturkriterien für Kinderdialysen: siehe unten

Legende:

- FA: soll an der Fachabteilung verfügbar sein
 KA: in der Krankenanstalt verfügbar
 ZA: Leistungserbringung nur bei vertragl. abgesicherter Zusammenarbeit mit NEPR bzw. NEPS
 CAVHF: kontinuierliche arterio-venöse Hämofiltration;
 CVVHF: kontinuierliche veno-venöse Hämofiltration
 CAVHD: kontinuierliche arterio-venöse Hämodialyse; CVVHD: kontinuierliche veno-venöse Hämodialyse

Kinderdialyse

Definitionen, Zielgruppen	<p>Behandlung von Kindern und Jugendlichen (0 – 18 Jahre) mit akuter und chronischer Niereninsuffizienz unter Nierenersatztherapie und nach Nierentransplantation</p> <p>Für Jugendliche (15 – 18 Jahre): auf Wunsch Behandlung an einem nephrologischen Leistungsstandort für Erwachsene</p> <p>Einstufen der Patientengruppe als Risikopatienten</p>
Versorgungsstruktur	<p>Ansiedelung von überregional versorgungswirksamen Standorten für Kinderdialyse an universitären Krankenanstalten für erforderliche interdisziplinäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Nierenkrankheiten hinsichtlich etwaiger – auch dialyseunabhängiger – Komplexitäten (bspw. Sicherstellung der interdisziplinären Versorgung hinsichtlich Gefäßchirurgie, interventioneller Kardiologie, Abdominalchirurgie (für PDia-Notfälle), infektiologischer Abklärung)</p> <p><i>Versorgungsgrundsätze</i></p> <p><u>Vorstellung</u> von Kindern und Jugendlichen an überregional versorgungswirksamen Standorten für Kinderdialyse <u>vor Beginn</u> einer chronischen Nierenersatztherapie; Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischem Nierenversagen außerhalb solcher Standorte für Kinderdialyse zulässig, wenn <u>nach Vorstellung</u> der Kinder an einer solchen Einheit eine Zusammenarbeit zur Qualitätssicherung bestehend.</p> <p><i>Leistungsangebot von überregional versorgungswirksamen Standorten für Kinderdialyse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dialysebehandlungen : Hämodialyse und Peritonealdialyse ab Neugeborenenalter • Vorbereitungen und Nachsorgen von NTX TP • Versorgung bei akutem Nierenversagen • Vorstellung von Patientinnen und Patienten mit präterminaler Niereninsuffizienz
Infrastrukturelle Anforderungen	<p><i>Vorhaltung an überregional versorgungswirksamen Standorten für Kinderdialyse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerätschaften für sämtliche Blutreinigungsverfahren (CAPD, APD, Membran-Plasmaaustausch, Hämodialyse, HF, CVVHF, CAVHD, CVVHD, Immunadsorption) • extrakorporale Behandlungsplätze (chronisch, akut, infektiös) * • PD Behandlungsplätze * • Pädiatrische Intensivstation • Gewährleistung der Erfüllung der Schulpflicht (durch die Schulbehörde sicherzustellen) sowie pädagogische Betreuung während der Dialysebehandlung <p>* <i>Infrastrukturelle Anforderungen gegebenenfalls im Rahmen von DIA-Vorhaltung für Erwachsene erfüllbar</i></p>

Kinderdialyse (Fortsetzung)

Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Berufsgruppen an überregional versorgungswirksamen Standorten für Kinderdialyse</i></p> <p>Ärztliches Personal</p> <ul style="list-style-type: none">• Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit nachweisbarer Spezialisierung in pädiatrischer Nephrologie• Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde in Weiterbildung für Spezialisierung in pädiatrischer Nephrologie <p>DGKP</p> <ul style="list-style-type: none">• Pädiatrisches DGKP mit Ausbildung in Pflege bei Nierenersatztherapie <p>Sonstiges Personal</p> <ul style="list-style-type: none">• Psychosoziales Begleitteam (Personal für Psychologie, Diätologie, Sozialarbeit; Pädagoginnen/Pädagogen/Lehrer/innen): Sicherstellung der Verfügbarkeit <p>Ärztliche und pflegerische 24-h-Rufbereitschaft</p>
Sonstiges	<p><i>An überregional versorgungswirksamen Standorten für Kinderdialyse:</i></p> <p>Institutionalisierte Weiterbildung für nachweisbare Spezialisierung in pädiatrischer Nephrologie</p> <p>Definition eines abgestuften Leistungsangebots für Kindernephrologie mit Definition der kindernephrologischen Referenzzentren für die Weiterentwicklung des ÖSG vorzusehen</p>

Legende:

APD: automatisierte Peritonealdialyse

CVVHF: kontinuierlich veno-venöse Hämofiltration

CAVHD: kontinuierliche arterio-venöse Hämodialyse

CAPD: kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse

HF: Hämofiltration

CVVHD: kontinuierliche veno-venöse Hämodialyse

2.5.12 Schwerbrandverletzten-Versorgung (BRA)

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

2.6 Festlegungen zu speziellen Versorgungsbereichen

2.6.1 Psychosomatische Versorgung

2.6.1.1 Psychosomatik – Erwachsene (PSO-E)

Definitionen, Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionelle psychosomatisch-psychotherapeutische Kurzinterventionen und Therapie • Erwachsene Patientinnen und Patienten mit somatischem Behandlungsbedarf und hohen psychosozialen Belastungen bzw. hoher psychischer Komorbidität. Ausgenommen klassische psychiatrische Erkrankungen.
Versorgungsstrukturen	<p>Abgestuftes Versorgungsangebot</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSO-Konsiliar- und -Liaisondienste • Departments für PSO-E inklusive Tagesklinik und Ambulanz <p>Departments für PSO-E: vorrangig in Krankenanstalten mit breiter Fächerstruktur und zwar im Rahmen von Fachabteilungen für PSY bzw. in Fächern mit hohem Anteil an Patientinnen und Patienten mit psychischer Komorbidität (z. B. IM, DER, GGH)</p> <p>Mindestgröße Department für PSO-E: 12 Betten</p>
Planung	<p>Einrichtung von Betten entsprechend Tabelle „Planungsrichtwerte“ in Kap. 2.2.2 ausschließlich durch spezielle Widmung bereits vorhandener Akutbetten</p> <p>Bis zum Jahr 2020 PSO-Departments für Erwachsene einzurichten. PSO-Konsiliar- und -Liaisondienste in jedem Krankenhaus. Bei regionalen Planungen extramurale Strukturen zu berücksichtigen.</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal, Psychotherapeutinnen/-en, klinische Psychologinnen/-en • Dipl. Pflegepersonal • Ergo-, Physiotherapeutinnen/-therapeuten und weitere Therapeutinnen/Therapeuten • Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen • PSO-Liaison- und -Konsiliardienst: Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeuten/-therapeutinnen, klinische Psychologen/Psychologinnen <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung: Fachärztin/-arzt des jeweiligen Faches, mindestens zwei Jahre hauptberufliche Tätigkeit in der PSO-E-Behandlung, abgeschlossene Psychotherapieausbildung oder PSY-III-Diplom der ÖÄK • Stellvertretende Leitung: Fachärztin/-arzt des jeweiligen Faches in Psychotherapieausbildung oder in Ausbildung zum PSY-III-Diplom der ÖÄK • Weitere Ärztinnen/Ärzte: Ärztinnen/Ärzte (in Ausbildung) in Psychotherapieausbildung oder in Ausbildung zum PSY-II-Diplom • Konsiliarärztinnen/-ärzte : PSY-II-Diplom der ÖÄK. In Departments für PSO-E innerhalb von somatischen Abteilungen: Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie. In Departments für PSO-E innerhalb von psychiatrischen Abteilungen: Fachärztinnen/-ärzte einschlägiger somatischer Fächer (z. B. Fachärztin/-arzt für Innere Medizin) • Diplomierte Pflegepersonen: nach Möglichkeit PSO-Weiterbildung
Leistungsangebote	<p><u>Vor der Aufnahme in stationäre oder tagesklinische Behandlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikationsstellung für die Behandlung • Motivationsarbeit und psychosomatische Beratung • Orientierungsgespräche in Bezug auf die nachstationäre Behandlung und Betreuung <p><u>Von der Aufnahme bis zur Entlassung in die bzw. aus der stationären oder tagesklinischen Behandlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Umfassendes Assessment (Aufnahmegespräch; somatische, psychiatrische, klinisch-psychologische und psychotherapeutische Diagnostik, Abklären des sozialen Umfeldes der Patientin / des Patienten) • Erstellung eines Behandlungsplanes und Evaluierung der Therapieerfolge • Multiprofessionelle Behandlung (fachärztliche Behandlung, spezielle psychosomatisch-psychotherapeutische Programme, Klinische Psychologie, übende, supportive oder erlebnisaktivierende Verfahren, Ergo- und Physiotherapie, Sozialarbeit, Krisenintervention) • Angehörigenarbeit • Entlassungsvorbereitung und Sicherung der nahtlosen poststationären Weiterbehandlung <p><u>Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tagesklinische Behandlung bei entsprechender Indikation <p><u>Weitere Leistungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PSO-Ambulanz • PSO-Konsiliar- und -Liaisondienst

2.6.1.2 Psychosomatik – Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSO-KJ)

Definitionen, Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionelle psychosomatisch-psychotherapeutische Kurzinterventionen und Therapie • Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit somatischem Behandlungsbedarf und hohen psychosozialen Belastungen bzw. hoher psychischer Komorbidität. Ausgenommen klassische psychiatrische Erkrankungen.
Versorgungsstrukturen	<p>Abgestuftes Versorgungsangebot für alle Altersstufen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Departments für PSO-KJ inklusive Tagesklinik und Ambulanz • PSO-KJ-Schwerpunkte inklusive Ambulanz • PSO-Konsiliar- und -Liaisondienste <p>PSO-Departments: in Abteilungen für KI bzw. für KJP. PSO-Schwerpunkte: vorrangig in Abteilungen für KI. Mindestgröße Department für PSO: 12 Betten, PSO-Schwerpunkt: 6 Betten</p>
Planung	<p>Einrichtung von Betten entsprechend Tabelle „Planungsrichtwerte“ in Kap. 2.2.2 ausschließlich durch spezielle Widmung bereits vorhandener Akutbetten</p> <p>Bis zum Jahr 2020 Departments für PSO-KJ und/oder PSO-KJ-Schwerpunkte einzurichten. Erprobung und Evaluierung der PSO-Schwerpunkte im Rahmen von Pilotprojekten.</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Leitung (Department) bzw. leitende Funktion: Oberärztin/-arzt (Schwerpunkt) • Stellvertretung der ärztlichen Leitung (nur Department) und weitere Ärztinnen/Ärzte • Konsiliarärztinnen/-ärzte • Psychotherapeutinnen/-therapeuten, klinische Psychologinnen/-logen (Dep.: 50:50) • Dipl. Pflegepersonal • Pädagogen/Pädagoginnen • Ergo-, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/-päden • Weitere Therapeutinnen/Therapeuten (Kunst-, Musiktherapie etc.) • Sozialarbeiter/-innen • PSO-Liaison- und Konsiliardienst • PSO-Ambulanz <p>Anm.: Personalkennzahlen pro Berufsgruppe aufgrund der Erfahrungen beim Aufbau der PSO-E noch festzulegen.</p> <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Leitung (Department) bzw. leitende Funktion (Schwerpunkt): Fachärztin/-arzt für KI in Abteilungen für KI, Fachärztin/-arzt mit Additivfach KJNP bzw. Fachärztin/-arzt für KJP in Abteilungen für KJ(N)P, mindestens ein Jahr hauptamtliche Tätigkeit in der PSO-Behandlung von Kindern und Jugendlichen, abgeschlossene Psychotherapieausbildung oder PSY-III-Diplom der ÖÄK • Stellvertretende Leitung (Department): Fachärztin/-arzt für KI in Abteilungen für KJ(N)P, Fachärztin/-arzt mit Additivfach KJNP bzw. Fachärztin/-arzt für KJP in Abteilungen für KI, Psychotherapieausbildung (auch laufend) bzw. PSY-III-Diplom der ÖÄK (abgeschlossene oder laufende Ausbildung) • Liaisonärztin/-arzt (Schwerpunkt): Fachärztin/-arzt mit Additivfach KJNP bzw. Fachärztin/-arzt für KJP in Abteilungen für KI, Fachärztin/-arzt für KI in Abteilungen für KJ(N)P. • Weitere Ärzte: Ärztinnen/Ärzte (in Ausbildung), für Facharztausbildung Kooperation der KI- und KJ(N)P-Abteilungen erforderlich • Klinische Psychologie: mindestens ein klinischer Psychologe/eine klinische Psychologin mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung • Psychotherapeutinnen/-therapeuten und/oder klinische Psychologinnen/-logen: Erfahrung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie • Diplomierte Pflegepersonen: im Department auch Kinder- und Jugendlichenpflege sowie psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, nach Möglichkeit PSO-Weiterbildung

Leistungsangebote	<p>Indikationsstellung</p> <ul style="list-style-type: none">• Motivationsarbeit und Beratung• Orientierungsgespräche in Bezug auf die nachstationäre Behandlung und Betreuung• Assessment (im <u>Schwerpunkt</u> eingeschränkt auf PSO Untersuchung durch den Spezialisten unter Einbeziehung des Teams, Familiendiagnostik und Erhebungen zum sozialen Umfeld; im <u>Department</u> umfassendes Assessment durch alle Berufsgruppen des multidisziplinären Teams in interdisziplinärer Abstimmung)• Erstellung eines Behandlungs- und Betreuungsplanes und Evaluierung der Therapieerfolge (<u>nur</u> Department)• Multiprofessionelle Behandlung (im <u>Schwerpunkt</u> und im <u>Department</u>: fachärztliche Behandlung, Klinische Psychologie, Ergo- und Physiotherapie, Logopädie, Sozialarbeit, Krisenintervention, Zugang zu altersspezifischem Schulunterricht; Entlassungsvorbereitung. Psychotherapeutische Behandlung <u>im Schwerpunkt</u> eingeschränkt auf individuelle supportive und fokussierte Psychotherapie; im <u>Department</u> spezielle PSO-psychotherapeutische Programme in verschiedenen Settings, Eltern-Kind-Therapie, Kreativitäts- und Körpertherapie; tagesstrukturierende, milieutherapeutische Behandlung, therapeutisch indizierte Wochenendausgänge, Tag- und Nachtausgang)• PSO-Ambulanz• Tagesklinische Behandlung bei entsprechender Indikation (Department)• PSO-Konsiliar- und Liaisondienst (nur in Krankenanstalten mit Department oder Schwerpunkt für PSO-KJ und/oder mit entsprechend großen Abteilungen für KI vorzuhalten)
-------------------	---

2.6.2 Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

Definitionen, Zielgruppen	<p><i>Definition</i></p> <p>Fächerübergreifende Primärversorgung direkt aufgenommener geriatrischer Patientinnen und Patienten sowie Weiterführung der Behandlung akutkranker geriatrischer Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen (Fachbereichen) durch geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team und durch multidimensionales Behandlungs- und Betreuungsangebot (unter Beachtung medizinischer, funktioneller, psychischer, kognitiver und sozialer Aspekte der Erkrankungen geriatrischer Patientinnen und Patienten)</p> <p><i>Ziele</i></p> <p>Behandlung der akuten Erkrankung, Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung, Vermeidung weiterer Funktionsverluste, Erhöhung der Lebensqualität und Reintegration der Patientin bzw. des Patienten in das gewohnte Umfeld; bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die AG/R-Versorgung Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit</p> <p><i>Zielgruppen</i></p> <p>Geriatrische Patientinnen und Patienten mit folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somatische oder psychische Multimorbidität, die stationäre Akutbehandlung erforderlich macht • Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch Verlust funktioneller und ggf. kognitiver Fähigkeiten oder durch psychische Probleme im Rahmen einer Erkrankung • Bedarf nach funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen
Versorgungsstrukturen	<p><i>Bettenführende Einheiten</i></p> <p>Abteilung oder Department im Rahmen der Fächer Innere Medizin oder Neurologie (Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten dieser oder anderer Fachrichtungen); Leitung von AG/R-Einheiten vorrangig durch Fachärztinnen/ Fachärzte für Innere Medizin oder für Neurologie mit Additivfach Geriatrie</p> <p><i>Größe</i></p> <p>Grundsätzlich mindestens 24 Betten (Abteilung) bzw. 15-24 Betten (Department), in Abhängigkeit von den regionalen Bedingungen (im städtischen Raum größere Einheiten, im ländlichen Raum zur Wahrung der Wohnortnähe kleinere Einheiten)</p>
Planung	<p>AG/R-Einheiten</p> <p><i>Methoden der Bettenbedarfsschätzung</i></p> <p>Ermittlung des AG/R-Bettenbedarfs unter Berücksichtigung des derzeit beobachteten Anteils an stationären Patientinnen und Patienten im Alter ≥ 65 Jahre sowie von deren derzeitiger Belagsdauer (ab 24 Tage), weiters basierend auf Annahmen in Bezug auf Rehabilitationsquote (60 %) und durchschnittliche Belagsdauer in der AG/R (28 Tage) sowie auf eine Soll-Auslastung von 90 %</p> <p><i>Bettenbedarf</i></p> <p>Bis 2020 Anstieg dieses Bedarfs auf bis zu rund 4.000 Betten; zum daraus abgeleiteten Bettenmessziffern-Intervall zur AG/R im Jahr 2020 vgl. Tabelle mit Planungsrichtwerten in Kap. 2.2.2</p> <p><i>Planungsziele bis 2020</i></p> <p>Herstellung eines Bettenangebots entsprechend Tabelle „Planungsrichtwerte“ in Kap. 2.2.2 an etwa 60 Standorten; Berücksichtigung der bisher gesammelten Erfahrungen mit der Realisierung der AG/R-Strukturen in der weiteren Planung der AG/R im Zeitraum ab 2013</p>

Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Personalausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzte (Tagdienst) • Gesundheits- und Krankenpflegepersonen • Therapeutinnen/Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, weitere nach Bedarf) • Sozialarbeiter/-in • Klin. Psychologinnen/-logen, wenn möglich mit Psychotherapieausbildung <p>Departments: Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die AG/R-Einheit zugeordnet ist</p> <p><i>Qualifikation</i></p> <p>Ärztliches Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung vorrangig durch Fachärztinnen/Fachärzte für Innere Medizin oder für Neurologie mit <ul style="list-style-type: none"> – Additivfach Geriatrie oder – vergleichbarem ausländischem Qualifikationsnachweis. • Bei Abteilung: Zumindest eine zweite Ärztin / ein zweiter Arzt muss über die Qualifikation der Leitung verfügen. <p>Pflegepersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitendes Pflegepersonal: <ul style="list-style-type: none"> – absolvierte Weiterbildung in der Pflege von alten Menschen und chronisch Kranken oder vergleichbare Ausbildung und – absolvierte Weiterbildung in reaktivierender Pflege und – Praxis in einer AG/R oder in einer anderen geriatrischen Einrichtung. <p>Übriges Pflegepersonal:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zumindest eine einschlägige Weiterbildung (reaktivierende Pflege, Kinästhetik, Validation, basale Stimulation oder andere) ist erfüllt oder innerhalb von 3 Jahren zu erwerben.
Infrastruktur	<p><i>Technik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • EKG, Langzeit-EKG und EKG-Monitoring an der Abteilung verfügbar • Notfallausrüstung für Reanimation (inkl. Defibrillator); Pulsoximetrie auf der AG/R verfügbar • Langzeit-Blutdruckmessung an der Abteilung verfügbar • Sonographie und Echokardiographie • Sauerstoff-Versorgung, Infusomaten und Perfusoren auf der AG/R verfügbar • Zugriff rund um die Uhr auf Standardlaborleistungen, bildgebende Diagnostik, endoskopische Diagnostik <p><i>Räume</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • behindertenfreundliche Gestaltung • Ergotherapieaum und Physiotherapieaum, multifunktionell nutzbar • Räume für soziale Aktivitäten (Aufenthaltsraum, Speiseraum), multifunktionell nutzbar • Untersuchungsraum, geeignet für die Durchführung des geriatrischen Assessments • Behandlungsräume • Übungsbad, sofern das Stationsbad nicht für Trainingszwecke verwendbar ist • Übungsküche, sofern diese nicht einfach erreichbar ist • Verfügbarkeit von Niederflurbetten und Sensormatten • bei Neu- und Umbauten: ausgewogenes Verhältnis von Ein-, Zwei- und Vierbettzimmern, jeweils mit Nasszelle
Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Begutachtung der von anderen Abteilungen oder Krankenanstalten zugewiesenen Patientinnen/Patienten vor Aufnahme • Geriatrische Akutdiagnostik und nach Prioritäten geordnete medizinische Behandlung • Geriatrisches Assessment • Wöchentliche Evaluierung von Therapieerfolgen und Behandlungsplanung • Funktionsverbessernde, funktionserhaltende und reintegrierende therapeutische Maßnahmen • Reaktivierende Pflege • Psychologische/psychotherapeutische Betreuung • Sozialarbeiterische Betreuung • Diätologische Betreuung • Angehörigenarbeit • Entlassungsmanagement¹ (bei Bedarf mit diagnostischem Hausbesuch) • Geriatrisches Entlassungsassessment • Interdisziplinär geführte Dokumentation • Tagesklinische Behandlung • Konsiliartätigkeit (optional auch KA-extern) • Geriatrische Spezialambulanz • nach Möglichkeit: Überleitungspflege (kurzfristige pflegerische Weiterbetreuung zu Hause) <p>Für die Beschreibung der Leistungen vgl. GÖG/ÖBIG 2008: Akutgeriatrie/Remobilisation in österreichischen Krankenanstalten. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien</p>

Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung einer eigenen-Kostenstelle mit speziellem Funktionscode (Differenzierung zwischen AG/R und RNS)
-----------	---

¹ vgl.

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsssicherung/Bundesqualitaetsleitlinien/Bundesqualitaetsleitlinie_zum_Aufnahme_und_Entlassungsmanagement_BQLL_AUFEM

2.6.3 Remobilisation/Nachsorge (RNS)

Definitionen, Zielgruppen	<p><i>Definition</i> Abgestufte Form der Akutversorgung zur fächerübergreifenden Weiterführung der Behandlung akutkranker Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen (Fachbereichen), unabhängig von deren Alter, vorzugsweise in Krankenanstalten mit breiter Fächerstruktur; beinhaltend Diagnostik und Therapie in eingeschränktem Umfang sowie Leistungen zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung</p> <p><i>Ziele</i> Einrichtung eines Bindeglieds zwischen primärer Akutversorgung und Rehabilitation bzw. ambulanter Weiterbehandlung zur Entlastung der Krankenanstalten im Bereich der primären Akutversorgung; Frühremobilisation von Patientinnen und Patienten, die entsprechend ihrem Krankheitsbild über die durchschnittliche Belagsdauer in der primären Akutversorgung hinausgehend eine ärztliche, pflegerische bzw. therapeutische Versorgung benötigen; bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die RNS-Versorgung Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit</p> <p><i>Zielgruppen</i> Vorwiegend Patientinnen und Patienten mit erhöhter Belagsdauer im Akutkrankenhaus mit Bedarf an abgestufter Akutversorgung bzw. an Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung, insbesondere mit Indikationen wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zustand nach orthopädischen, unfallchirurgischen bzw. neurochirurgischen Eingriffen mit Funktionseinbußen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats • chronisch therapieresistenten Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats bzw. Schmerzzuständen • internistischen Erkrankungen mit längerer Rekonvaleszenzdauer (z. B. Pneumonie)
Versorgungsstrukturen	<p><i>Bettenführende Einheiten</i> Interdisziplinäre bettenführende Einheit, vorzugsweise in Form eines Departments im Rahmen einer Abteilung für IM, OR oder UC (Einrichtung der RNS durch Umwidmung von Akutbetten dieser oder anderer Fachrichtungen); Leitung von RNS-Einheiten vorrangig durch Fachärztinnen/-ärzte für IM oder durch Fachärztinnen/-ärzte für PMR in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der zu versorgenden Patientengruppen; bettenführende Einheit im Anschluss an bzw. disloziert im Verbund mit größeren Krankenanstalten mit breiter Fächerstruktur; maximale Belagsdauer: 28 Tage</p> <p><i>Größe</i> Grundsätzlich 15-24 Betten (Department) bzw. mindestens 24 Betten (Abteilung), in Abhängigkeit von den regionalen Bedingungen (im städtischen Raum größere Einheiten, im ländlichen Raum zur Wahrung der Wohnortnähe kleinere Einheiten)</p>
Planung	<p><i>Bettenbedarf</i> Erstellung einer Bedarfsschätzung nach Vorliegen konkreter Erfahrungen (abzuleiten aus evaluierten Pilotprojekten zur RNS); im Zuge der Planung und Einrichtung von RNS-Strukturen Berücksichtigung der Erfahrungen mit der bisherigen Realisierung solcher Strukturen</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Personalausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzte • Gesundheits- und Krankenpflegepersonen • Funktionelle Therapeutinnen/Therapeuten • Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, weitere nach Bedarf) <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung durch Fachärztin/-arzt (vorrangig durch Fachärztin/-arzt für IM oder durch Fachärztin/-arzt für PMR) in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der zu versorgenden Patientengruppen- • Übriges ärztliches Personal: Fachärztin/-arzt für IM bzw. ärztliches Personal in Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für IM (jedenfalls aber Ärztinnen/Ärzte mit ius practicandi) • Gesundheits- und Krankenpflegepersonen: Anteil an diplomierten DGKP >= 70 % • Sonstige: Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter mit Erfahrung im Nahtstellenmanagement <p>1–2x pro Woche Konsiliarvisite durch zuweisende Abteilung bzw. durch zuweisenden Fachbereich</p>
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Raumangebot für aktivierende Pflege und therapeutische Maßnahmen • Pflegerische Betreuung rund um die Uhr • Ärztlicher Nachtdienst gemäß KAKuG

Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • (Geriatrisches) Assessment • Mobilisation der Patientinnen und Patienten • Entlassungsmanagement¹ • Basisleistung der Labor- und Röntgendiagnostik in der KA verfügbar oder in Kooperation; • Therapeutisches Leistungsangebot im Bereich PMR: Physiotherapie, Hydrotherapie, Massagen, Ergotherapie, Entspannungsverfahren • Leistungsangebot im Bereich Sozialberatung / Prävention: Sozialberatung und Kompetenztraining, psychologische Beratung und Betreuung, Diätberatung, Ernährungslehre
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung einer eigenen Kostenstelle mit speziellem Funktionscode (Differenzierung zwischen AG/R und RNS) • RNS-Einheiten nur zulässig im Rahmen von der Landes-Gesundheitsplattform zu beschließenden, der Bundesgesundheitskommission anzuzeigenden und zu evaluierenden Pilotprojekten (Evaluierungsergebnisse der Bundesgesundheitskommission bekanntzugeben)

¹ vgl.

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsssicherung/Bundesqualitaetsleitlinien/Bundesqualitaetsleitlinie_zum_Aufnahme_und_Entlassungsmanagement_BQLL_AUFEM

2.6.4 Hospiz- und Palliativversorgung (HOS/PAL)

2.6.4.1 HOS/PAL für Erwachsene

Die Hospiz- und Palliativversorgung widmet sich der Versorgung von Palliativpatienten (d. s. unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen) und ihren Angehörigen.

Eine adäquate Betreuung erhalten die Betroffenen idealerweise in einem System abgestufter Versorgung. Während die Grundversorgung durch die bestehenden Einrichtungen und Anbieter der Regelversorgung³ erfolgt, sollen für komplexe Situationen und bei schwierigen Fragestellungen spezialisierte Hospiz- und Palliativeinrichtungen zur Verfügung stehen. Damit wird dem Grundsatz entsprochen, „die richtigen Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ zu versorgen.

Entsprechend Artikel 3 (2) der Artikel-15a-Vereinbarung ist vorgesehen, eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich prioritär umzusetzen. Im Rahmen der Umsetzung der integrierten Versorgung ist eine Abstimmung insbesondere zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie Sozialversicherung anzustreben. Bei dieser – jedenfalls erforderlichen – Abstimmung wird von einer gegenüber dem Ist-Stand unveränderten Zuordnung der Kompetenzen (Trägerschaft, Finanzierung etc.) ausgegangen, solange diesbezüglich keine anderslautenden Vereinbarungen bzw. Regelungen getroffen werden (vgl. auch S. 6).

Ergänzend zu den bereits im ÖSG enthaltenen Vorgaben für die palliativmedizinische Versorgung in Palliativstationen wird in der Folge ein umfassendes Konzept für eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung als Empfehlung bzw. zur Orientierung dargestellt. Es müssen nicht in allen Bundesländern unbedingt alle unten dargestellten Bausteine umgesetzt werden, vielmehr soll die Hospiz- und Palliativversorgung in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen entwickelt werden. Dabei sind auch organisatorische Kombinationen der dargestellten Bausteine denkbar.

³ Grundversorgung = Versorgung „einfacher“ Situationen von Palliativpatienten, für die keine spezifische palliative Qualifikation nötig ist; Regelversorgung = Leistungen von traditionell etablierten Gesundheits-Dienstleistern (KH-Abteilungen, Spitalsambulanzen, Pflegeheime, niedergelassene Ärzte ...)

Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativbetreuung				
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
Traditionelle Dienstleister		Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativ-stationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		mobile Palliativteams	stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)-Ärzeschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...			Tageshospize

Palliativstation

Eigenständige Station innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus, die auf die Versorgung von Palliativpatienten spezialisiert ist:

Definitionen, Zielgruppen	<p>Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Personen</p> <p>Ziele: Erhöhung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten sowie deren Entlassung in die vertraute Umgebung (dazu entsprechendes Betreuungsangebot außerhalb des stationären Akutbereiches und Vernetzung dieser Angebote erforderlich)</p> <p>Zielgruppe: Patientinnen und Patienten mit nicht heilbaren, progredienten Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung, die an starken Schmerzen, psychischen Beschwerden oder Begleitsymptomen (wie z. B. Übelkeit, Appetitlosigkeit oder Atemnot) leiden, sowie ihre Angehörigen</p> <p>Inhalte: Symptomkontrolle (Linderung von Krankheitssymptomen, v. a. von Schmerzen) und psychosoziale Betreuung (sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für deren Angehörige)</p>
Versorgungsstrukturen	<p>Behandlung und Betreuung durch palliativmedizinisch qualifiziertes, interdisziplinär zusammengesetztes Team, das neben den körperlichen auch die seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigt; Einbeziehung ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen in die Betreuungstätigkeit</p> <p>Palliativstationen mit acht bis 14 Betten; darüber hinaus in Abhängigkeit von regionalen Bedingungen auch Palliativbereiche mit weniger als acht Betten möglich</p>
Planung	<p>Bedarfsschätzung nach internationalen Erfahrungswerten: 50 Betten in palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen je Million Einwohner (dementsprechend rund 400 Betten für Österreich)</p> <p>Palliativmedizinische Strukturen vorzugsweise als Stationen (Palliativstationen) im Rahmen bestehender Fachabteilungen mit acht bis 14 Betten innerhalb von bzw. im Verbund mit Akutkrankenanstalten mit einem Einzugsbereich von mindestens 200.000 Einwohnern einzurichten (Betten zu schaffen durch Umwidmung von in anderen Bereichen nicht mehr erforderlichen Akutbetten)</p> <p>Palliativmedizinische Strukturen nicht als Teil einer bestimmten medizinischen Disziplin definiert, sondern organisatorisch in eine Abteilung einzugliedern, in der palliativmedizinische Ansätze vertreten werden</p>

Palliativstation (Fortsetzung)

Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Berufsgruppen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzte • Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal • Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeiter/in • Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/-päden, Diätologinnen/Diätologen verfügbar • Seelsorge verschiedener Konfessionen verfügbar • ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson verfügbar <p>Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die PAL-Einheit zugeordnet ist.</p> <p><i>Ärztliches Personal:</i></p> <p>Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/-ärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (anzustreben ist ein Interdisziplinärer Palliativ-Basislehrgang mit 160 h)</p> <p><i>Pflegepersonal:</i></p> <p>Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (anzustreben ist ein Interdisziplinärer Palliativ-Basislehrgang mit 160 h)</p>
Infrastruktur	<p>Technische Ausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzpumpen • Perfusoren und Infusomaten <p>Räumliche Ausstattung</p> <p><i>Station:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • wohnliche Atmosphäre • 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle • Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige • Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar • Räumlichkeiten für soziale Aktivitäten, multifunktionell nutzbar <p><i>Im Haus verfügbar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieraum
Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation und Kooperation mit Zuweisenden bzw. Weiterbetreuenden • Erstgespräch mit Patienten und Angehörigen vor der Aufnahme • Erstellen von Symptomdiagnosen (z. B. Schmerzdiagnose) • Qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle • Diagnostik soweit erforderlich • Behandlung interkurrenter Erkrankungen • Patientenorientierte, ganzheitliche Pflege (Bezugspflege) • Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen • Ernährungstherapeutische Maßnahmen • Psychotherapeutische Betreuung des Patienten • Psychosoziale Betreuung und Krisenintervention bei Patient und Angehörigen • Spirituelle Betreuung • Betreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter • Miteinbeziehung und Mitbetreuung der Angehörigen • Entlassungsvorbereitung mit dem Ziel einer koordinierten Entlassung • Verabschiedung der/des Verstorbenen • Trauerbegleitung der Angehörigen • Kontaktmöglichkeit für Patienten und Angehörige nach der Entlassung • Telefonische Beratung von Ärzten und sozialen Diensten, die Palliativpatienten betreuen • Konsiliardienst im Haus bzw. gegebenenfalls in anderen Krankenhäusern, falls kein Palliativkonsiliardienst eingerichtet ist • Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildung • Fakultativ: Ambulanz, Tagesklinik

Stationäres Hospiz: Einrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, in der Palliativpatienten in der letzten Lebensphase betreut werden, bei denen eine Behandlung im Akutkrankenhaus nicht erforderlich und eine Betreuung zu Hause oder in der Regelversorgung eines Pflegeheims nicht mehr möglich ist.

Tageshospiz: Einrichtung, die Palliativpatienten tagsüber Behandlung, Betreuung und Begleitung anbietet.

Palliativkonsiliardienst: Multiprofessionell zusammengesetztes Team im Krankenhaus, das mit seiner fachlichen Expertise beratend tätig ist. Es wendet sich in erster Linie an das betreuende ärztliche und pflegerische Personal in den Stationen und Ambulanzen, erst in zweiter Linie an die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige.

Mobiles Palliativteam: Multiprofessionell zusammengesetztes Team, das außerhalb des Krankenhauses tätig ist und mit seiner fachlichen Expertise beratend und anleitend für die Regelversorger sowie für die Patientinnen und Patienten selbst und ihre Angehörigen aktiv ist.

Hospizteam: Team, bestehend aus qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleitern, die Palliativpatienten und Angehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung bieten. Das Hospizteam arbeitet eng mit den anderen Hospiz- und Palliativeinrichtungen zusammen und wird in allen Versorgungskontexten – zu Hause, im Heim, im Krankenhaus – tätig.

Ergänzend zu den Qualitätskriterien werden in einem „Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen“ die Kernprozesse für alle Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Form von Musterprozessen abgebildet. Diese stellen eine Empfehlung dar und sollen die Arbeit in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen unterstützen und fördern (vgl.

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Planung/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich).

2.6.4.2 HOS/PAL für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

2.6.5 Schlafmedizin (SMED)

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

2.6.6 Interdisziplinäre Schmerztherapie (IDST)

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

2.7 Leistungsmatrix im ÖSG

Die Leistungsmatrix ist ein Planungsinstrument zur Leistungssteuerung, das gestützt auf Qualitätskriterien (QK) die Voraussetzungen für das Leistungsspektrum von KA-Standorten definiert. In der Leistungsmatrix (LM) werden für ausgewählte medizinische Einzelleistungen (MEL) jene Qualitätskriterien und Mindestfrequenzen definiert, die im Falle der Erbringung der jeweiligen MEL von der betreffenden Krankenanstalt sicherzustellen sind. Das tatsächlich zulässige Leistungsspektrum einer landesfondsfinanzierten KA im stationären und tagesklinischen Bereich ist durch den jeweiligen Landesgesundheitsfonds im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit festzulegen.

Bei Notfällen sind grundsätzlich Abweichungen von den Bestimmungen der Leistungsmatrix möglich. Bei Traumen ist die Erbringung sämtlicher MEL der Leistungsmatrix im Akutfall – unabhängig von den Angaben in der Spalte „KTyp“ – in Abteilungen bzw. Departments für UC zulässig. Elektivoperationen nach Traumen haben den Anforderungen im Hinblick auf den KTyp zu entsprechen. Entsprechend § 3 (1) Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl I 2004/179) sowie Artikel 6 der Vereinbarung nach Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens gelten diese Festlegungen unabhän-

gig von der Organisationsform der Leistungserbringerin / des Leistungserbringers und damit für alle Akut-Krankenanstalten (ggf. in transformierter Form) gleichermaßen.

Für private, nicht-gemeinnützige Akut-KA (PKA) sind die Qualitätskriterien anlassfall- und behandlungsprozessbezogen gemäß Generaltransformationsregel (vgl. Kap. 2.4) anzuwenden. Sofern die Transformationskriterien für fachrichtungsbezogene Organisationsformen eingehalten werden, gelten die Vorgaben zur Mindestversorgungsstruktur (MVS) als erfüllt. (vgl. Kap. 2.3.2 fachrichtungsbezogene Organisationsformen). Insbesondere für RFZ und Intensivversorgung gelten spezielle Transformationsregeln (vgl. Kap. 2.4.1 und 2.5).

Darüber hinaus muss für die Erbringung der folgenden operativen Leistungen (MEL) mit besonderem Komplikationsrisiko sowie sonstigen großen Tumor-Operationen in der PKA während der Operation zusätzlich zum OP-Team eine/ein Fachärztin/-arzt für Chirurgie verfügbar sein, die/der innerhalb von 30 Minuten im OP-Saal einsatzbereit ist:

- HE010 - HE169 (Ösophaguschirurgie),
- HN010 - HN149 (Pankreaschirurgie),
- JA140 Erweiterte Nephrektomie – offen,
- JJ030 Entfernung der Adnexen – offen, abdominal,
- JK140 Erweiterte abdominale Hysterektomie mit Entfernung der Parametrien,
- JK150 Erweiterte vaginale Hysterektomie mit Entfernung der Parametrien

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. Betriebszeit der leistungserbringenden Organisationseinheit) stellen und mit denen, im Zusammenwirken mit dem extramuralen Bereich, der Großteil des medizinischen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung durch einfache Routineleistungen abgedeckt werden kann. Dies betrifft auch viele Leistungen, die derzeit in den Akut-KA tagesklinisch erbracht werden, aber ebenso ambulant erbringbar sind (d. s. MEL, die sowohl im MEL-Katalog als auch im in Erprobung stehenden Katalog ambulanter Leistungen – KAL – enthalten sind).

Die Festlegung von der Basisversorgung zugeordneten und im Rahmen von dislozierten Tageskliniken (dTK) erbringbaren MEL in der (derzeit nur für den Bereich der Akut-KA gültigen) LM ist kein Präjudiz dafür, dass diese Leistungen dem intramuralen Bereich vorbehalten sind bzw. bleiben.

Mittelfristiges Ziel für die Weiterentwicklung der LM ist es, sämtliche im Komplettkatalog der Gesundheitsversorgungs-Leistungen für den ambulanten und stationären Bereich enthaltenen Leistungen in der Leistungsmatrix (LM) abzubilden und dem jeweiligen Versorgungssegment (ambulant / tagesklinisch / stationär) zuzuordnen. Bis zur durchgängigen Anwendung des KAL bleibt die LM zunächst auf den stationären Bereich beschränkt, die LM soll jedoch zielbezogen schrittweise auf den ambulanten Bereich erweitert werden.

Die LM enthält somit bis auf weiteres alle Leistungen, die im MEL-Katalog des jeweils gültigen LKF-Modells enthalten sind, ausgenommen:

- Leistungen bezogen auf Chemotherapie,
- Leistungen der Radiologie und Nuklearmedizin, sofern diese nicht einem Referenzzentrum vorbehalten sind,
- Leistungen, die nur im Rahmen von Aufhalten auf Intensiveinheiten, von Monitoring bzw. im Zuge einer Notfallbehandlung erbracht werden,
- Leistungen in Sonderbereichen, definiert gemäß LKF-Modell (betreffend Bereiche mit tageweiser oder pauschaler Abrechnung).

Der Wegfall von CT und MR als ggf. leistungsspezifisch zu erfüllendes QK entbindet die KA jedoch nicht davon, dass im Bedarfsfall während des Patientenaufenthalts in der Akut-KA die Verfügbarkeit von CT und MR von der leistungserbringenden KA bzw. vom leistungserbringenden KA-Standort sicherzustellen ist.

Die Einhaltung von verbindlichen Mindestfallzahlen pro Standort (MFS) soll gewährleisten, dass innerhalb eines multiprofessionellen Behandlungs- und Betreuungsteams spezielle Kompetenz zur Erbringung von besonders komplexen Leistungen sowie im zugehörigen Komplikationsmanagement erworben wird. Zusätzlich soll durch Bündelung von Leistungen mit geringer Häufigkeit an bestimmten Standorten die Absicherung der Qualität der Ausbildung in der Behandlungsmethodik von in Ausbildung stehenden (Fach-)Ärztinnen/Ärzten unterstützt werden.

Die Anwendung von MFS bezieht sich vorrangig auf KA mit öffentlichem Versorgungsauftrag und dementsprechender Einrichtung von fachrichtungsbezogenen Organisationsformen, die der Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltenpflege gemäß § 18 KAKuG Abs. 1 dienen und damit für den jeweiligen Einzugsbereich eine ausreichende Kapazität zur Verfügung stellen.

Verbindlich gestellte MFS sind auch in PKA pro Standort einzuhalten.

Private, nicht gemeinnützige Akut-KA (PKA), die keinen Versorgungsauftrag gem. § 18 Abs. 1 KAKuG haben, bedienen sich bei der medizinischen Leistungserbringung auch Ärztinnen/Ärzten, die nicht im Anstellungsverhältnis zu den PKA stehen. In diesem Fall sind Leistungserbringer, die im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung diese Kompetenz erworben haben und regelmäßig in einem Team arbeiten, das die verbindlichen MFS erfüllt, berechtigt, diese Leistungen auch in diesen PKA zu erbringen.

Die Leistungsmatrix ist gemäß Art. 4 Abs. 4 Z 4 der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens jährlich zu warten und in Bezug auf die Änderungen des LKF-Modells anzupassen. Sie wird mit dem Folgejahr der Beschlussfassung durch die Bundesgesundheitskommission als Rahmenbedingung zum LKF-Modell gültig.

Struktur der Leistungsmatrix

In der LM werden pro MEL folgende Qualitätskriterien erfasst (vgl. dazu auch Legende zur LM im Anhang):

- **Mindestversorgungsstruktur (MVS):** Typ der bettenführenden Einheit, die in einem für die jeweilige MEL zuständigen Sonderfach in der leistungserbringenden KA mindestens vorhanden sein muss – Typen:
 - dislozierte Tagesklinik
 - reduzierte Organisationsform (Fachschwerpunkt, Department)
 - Abteilung
 - Referenzzentrum

Prinzipiell ist die tagesklinische Leistungserbringung für alle MEL im Sinne des LKF-Tagesklinik-Katalogs zulässig, wenn die entsprechende Mindestversorgungsstruktur (d. h. RFZ, ABT, ROF) in der betreffenden KA vorhanden ist.

- **Mindest-Krankenanstaltentyp zur Versorgung von Kindern (KTyp):** bettenführende Einheiten für KI bzw. KCH-Sicherstellung, die zur Versorgung von Kindern im Alter unter 15 Jahren in der leistungserbringenden KA mindestens vorhanden sein müssen – reichend vom „Kinderzentrum“ mit Abteilung für KI und KCH-Sicherstellung (Typ 1) bzw. vom „Kinderorthopädischen Zentrum“ (KOZ) bis hin zu KA ohne bettenführenden Einheiten für KI bzw. KCH (Typ 4, z. B. UKH).
- **Intensivmedizinische Versorgung (INT):** bettenführende Einheiten zur intensivmedizinischen Versorgung, die am leistungserbringenden KA-Standort mindestens vorhanden sein muss (Intensivbehandlungseinheit - IS, Überwachungseinheit - UE).
- **Histopathologische Befundung (HP):** Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitt, die vom leistungserbringenden KA-Standort sicherzustellen ist

(gilt nur für MEL, die mit der Differenzialdiagnostik von Tumoren im Zusammenhang stehen); diese Anforderung wird auch durch Einsatz von Telepathologie erfüllt.

- Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalten-Standort (MFS): Mindestfrequenz in Bezug auf die jeweilige MEL bzw. Gruppe von MEL, die vom leistungserbringenden Krankenanstalten-Standort im mehrjährigen Durchschnitt erreicht werden muss (im Falle von KA bzw. KA-Verbänden mit mehreren Standorten ist die MFS pro Standort zu bemessen); für Wirbelsäulen-/Bandscheibenoperationen sowie für Brustkrebsoperationen werden die MFS pro leistungserbringender Einheit (nicht pro Krankenanstalten-Standort) definiert, da hier besonders ausgeprägte Mehrfachzuordnungen auf verschiedene Sonderfächer gegeben sind; die MFS sind als Vorschläge von medizinischen Experten/Fachgesellschaften und als unverbindliche medizinische und ökonomische Richtwerte im Sinne einer Diskussionsgrundlage zu verstehen und dienen als Basis für eine weiterführende Evaluierung bzw. Weiterentwicklung; die MFS werden in der Regel für Gruppen von MEL definiert, für die ein Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und -qualität nach der derzeitigen Studienlage wahrscheinlich ist; diese MFS werden mittels eines Buchstabensystems dargestellt (vgl. Legende zur LM im Anhang);

Verbindlichkeit: sofern ausreichende Evidenz für die Richtwerte vorliegt, können diese verbindlich gemacht werden; verbindlich gestellte MFS sind in einem Durchrechnungszeitraum von 3 Jahren als Jahresmittel zu erreichen. Bei Neufestsetzung verbindlicher MFS wird eine Überleitungsfrist von 2 Jahren gewährt. Verbindliche MFS bestehen derzeit für die Gruppen Ösophagus- und Pankreas-Operationen.

- Referenzzentrum (RFZ): spezialisierte Versorgungseinheit mit gebündelter Erbringung komplexer medizinischer Leistungen, die in der leistungserbringenden KA vorhanden sein muss; für MEL, deren Erbringung eine solche spezialisierte Versorgungseinheit voraussetzt, gelten die für die RFZ insgesamt definierten Qualitätskriterien (vgl. Kap. 2.5).
- In der LM nicht abgebildet werden:
 - 1) MEL bezogen auf Chemotherapien
 - 2) MEL im Bereich der Diagnostik sowie der Intensivmedizin, Radiologie, Nuklearmedizin (soweit diese kein Referenzzentrum erfordern)
 - 3) MEL in Sonderbereichen, definiert gemäß LKF-Modell (betreffend Bereiche mit tageweiser oder pauschaler Abrechnung)
- Mindestfrequenz pro Jahr und Leistungserbringer (MFL): Mindestfrequenz in Bezug auf die jeweilige (Gruppe von) MEL, die vom Leistungserbringer (Ärztin/Arzt bzw. Ärzteteam) im mehrjährigen Durchschnitt erreicht werden muss; für die Dokumentation zur Umsetzung des Konzepts „MFL“ sind noch juristische (v. a. auch datenschutzrechtliche) Abklärungen erforderlich, sodass derzeit noch keine MFL definiert und in die Leistungsmatrix aufgenommen werden können.

2.8 Überregionale Versorgungsplanung

Zur Sicherstellung einer überregionalen Abstimmung der Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung werden bundesweit Soll-Leistungsstandorte für Referenzzentren (komplexe spezialisierte Strukturen von überregionaler Bedeutung mit Gewährleistung der im ÖSG definierten Qualitätskriterien, z. B. Herzchirurgie, Transplantationschirurgie) sowie für besondere Leistungsbereiche (z. B. Neurochirurgie, Schwerbrandverletzten-Versorgung) festgelegt. Ergänzend zu dieser Standortplanung werden die Zuständigkeit der Soll-Leistungsstandorte für Versorgungsgebiete (auf Ebene der VR) sowie Richtwerte zur Kapazitätsplanung (Grobabschätzung des spezifischen Bettenbedarfs für Österreich insgesamt, Grundlage für die bis zur nächsten ÖSG-Revision festzulegende Kapazitätsplanung pro Leistungsstandort) definiert (vgl. Anhänge „Überregionale Versorgungsplanung“).

Diese Festlegungen führen insbesondere für die gemäß Leistungsmatrix auf RFZ zugeordneten komplexen MEL tendenziell zu einer überregionalen Bündelung bzw. zu höheren spezifischen Leistungsvolumina in den betreffenden KA, die auch im Interesse der Einhaltung von Mindestfrequenzen und damit der Qualitätssicherung liegen können. Weiters dienen diese Festlegungen als Grundlage für die Erstellung der Detailplanungen auf Länderebene (RSG). Die Standort-Festlegung im Rahmen der überregionalen Versorgungsplanung impliziert insbesondere auch die verpflichtende Übernahme der spezialisierten Versorgungsfunktionen durch die Soll-Leistungsstandorte für deren jeweilige Versorgungsgebiete (unabhängig von räumlich-administrativen Grenzen). Die Einhaltung der jeweiligen spezifischen Mindestfrequenzen (soweit bereits definiert) sowie der Versorgungsbeziehungen für die jeweils festgelegten Versorgungsgebiete wird im Rahmen des ÖSG-Monitoring jährlich begleitend evaluiert.

Weitere Bereiche der überregionalen Versorgungsplanung werden bis zur nächsten Revision des ÖSG einvernehmlich festgelegt und im ÖSG ergänzt.

Änderungen der Leistungskapazitäten bzw. –volumina sind in den Versorgungszonen bzw. mit den betroffenen Bundesländern abzustimmen.

3 Rehabilitation

Eine Revision des Kapitels 3 „Rehabilitation“ ist bis Mitte 2013 vorgesehen.

3.1 Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze

Der Rehabilitationsbereich ist – neben der Akut- und der Langzeitversorgung – ein wichtiges Element im Rahmen einer integrierten Gesundheitsversorgung. Die stationäre medizinische Rehabilitation ist im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG, § 154a, § 189, §§ 300–307c) geregelt. Sie umfasst die Unterbringung in KA, die vorwiegend der Rehabilitation dienen (Sonderkrankenanstalten im Sinne des § 2 Abs 1 Z 2 KAKuG). Alle drei Versicherungszweige (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) sind für die Gewährung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zuständig. Handelt es sich um eine/n Angehörige/n einer/eines Versicherten bzw. um eine Pensionsbezieherin / einen Pensionsbezieher, ist der Krankenversicherungsträger, bei anerkannten Arbeitsunfällen oder anerkannten Berufskrankheiten der Unfallversicherungsträger zuständig. Liegt kein anerkannter Arbeitsunfall oder anerkannte Berufskrankheit als Ursache vor und ist der/die Antragsteller/in erwerbstätig oder Bezieher/in einer Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit oder einer Erwerbsunfähigkeitspension, so fällt die Gewährung in den Zuständigkeitsbereich des Pensionsversicherungsträgers.

Ebenso gibt es im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, im Bauern-Sozialversicherungsgesetz und im Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz gleichlautende oder ähnliche Regelungen für die medizinische Rehabilitation von selbstständig Erwerbstätigen und von öffentlich Bediensteten.

Die unten stehenden Ausführungen zur ambulanten Rehabilitation sind insofern zu relativieren, als zum einen die rechtlichen Rahmenbedingungen inklusive der finanziellen Bedeckung dieser spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen fehlen und zum anderen die derzeit in Österreich vorhandenen Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation noch nicht ausreichend evaluiert sind. Ein weiteres Problem stellen die noch ungeklärten Schnittstellen der ambulanten Rehabilitation zu anderen Leistungserbringern dar. Daher befindet sich die ambulante Rehabilitation in Österreich derzeit noch im Stadium von befristeten Verträgen.

Im Rahmen der Analyse und Planung des Rehabilitationsbereichs sind die nachfolgenden Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze zu berücksichtigen:

- Sicherstellung einer medizinisch und wirtschaftlich sinnvollen, bedarfsgerechten sowie möglichst gleichmäßigen Versorgung;
- Ausgleich von regional stark über- oder unterdurchschnittlicher Versorgung unter Berücksichtigung historisch gewachsener Strukturen (primäre Analyse- und Planungs-Ebene: Versorgungszonen im Sinne des ÖSG);
- Erhaltung bzw. Verbesserung von vorhandenen Qualitätsstandards sowie Sicherstellung eines auf die Patientenbedürfnisse abgestimmten Versorgungsprozesses.

Die Planung im Bereich der Rehabilitation hat sich insbesondere an den Prinzipien der Bedarfsgerechtigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmäßigkeit zu orientieren.

3.2 Planungsmethoden und Richtwerte

Gegenstand der Analysen und Planungen im Rehabilitationsbereich sind die stationären und ambulanten Kapazitäten der medizinischen Rehabilitation in den SV-eigenen Einrichtungen und in den Vertragspartner-Einrichtungen, wobei auch die gegenwärtig von den SV-Trägern beschickten Einrichtun-

gen im angrenzenden Ausland zu berücksichtigen sind. Kureinrichtungen sowie ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Therapeutinnen und Therapeuten außerhalb des gesetzlich definierten Bereichs „Rehabilitation“ finden in der Rehabilitationsplanung keine Berücksichtigung.

Für die stationären und ambulanten Kapazitäten der medizinischen Rehabilitation werden Planungsrichtwerte in Differenzierung nach den folgenden Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) dargestellt:

1. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats (BSR)
2. Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (HKE)
3. Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems (NEU)
4. Psychiatrische Rehabilitation (PSY)
5. Krankheiten der Atmungsorgane (PUL)
6. Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats (STV)
7. Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)

Im Rahmen der Abschätzung des Bettenbedarfs in der stationären Rehabilitation auf Ebene der vier Versorgungszonen werden insbesondere folgende Kriterien berücksichtigt:

- tatsächliche Inanspruchnahme der bettenführenden SKA für Rehabilitation (z. B. Frequentierung und Auslastung der Betten in den SKA für Rehabilitation in Differenzierung nach RIG);
- Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen in Bezug auf die 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 (insbesondere auch die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung in den vier Versorgungszonen).

Die Abschätzung des Bedarfs an ambulanter Rehabilitation auf Ebene der vier Versorgungszonen erfolgt auf Basis der Einheit „ambulanter Therapieplatz“, die wie folgt definiert wird:

„Ein ambulanter Therapieplatz in der medizinischen Rehabilitation ist ein Raum bzw. ein medizinisch-technisch entsprechend ausgestatteter Arbeitsplatz, an dem eine Patientin / ein Patient unter Anleitung einer dafür qualifizierten Person therapiert wird (Einzeltherapie); besteht die Möglichkeit, in der betreffenden Räumlichkeit mehrere Patientinnen/Patienten gleichzeitig zu therapieren, so ist die Anzahl der ambulanten Therapieplätze gleich der Anzahl des eingesetzten anleitenden Personals bzw. der angeleiteten/therapierten Gruppen (Gruppentherapie).“ (Rehabilitationsplan 2009)

Die Ermittlung des Bedarfs an ambulanten Therapieplätzen in der Einzel- und Gruppentherapie erfolgt ausschließlich in Bezug auf die „stationär ersetzende ambulante Rehabilitation“. Umgekehrt wird die bedarfsnotwendige Bettenvorhaltung in der stationären Rehabilitation abzüglich der durch Umlagerung des Versorgungsgeschehens in die ambulante Rehabilitation verzichtbaren Bettenkapazitäten ermittelt.

Die nachfolgend dargestellten Planungsrichtwerte zur stationären und ambulanten Rehabilitation basieren auf den Bedarfsschätzungen im Rahmen des Rehabilitationsplans 2009 (d. h. auf Datenbasis 1997–2007). In der Planungsmatrix (vgl. Anhang) erfolgt die Beschreibung der Versorgungssituation in der stationären Rehabilitation auf Ebene der vier Versorgungszonen und für Österreich insgesamt (Beobachtungsjahr 2009).

Im Rahmen der Bedarfsprüfung ist der jeweils aktuelle Stand der Errichtungs- und Betriebsbewilligungen relevant (dieser Stand kann sich in Bezug auf neu errichtete SKA für Rehabilitation vom in der Planungsmatrix wiedergegebenen Stand unterscheiden). Im Rahmen der Bedarfsbeurteilung in Differenzierung nach RIG und Versorgungszonen ist zunächst die BMZ in Österreich insgesamt und in der Folge die BMZ in der betreffenden Versorgungszone relevant, wobei „BMZSoll“ bzw. „TP/EWSoll“ gemäß den Tab. 3.1 und 3.2 und die dort dargestellten BMZ-Soll-Intervalle als Zielwerte zu berücksichtigen sind.

sichtigen sind. Werden die idealtypischen Soll-Werte sowohl in einer VZ als auch in Österreich insgesamt erreicht, so ist aufgrund des bundesweit ausreichend vorhandenen Versorgungsangebots kein weiterer Bedarf in dieser VZ zu sehen. Eine bundesweite Abstimmung des Angebots im Rehabilitationssystem auf Basis von einvernehmlich festgelegten Planungsgrundlagen ist im Wege der Bundesgesundheitskommission herzustellen (inkl. Schaffung einer bundesweiten aktuellen Evidenz über sämtliche relevante Vorhaben im Rehabilitationsbereich durch entsprechende Berichterstattung vonseiten der Bundesländer sowie der Sozialversicherung; inkl. Vereinheitlichung der relevanten Bedarfsprüfungsverfahren).

3.2.1 Stationäre Rehabilitation

Die Festlegung der nachfolgend dargestellten Richtwerte zur Bettenvorhaltung in der stationären Rehabilitation für Personen im Alter über 18 Jahren erfolgte unter Berücksichtigung der tatsächlichen Inanspruchnahme von bettenführenden SKA für Rehabilitation 1997 bis 2007, der prognostizierten demografischen Entwicklung 2008 bis 2020 sowie einer morbiditätsbezogenen Bedarfsschätzung (nach Abzug der durch Verlagerung in die ambulante Rehabilitation verzichtbaren Betten).

Tab. 3.1: Planungsrichtwerte nach Rehabilitations-Indikationsgruppen*
(stationärer Bereich, Erwachsene / Alter > 18 Jahre, Planungshorizont 2020)

Rehabilitations-Indikationsgruppe	BMZmin	BMZSoll	BMZmax	BMZ2009
Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)	22,1	29,4	36,8	29,4
Herz-Kreislauf-System (HKE)	12,8	17,1	21,3	16,1
Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)	8,8	11,7	14,6	11,8
Psychiatrische Rehabilitation (PSY)	5,7	7,7	9,6	2,8
Atmungsorgane (PUL)	2,2	3,0	3,7	3,5
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)	4,2	5,5	6,9	5,8
Unfälle und neurochirurgische Eingriffe (UCNC)	10,5	14,1	17,6	13,5
Summe	66,3	88,4	110,6	83,0

* zusätzlich Berücksichtigung von rund 200 Betten für sonstige Krankheiten (v. a. Onkologie, Lymphödeme)
Für psychiatrische Rehabilitation vorläufige Planungsrichtwerte, die bei der nächsten ÖSG Revision evaluiert und ggf. modifiziert werden können.

Legende:

BMZ = Bettenmessziffer (Betten in stationären Rehabilitationseinrichtungen pro 100.000 Einwohner)

BMZmin = untere Grenze des BMZ-Soll-Intervalls, das von BMZmin und BMZmax begrenzt wird; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2020

BMZSoll = idealtypische Soll-Bettenmessziffer; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2020

BMZmax = obere Grenze des BMZ-Soll-Intervalls, das von BMZmin und BMZmax begrenzt wird; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2020

BMZ2009 = Bettenmessziffer 2009 (Bettenäquivalente in RZ pro 100.000 Einwohner 2009)

Quelle: HVSVT – Rehabilitationsplan 2009; GÖG-eigene Darstellung

Sonderbereich Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 18 Jahren sollen Planungsrichtwerte bis zur nächsten Revision des ÖSG integriert werden. Dabei werden auch Sonderbereiche (z. B. kinder-/jugendpsychiatrische Rehabilitation, familienorientierte onkologische Rehabilitation) berücksichtigt werden.

3.2.2 Ambulante Rehabilitation

Die Festlegung der nachfolgend dargestellten Richtwerte zur Vorhaltung von Therapieplätzen in der ambulanten Rehabilitation erfolgte unter Berücksichtigung der tatsächlichen Inanspruchnahme von bettenführenden SKA für Rehabilitation 1997 bis 2007, der prognostizierten demografischen Entwicklung 2008 bis 2020 sowie einer morbiditätsbezogenen Bedarfsschätzung. Dabei wurden insbesondere auch die gemeinsam mit Experten abgeschätzten Auslagerungspotenziale von der stationären in die ambulante Rehabilitation berücksichtigt.

Tab. 3.2: Planungsrichtwerte nach Rehabilitations-Indikationsgruppen*
(ambulanter Bereich**, Erwachsene / Alter > 18 Jahre, Planungshorizont 2020)

Rehabilitations-Indikationsgruppe	TP/EWmin	TP/EWSoll	TP/EWmax	TP/EW2009
Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)	1,0	1,4	1,7	***
Herz-Kreislauf-System (HKE)	0,2	0,3	0,4	***
Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)	0,4	0,6	0,7	***
Psychiatrische Rehabilitation (PSY)	0,1	0,1	0,2	***
Atmungsorgane (PUL)	0,1	0,1	0,1	***
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)	0,1	0,2	0,2	***
Unfälle und neurochirurgische Eingriffe (UCNC)	0,6	0,8	1,0	***
Summe	2,6	3,5	4,4	***

* zusätzlich Berücksichtigung von rund 10 ambulanten Therapieplätzen für sonstige Krankheiten (v. a. Onkologie, Lymphödeme)
Für psychiatrische Rehabilitation vorläufige Planungsrichtwerte, die bei der nächsten ÖSG Revision evaluiert und ggf. modifiziert werden können.

** stationär ersetzende ambulante Rehabilitation

*** derzeit keine Datengrundlagen verfügbar

Legende:

TP/EW = Messziffer (Therapieplätze für ambulante Rehabilitation pro 100.000 Einwohner)

TP/EWmin = untere Grenze des TP/EW-Soll-Intervalls, das von TP/EWmin und TP/EWmax begrenzt wird; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2020

TP/EWSoll = idealtypisches Soll bei TP/EW; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2020

TP/EWmax = obere Grenze des TP/EW-Soll-Intervalls, das von TP/EWmin und TP/EWmax begrenzt wird; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2020

TP/EW2009 = ambulante Therapieplätze pro 100.000 Einwohner 2009

Quelle: HVSVT – Rehabilitationsplan 2009; GÖG-eigene Darstellung

Sonderbereich Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Im Bereich der ambulanten Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ergibt sich nur ein geringer Bedarf an Therapieplätzen, die in wirtschaftlich und medizinisch sinnvoller Form nur sehr eingeschränkt zu realisieren sein würden. Es wird daher bis auf weiteres davon ausgegangen, dass eine Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen vorwiegend im stationären Rehabilitationsbereich stattfindet.

3.3 Versorgungsstrukturen und Qualitätskriterien

3.3.1 Stationäre Rehabilitation

Qualitätskriterien zur stationären Rehabilitation sind im Rahmen der nächsten Revision des ÖSG zu ergänzen (Übernahme der 2010/2011 zu überarbeitenden „Richtlinien für Strukturqualitätskriterien und Leistungsangebot in der Rehabilitation“).

3.3.2 Ambulante Rehabilitation

Qualitätskriterien zur ambulanten Rehabilitation sind im Rahmen der nächsten Revision des ÖSG zu ergänzen (Übernahme der 2010/2011 zu überarbeitenden „Richtlinien für Strukturqualitätskriterien und Leistungsangebot in der Rehabilitation“).

4 Medizinisch-technische Großgeräte

Folgende medizinisch-technische Geräte gelten aktuell als Großgeräte:

- Computertomographiegeräte (CT),
- Magnetresonanz-Tomographiegeräte (MR),
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze; COR; inkl. medizinisch-technische bildgebende Geräte, mit denen COR-Leistungsspektren vorgehalten werden),
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR; Linearbeschleuniger, Gamma-Knife),
- Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT) und
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT).

Die Großgeräteliste kann in begründeten Fällen innerhalb der Revisionsperiode nach Beschluss der Bundesgesundheitskommission verändert werden.

Der GGP enthält die Planung der bundesländerspezifischen Gesamtanzahl von CT, MR und ECT (inkl. ECT-CT) in Fonds-Krankenanstalten unter Berücksichtigung der Geräteausstattung von „Nicht-Fonds-Krankenanstalten“, Rehabilitationszentren und des extramuralen Sektors sowie Empfehlungen zur Geräteausstattung der „Nicht-Fonds-Krankenanstalten“, Rehabilitationszentren und des extramuralen Sektors in Bezug auf die maximale Anzahl an Großgeräten unter Kassenverträgen je Bundesland. COR, STR und PET (inkl. PET-CT) beziehungsweise vormalig im GGP abgebildete Großgeräte (DSA, LIT) sind ausschließlich im intramuralen Bereich zu betreiben.

Großgeräte in Rehabilitationszentren und Unfallkrankenhäusern sind, soweit nicht abweichende Vereinbarungen bestehen, nur für diese versorgungswirksam.

Sogenannte Funktionsgeräte, die ausschließlich intraoperativ, für unmittelbar erforderliche Abklärung im Schockraum oder für Therapieplanung bzw. -überwachung bei Strahlentherapie verwendet werden, finden für allgemeine Planungsarbeiten und Bedarfsprüfungen im Sinne des GGP grundsätzlich keine weitere quantitative Berücksichtigung. Diese Geräte sind zu erfassen und in der Kapazitätsplanungsmatrix des ÖSG gesondert darzustellen. Eine konkrete Widmung eines medizinisch-technischen Großgerätes als ausschließliches Funktionsgerät ist spezifisch vom vorgesehenen bzw. bestehenden Einsatzgebiet abhängig und daher individuell nachzuweisen. Dabei sind vorgesehene Behandlungsform, Angaben zur Bedarfsfeststellung und Einrichtung des jeweiligen Gerätes (bspw. Planungs-CT für Strahlentherapie; fix im OP-Raum eingerichtete CT- oder MR-Geräte) zu berücksichtigen.

Für COR, STR und PET (inkl. PET-CT) sind seitens der Landes-Gesundheitsplattformen standortgenaue Planungen durchzuführen, die jeweiligen bundesländerspezifischen Summenwerte werden im ÖSG dargestellt. Bis zur Fertigstellung der erwähnten Planungsarbeiten durch die Landes-Gesundheitsplattformen wird die Darstellung der standortgenauen Vorgaben für den extramuralen Bereich bzw. der bundesländerspezifischen Vorgaben für COR, STR und PET (inkl. PET-CT) beibehalten.

4.1 Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze

Bei der Erarbeitung der Empfehlungen im Rahmen des GGP für CT, MR und ECT wurde auf folgenden allgemeinen Planungsgrundsätzen aufgebaut:

- Medizinisch-technische Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergebenden medizinischen Anforderungen benötigen (Qualitätskriterium).

- Die Versorgung der Bevölkerung soll durch optimale Standortwahl für Großgeräte regional möglichst gleichmäßig und bestmöglich erreichbar (Kriterium der Versorgungsgerechtigkeit), aber auch wirtschaftlich erfolgen (Wirtschaftlichkeitskriterium).
- Dem Wirtschaftlichkeitskriterium Rechnung tragend, wurden bei der Erarbeitung von Standortempfehlungen die Versorgungswirksamkeit des extramuralen Sektors sowie Kooperationspotenziale zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich mit einbezogen.
- Aufgrund des raschen technischen Fortschritts sollte alle zwei Jahre eine Revision der Großgeräteplanung erfolgen.
- Universitätsklausel: Großgeräte in Universitätskliniken, die ausschließlich der universitären Lehre und Forschung dienen, sind vom Großgeräteplan nicht erfasst. Großgeräte in Universitätskliniken, die in hohem Maße, jedoch nicht ausschließlich der universitären Lehre und Forschung dienen, können während der Laufzeit dieses Großgeräteplanes – abweichend von den im Großgeräteplan enthaltenen Festlegungen – zwischen dem Bund und dem jeweiligen Land vereinbart und angeschafft werden. Ein derartiges Vorgehen bedarf jedoch des Nachweises des entsprechenden Bedarfs sowie der hohen Dringlichkeit dieses Großgerätes für die universitäre Lehre und Forschung. Diese zwischenzeitlich vereinbarten Großgeräte sind jedenfalls im Rahmen der nächstfolgenden Revision in den Großgeräteplan aufzunehmen.

4.2 Planungsmethoden und Richtwerte

Zur Berechnung des Großgerätebedarfes für CT, MR und ECT wurden pro Großgerät Einwohnerrichtwerte (Sollbereiche für die Anzahl der Einwohnerinnen/Einwohner je Großgerät) und Erreichbarkeitsrichtwerte herangezogen. Neben den vorgegebenen Planungsrichtwerten ist die tatsächliche Verfügbarkeit der Vorhaltungen im intra- und extramuralen Bereich für die entsprechende Leistungserbringung zu gewährleisten. Für landesspezifische Planungsarbeiten für COR, STR und PET (inkl. PET-CT) sind die oben angeführten Planungsgrundsätze sowie die unten abgebildeten Planungsrichtwerte in Anwendung zu bringen.

Großgeräteplanung – Planungsrichtwerte

Gerätegruppe/Verfahren	Erreichbarkeit (in Minuten)	Einwohnerrichtwerte (Bereiche)
Computertomographie (CT)	30	30.000–50.000
Magnetresonanztomographie (MR)	60	70.000–90.000
Coronarangiographie (COR) **	60	200.000–300.000
Strahlentherapie (STR)	90	100.000–140.000
Emissions-Computer-Tomographie (ECT)* bzw. ECT-CT	45	80.000–100.000
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bzw. PET-CT	60	300.000–400.000

* exklusive „nicht SPECT-fähiger“ Gammakameras

** Richtwerte gültig auch für medizinisch-technische bildgebende Geräte, mit denen COR-Leistungsspektren vorgehalten bzw. erbracht werden können, unter gesamthafter Betrachtung bestehender bzw. vorgesehener COR-Vorhaltungen.

Anm.: Erreichbarkeitsfrist in Minuten, binnen welcher **zumindest 90 %** der Wohnbevölkerung den jeweils nächstgelegenen leistungs anbietenden Standort bezüglich der betreffenden Großgerätegruppe erreichen können sollen.

Neben den angeführten Planungsrichtwerten können für eine allfällige Anpassung des GGP weitere Faktoren herangezogen werden. Diese Faktoren betreffen Leistungsspektren in Krankenanstalten, Geräteauslastungen inkl. Berücksichtigung einer Vorhaltenotwendigkeit für den akuten Bedarfsfall sowie organisatorische oder betriebs-/gesamtwirtschaftliche Gründe inkl. entsprechender Kostenbewertungen. Diese genannten Faktoren können in begründeten Ausnahmefällen, in denen die idealtypischen Planungsrichtwerte bereits überschritten werden, als zusätzliche Kriterien für die Großgeräteplanung herangezogen werden. Der BGK sind bei entsprechenden Anträgen objektive und

transparente Entscheidungsgrundlagen zu den jeweils relevanten Faktoren vorzulegen. Die genannten Faktoren beziehen sich ausschließlich auf Änderungen des GGP und dürfen vor einer entsprechenden Planänderung in Bedarfsprüfungsverfahren nicht berücksichtigt werden.

4.3 Versorgungsstrukturen und Qualitätskriterien

4.3.1 Computertomographie (CT)

Definitionen, Zielgruppen	<p><i>Beispielhafte Akutindikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Polytrauma • Akutes Thorax- und Abdominaltrauma • Schädel-Hirn-Trauma • Wirbelsäulenverletzungen • Komplexe Frakturen • Apoplektischer Insult • Akutes Abdomen (z. B. Akute Pankreatitis, Verdacht auf Blutung oder Abszess, postoperative Komplikationen, Aortendissektion) • Koma unklarer Ursache • Angio-CT der Cerebralgefäße • Pulmonalarterienembolie • Orbita (Fremdkörperlokalisation) <p><i>Weitere Einsatzmöglichkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionelle Untersuchungen wie z. B. Knochendichtemessung durch Bestimmung des Mineralsalzgehaltes, dynamische Studien zur Erfassung von vaskulären Strukturen (Angiographie) sowie Messung der Organdurchblutung nach Kontrastmittelinjektion
Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Für Neu- und Reinvestitionen im intramuralen Bereich: Multi-Slice-CT-Geräte anzustreben • Für Neu- und Reinvestitionen von Planungs-CT zur Strahlentherapie: Spiral-CT als Standard-Gerät • Kooperationen zwischen intra- und extramuralen Anbietern zur Vermeidung von Parallelstrukturen, Erzielung einer adäquaten Auslastung sowie zur Sicherung einer entsprechenden medizinischen Ergebnisqualität
Personal	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin/-arzt für Radiologie • Radiologietechnologen/-innen <p><i>ergänzend:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • MTF / Röntgenassistentinnen/-assistenten
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • PACS(Picture Archiving and Communication System)-Kompatibilität

4.3.2 Magnetresonanztomographie (MR) *

Definitionen, Zielgruppen	<p><i>Beispielhafte Akutindikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Akute Querschnittssymptomatik (frisches Trauma, Tumor, Kompression) • Trauma mit Querschnittssymptomatik • Unklarer und drohender Querschnitt • Lebensbedrohliche zerebrale Zustandsbilder ohne ausreichende Alternativdiagnostik • Vaskulärer Notfall • Akutpatienten mit Kontrastmittelunverträglichkeit oder Nierenfunktionseinschränkung • MR-Angiographie <p><i>Weiters</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaskulärer Insult im 3–6-h-Fenster, abhängig vom therapeutischen Prozedere • Zunahme der Frequenzen für MR erwartbar einerseits aufgrund der durch technischen Fortschritt laufenden Erweiterung der Indikationsbereiche, andererseits aufgrund der Umsetzung der EURATOM-Richtlinie 97/43 (nach Möglichkeit Verlagerung zu Untersuchungen mit Modalitäten ohne ionisierende Strahlung)
---------------------------	--

Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationen zwischen intra- und extramuralen Anbietern zur Vermeidung von Parallelstrukturen, Erzielung einer adäquaten Auslastung sowie zur Sicherung einer entsprechenden medizinischen Ergebnisqualität
Personal	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin/-arzt für Radiologie • Radiologietechnologen/-innen <p><i>ergänzend:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • MTF / Röntgenassistentinnen/-assistenten
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • PACS („Picture Archiving and Communication System“-)Kompatibilität • Für Durchführung von Becken/Bein-Angiographien: Verschiebetisch

* Gemäß Beschlusslage der BGK vom 29.6.2012 gelten MR-Geräte unabhängig von ihrer Feldstärke ab 1.7.2012 als Großgeräte im Sinne des GGP, wobei die zum Stichtag 1.7.2012 bereits bestehenden MR-Geräte mit einer Feldstärke < 1 Tesla bzw. jene Geräte < 1 Tesla, für die zum Zeitpunkt 1.7.2012 bereits ein krankenanstaltenrechtliches Bewilligungsverfahren anhängig ist und in weiterer Folge positiv abgeschlossen wird, von dieser Regelung nicht betroffen und im Großgeräteplan (IST-Stand) mittels Fußnoten auszuweisen sind.

4.3.3 Coronarangiographie – Herzkatheterarbeitsplätze (COR)

Siehe Kapitel 2.5.5 zur interventionellen Kardiologie.

4.3.4 Strahlentherapie – Hochvolttherapiegeräte (STR)

Definitionen, Zielgruppen	<p><i>Indikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Strahlentherapie bei bis zu 60 Prozent der an Krebs neu erkrankten Patientinnen/Patienten indiziert in Abhängigkeit von Strahlensensibilität des Tumors, von Lokalisation und vom Tumorstadium • Etwa die Hälfte der Patientenbehandlungen als kurative Therapie, die andere Hälfte als palliative Therapie <p><i>Nicht-onkologische Indikationen bzw. Maßnahmen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entzündungen, periartikuläre Verkalkungen Schmerzbestrahlungen, endovaskuläre Strahlentherapie etc. 												
Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Weitgehend flächendeckendes Angebot an Strahlentherapie – Hochvolttherapiegeräten • Für mittelfristige Erbringung von Spezialprozeduren wie Stereotaxie, intensitätsmodulierter Radiotherapie und intraoperativer Radiotherapie: Vorhaltung von sogenannten Dedicated Units sicherzustellen • Reinvestition von Gamma-Knife prioritär durch Linearbeschleuniger • Angaben zu Planung und Personal in Zusammenhang mit entsprechenden Angaben zur Radioonkologie (siehe Kap. 2.4.18) 												
Personal	<p>Angaben zur Personalausstattung für STR bei einer Standardfrequenz von 800 Patientinnen/Patienten pro Jahr</p> <p><i>Berufsgruppe</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">• Ärztliches Personal (inkl. Ä. in Ausbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für Radioonkologie)</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>• Diplomiertes Pflegepersonal</td> <td style="text-align: right;">3,5</td> </tr> <tr> <td>• MTF</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>• Radiologietechnologinnen bzw. -technologen</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> </table> <p><i>Technisches Personal:</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">• Medizinphysiker/-in</td> <td style="text-align: right;">Anzahl gem. MedStrSchV</td> </tr> <tr> <td>• Techniker/-in, HTL-Ingenieur/-in</td> <td style="text-align: right;">Verfügbarkeit sicherzustellen</td> </tr> </table> <p><i>* Anmerkungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Spezialverfahren (Stereotaxie, Ganzkörperbestrahlung, intensitätsmodulierte Radiotherapie und intraoperative Radiotherapie): pro jährlich 100 Patientinnen/Patienten je eine zusätzliche Ärztin / ein zusätzlicher Arzt und eine zusätzliche Radiologietechnologin / ein zusätzlicher -technologe; zusätzliche/r Medizinphysiker/in (Anzahl gem. MedStrSchV) vorzuhalten • Bei höherer Patientenanzahl: zusätzliches Personal nach Bedarf <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal: Fachärztin/-arzt für Radioonkologie 	• Ärztliches Personal (inkl. Ä. in Ausbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für Radioonkologie)	6	• Diplomiertes Pflegepersonal	3,5	• MTF	2	• Radiologietechnologinnen bzw. -technologen	13	• Medizinphysiker/-in	Anzahl gem. MedStrSchV	• Techniker/-in, HTL-Ingenieur/-in	Verfügbarkeit sicherzustellen
• Ärztliches Personal (inkl. Ä. in Ausbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für Radioonkologie)	6												
• Diplomiertes Pflegepersonal	3,5												
• MTF	2												
• Radiologietechnologinnen bzw. -technologen	13												
• Medizinphysiker/-in	Anzahl gem. MedStrSchV												
• Techniker/-in, HTL-Ingenieur/-in	Verfügbarkeit sicherzustellen												

Infrastruktur	<p><i>In der Abteilung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Linearbeschleuniger: 2 • Anzahl Brachytherapiegeräte: 1 (fakultativ) • Anzahl Geräte mit Simulationsfunktion: 1 • Bestrahlungsplanungssystem mit zwei Arbeitsplätzen • Sonographie für Planung, Nachsorge und Brachytherapie
	<p><i>In der Krankenanstalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Planungs-CT: ab 800 Patientinnen/Patienten im Jahr unter Sicherstellung der primären Verfügbarkeit für STR-Zentrum • Zugang zu MR • Abteilung für Innere Medizin mit onkologischem Schwerpunkt • Chirurgische Abteilung mit onkologischem Schwerpunkt • Zugang pro LIN zu rund 10 Betten in der KA (Zugang durch innerbetriebliche Organisation sicherzustellen)

4.3.5 Emissions-Computertomographie (ECT)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Darstellung von physiologischen oder pathophysiologischen Funktionsabläufen durch Verabreichung eines radioaktiv markierten Pharmakons (Tracer) und Dokumentation der Aufnahme der Radionuklide in bestimmten Organen sowie von deren Zirkulation, Stoffwechsel oder Elimination; weiters u. a. Darstellung bestimmter Strukturen mit radioaktiv markierten Antikörpern bzw. Rezeptoren</p> <p><i>Funktionsprinzip</i></p> <p>Aussendung eines einzelnen Photons der verwendeten Radionuklide bei ihrem Zerfall bei gleichzeitiger Detektierung mittels Gamma-Kamera; Unterscheidung zwischen planarer oder tomographischer Aufnahmetechnik</p>
Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhaltung von ECT-Geräten grundsätzlich nur an Krankenanstalten mit CH und IM (mit Schwerpunkt Kardiologie, Onkologie, Pulmologie) sowie mehreren der folgenden Fächer bzw. Leistungsbereiche: Orthopädie, Neurologie, Gynäkologie, Urologie, Kinderheilkunde und Radiologie • Vorhaltung von ECT-Geräten an Krankenanstalten (intra- und extramural) ohne vollständige Erfüllung obiger Anforderung: Betrieb in enger organisatorischer und administrativer Zusammenarbeit sowie in medizinisch-qualitativer Abstimmung mit entsprechenden Einrichtungen
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal • Radiologietechnologinnen/-en • Medizinphysikerin/-physiker gemäß MedStrSchV <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin/-arzt für Nuklearmedizin
Leistungsangebote	<p><i>Beispielhafte ECT-Untersuchungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Myokardszintigraphie • Radio-Immunszintigraphie/Rezeptorzintigraphie • Gehirnszintigraphie • Skelettuntersuchungen • Entzündungsszintigraphie • Tumorszintigraphie • Schilddrüsenszintigraphie • Knochenszintigraphie • Nierenfunktionsszintigraphie • Lungenszintigraphie • Blutungsquellenuche mit Radiotracern
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • PACS(Picture Archiving and Communication System)-Kompatibilität
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Durchführung einer anästhesiepflichtigen Untersuchung: Sicherstellung einer entsprechenden Möglichkeit zur Anästhesie

4.3.6 Positronen-Emissions-Computertomographie (PET)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Darstellung von physiologischen oder pathophysiologischen Funktionsabläufen durch Verabreichung eines radioaktiv markierten Pharmakons (Tracer) und Dokumentation der Aufnahme der Radionuklide in bestimmten Organen sowie von deren Zirkulation, Stoffwechsel oder Elimination; weiters u. a. Darstellung bestimmter Strukturen mit radioaktiv markierten Antikörpern bzw. Rezeptoren</p> <p><i>Funktionsprinzip</i></p> <p>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</p>
Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhaltung nuklearmedizinisch konventioneller Basisversorgung • Vorhaltung von PET-Geräten grundsätzlich nur für Krankenanstalten vorzusehen, die Schwerpunktfunction haben, bzw. an Krankenanstalten mit ONKZ oder ONKS • Vorhaltung von PET-Geräten an Krankenanstalten (intra- und extramural) ohne vollständige Erfüllung obiger Anforderung: Betrieb in enger organisatorischer Zusammenarbeit sowie in medizinisch-qualitativer Abstimmung mit zumindest einer Einrichtung entsprechend obigen Vorgaben
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal • Radiologietechnologinnen/-en • Medizinphysikerin/-physiker gemäß MedStrSchV <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztin/-arzt für Nuklearmedizin
Leistungsangebote	<p>PET-Untersuchungen insbesondere für die Bereiche Onkologie, Kardiologie, Neurologie und Psychiatrie</p>
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • PACS (Picture Archiving and Communication System)-Kompatibilität
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Durchführung einer anästhesiepflichtigen Untersuchung: Sicherstellung einer entsprechenden Möglichkeit zur Anästhesie

5 Nahtstellen- und Prozessmanagement

5.1 Grundlagen zu Nahtstellen- und Prozessmanagement

5.1.1 Begriff und Zielgruppen des Nahtstellen- und Prozessmanagements

Unter dem Begriff „Nahtstellenmanagement“ (NSM) wird die Organisation jener Versorgungsübergänge im Gesundheitswesen insbesondere auch an den Nahtstellen zum Sozialbereich verstanden, die im Zuge des Behandlungsverlaufs von Patientinnen bzw. Patienten passiert werden. Nahtstellenmanagement ist daher stark an Prozessen orientiert und ein Element der Prozessqualität der Gesundheitsversorgung. Ein funktionierendes Nahtstellenmanagement umfasst somit soziale, ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgungsbereiche bzw. ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Gesundheitsförderung und Prävention sind ebenfalls als Teile eines funktionierenden Nahtstellenmanagements zu betrachten.

Die Verbesserung des Managements der Nahtstellen bzw. der Prozesse an den Nahtstellen im Gesundheitswesen soll einen patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlauf sicherstellen.

Zielgruppen des Nahtstellenmanagements sind alle Berufsgruppen, die in allen Versorgungsbereichen des Gesundheits- und Sozialbereiches tätig sind.

Voraussetzung für eine Verbesserung des Nahtstellenmanagements sind einheitliche Standards (z. B. zur einheitlichen Dokumentation) und kompatible EDV-Lösungen zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern.

Im Sinne einer integrativen Versorgungsplanung umfasst Nahtstellenmanagement grundsätzlich die Nahtstellen zwischen allen Sektoren, Ebenen und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung, also

- den akutstationären Bereich (Akutkrankenanstalten),
- den ambulanten Bereich (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien),
- den Rehabilitationsbereich (stationäre und ambulante Rehabilitation) sowie
- den Pflegebereich (Alten- und Pflegeheime, mobile Dienste).

5.1.2 Rechtliche Grundlagen und Instrumente

Nahtstellen- und Prozessmanagement ist insbesondere eine organisatorische Aufgabe, die sich unterschiedlicher Instrumente bedient und in Abhängigkeit von lokalen und regionalen Versorgungsstrukturen unterschiedlich gestaltet sein kann. Die notwendigen und sinnvollen regionalen sowie sektoren- und bereichsspezifischen Unterschiede setzen jedoch – im Sinne österreichweit gleichwertiger Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten – bis zu einem gewissen Grad standardisierte Vorgehensweisen voraus, damit die Kommunikation zwischen den Versorgungsbereichen reibungslos funktioniert.

Auf bundesweiter Ebene sind im Zusammenhang mit Nahtstellen- und Prozessmanagement insbesondere die folgenden gesetzlichen Grundlagen und die darauf basierenden Instrumente von Relevanz:

- In der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl I 2008/105) sind verschiedene Rahmenvorgaben in Zusammenhang mit dem

Nahtstellenmanagement zwischen den einzelnen Versorgungssektoren unter dem Gesichtspunkt der Patientinnen- und Patientenorientierung enthalten. In Artikel 5 ist die Verbesserung des Managements an den Nahtstellen im Gesundheitswesen zur Gewährleistung eines patientinnen- und patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufes vereinbart. Dazu sind von der Bundesgesundheitsagentur entsprechende Rahmenvorgaben und Verantwortlichkeiten zur Regelung des Nahtstellenmanagements zwischen den leistungs anbietenden Einrichtungen im Hinblick auf Struktur, Prozesse und gewünschte Ergebnisse österreichweit einheitlich festzulegen. Bei der Entwicklung dieser Rahmenvorgaben sollen nahtstellenrelevante Ergebnisse aus vorangegangenen Projekten einbezogen werden. Den Landesgesundheitsfonds obliegt die Umsetzung der Rahmenvorgaben zum Nahtstellenmanagement sowie die jährliche Berichterstattung über die Erfüllung der Rahmenvorgaben an die Bundesgesundheitsagentur.

- Das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG; Artikel 9 des Gesundheitsreformgesetzes 2005, BGBl I 2004/179) sieht in § 4 Abs 2 vor, dass Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien (BQLL) empfohlen bzw. als Bundesqualitätsrichtlinien verordnet werden können. Diese haben Bedacht auf eine sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise zu nehmen und können daher Qualitätsstandards insbesondere auch für das Nahtstellen- und Prozessmanagement darstellen.

Das Gesundheitstelematikgesetz (GTelG) (Artikel 10 des Gesundheitsreformgesetzes 2005, BGBl I 2004/179) bildet die Basis für die Forcierung des Einsatzes moderner Informationstechnologien im Gesundheitswesen, die eine wesentliche Voraussetzung für ein stärker integriertes Gesundheitsversorgungssystem und ein besseres Nahtstellen- und Prozessmanagement darstellen. Insbesondere die Einführung des gesamtösterreichischen ELGA-Systems (elektronische Gesundheitsakte) wird eine entscheidende Voraussetzung für die Verbesserung des Nahtstellen- und Prozessmanagements mit sich bringen.

5.1.3 Kriterien des Nahtstellen- und Prozessmanagements

Die folgenden Kriterien zum Funktionieren des Nahtstellenmanagements (NSM) in der jeweiligen Versorgungsregion (VR) wurden in den ÖSG aufgenommen (vgl. Rubrik „Nahtstellenmanagement – Kriterien“ in der „Planungsmatrix“ im Anhang):

Allgemeine NSM-Kriterien gelten grundsätzlich für jede Art der Nahtstelle. Da NSM-Kriterien die spezifischen Erfordernisse an den Nahtstellen zwischen bestimmten einzelnen Versorgungsbereichen berücksichtigen müssen, sind in Bezug auf bestimmte Nahtstellen spezifische NSM-Kriterien zu definieren.

Allgemeine NSM-Kriterien:
<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung der Voraussetzungen für ein effektives und effizientes Nahtstellenmanagement (z. B. Ressourcen, Festlegung der Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung, kompatible EDV-Lösungen ...) • Institutionalisierte Kooperation/Koordination zwischen den leistungs anbietenden Personen und Institutionen inkl. der Dienste und Einrichtungen im Langzeitbereich in der Versorgungsregion (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte ...) • Standardisierte Informationsweitergabe zwischen den leistungs anbietenden Personen und Institutionen, insbesondere auch an der Nahtstelle niedergelassene Ärztin / niedergelassener Arzt – Pflegebereich/ Altenbetreuung, in der Versorgungsregion
Spezifische NSM-Kriterien:
<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme- und Entlassungsmanagement: siehe Kap. 5.2.1 • Weitere spezifische NSM-Kriterien werden sukzessive ergänzt

Die Feststellung, inwieweit die Kriterien zum NSM in einer Versorgungsregion erfüllt sind, kann nur in kooperativem Zusammenwirken sämtlicher betroffenen Institutionen erfolgen. Die Vorgangsweise für eine entsprechende Evaluierung ist noch abzustimmen.

5.2 Sektorenübergreifendes Prozessmanagement

Instrumente für ein sektorenübergreifendes Prozessmanagement sind, wie bereits in Kap. 5.1.2 dargestellt, die Qualitätsstandards, z. B. Bundesqualitätsleitlinien (BQLL), gemäß § 4 Abs 2 des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG). Als Grundlage dafür wurde eine Metaleitlinie (Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien) in einer multidisziplinären Expertengruppe in wissenschaftlicher Unabhängigkeit entwickelt.

BQLL sind berufs- und sektorenübergreifende Standards, die den medizinischen, pflegerischen, therapeutischen, psychosozialen und sozialen Bereich der Patientenbetreuung bei einem speziellen Gesundheitsproblem (diagnosebezogen) oder einem organisatorischen Problem abdecken und die Problematik an den Nahtstellen sowie regionale Gegebenheiten berücksichtigen. In allen Bundesqualitätsleitlinien und -standards werden als Kerninhalte jene Prozesse und Empfehlungen dargestellt, die den Weg einer Patientin / eines Patienten durch das System skizzieren. Sie sind an den Bedürfnissen der Patientinnen / der Patienten, privater Betreuungspersonen, Angehöriger und der praktischen Anwendung orientiert. Beschrieben werden Aufgaben und Prozessverantwortlichkeiten der beteiligten Leistungserbringer und Einrichtungen, Prozesse an den Nahtstellen sowie Informations- und Kommunikationserfordernisse.

Die Identifikation und Bearbeitung dieser Kernprozesse erfolgt bei allen BQLL in einer multidisziplinären Leitliniengruppe.

Gültige BQLL sind auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesundheit Österreich GmbH abrufbar.

5.2.1 Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Das Aufnahme- und Entlassungsmanagement ist unterschiedlich zu realisieren, je nachdem ob es sich um eine ungeplante oder geplante Aufnahme handelt bzw. welchen Unterstützungsbedarf die Patientin oder der Patient hat. Hinsichtlich des Ausmaßes an poststationärem Unterstützungsbedarf wird zwischen direktem und indirektem Entlassungsmanagement⁴ unterschieden. Gleichzeitig soll jedoch genügend Freiraum für die individuelle Behandlung sowie die Berücksichtigung lokaler und sektoraler Spezifika bleiben.

Die BQLL zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich beschreibt den organisatorischen Weg der Patientinnen und Patienten, unabhängig von der individuellen Diagnose, rund um den akutstationären Aufenthalt. Der Fokus der Darstellung liegt auf den Prozessschritten Zuweisung, Aufnahme, Entlassungsvorbereitung und Entlassung; dargestellt werden die Beteiligten, Aufgaben und Mindestanforderungen an die Kommunikations-, Informations- und Dokumentationsstandards der tangierten Nahtstellenpartner.

Zu den Details der BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement siehe

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem/Qualitaetsicherung/Bundesqualitaetsleitlinien/Bundesqualitaetsleitlinie_zum_Aufnahme_und_Entlassungsmanagement_BQLL_AUFEM

⁴ Direktes Entlassungsmanagement: vollzieht sich auf der Station und ist ein arbeitsteiliger Prozess. Die Verantwortung für die Prozesssteuerung ist zu definieren und liegt zumeist im Verantwortungsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Die Entlassungsvorbereitung ist hier integraler Bestandteil des Pflegeprozesses.

Indirektes Entlassungsmanagement: wird von einer separaten organisatorischen Einheit erbracht (vorwiegend diplomiertes Pflegepersonal mit zusätzlicher Qualifikation im Entlassungsmanagement).

Für die Rahmenplanung im ÖSG werden die folgenden Kriterien zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement definiert und in die Planungsmatrix des ÖSG (siehe Anhang) in jeder Versorgungsregion (VR) aufgenommen (vgl. Rubrik „Nahtstellenmanagement – Kriterien“ in der Planungsmatrix).

- NSM-Kriterien zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement:
- Sicherstellung eines effektiven und effizienten Aufnahme- und Entlassungsmanagements (z. B. zur Vermeidung von ungeplanten Wiederaufnahmen)
- Standards zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte Arztbriefe, standardisierte prästationäre Diagnostik ...)
- Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural – extramural in der Versorgungsregion (z. B. Ressourcen für Entlassungsmanagement, kompatible EDV-Lösungen)

Die Feststellung, inwieweit diese Kriterien in einer Versorgungsregion erfüllt sind, kann nur in kooperativem Zusammenwirken sämtlicher betroffenen Institutionen erfolgen. Die Vorgangsweise für eine entsprechende Evaluierung ist noch abzustimmen.

Wie unter Abschnitt 5.1.2 gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ausgeführt, soll die jährliche Berichterstattung über die Erfüllung der Rahmenvorgaben an die Bundesgesundheitsagentur erfolgen. Die Basis für die jährliche Berichterstattung bilden die oben angeführten NSM-Kriterien zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement, die im Rahmen der Entwicklung der BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement konkretisiert wurden und mit Hilfe der Qualitätsplattform abgefragt werden sollen. Empfohlen wird die Entwicklung von jeweils einem Qualitätsindikator zur Struktur- und Prozessqualität des Aufnahme- und Entlassungsmanagements.

5.2.2 Präoperative Diagnostik

Präoperative Diagnostik bezieht sich auf die Vorabklärung der Operationsfähigkeit der Patientinnen/Patienten zur Minimierung der Anästhesie-spezifischen und patientenbezogenen Risiken eines operativen Eingriffs. Sie war bislang in Österreich in inhaltlicher und organisatorischer sowie finanzierungsmäßiger Art uneinheitlich geregelt.

Entsprechend dem Beschluss der Bundesqualitätsleitlinie (BQLL) Präoperative Diagnostik im November 2011 durch die BGK soll bundesweit eine inhaltliche Standardisierung der Befundanforderung in Abhängigkeit von der Art der in Aussicht genommenen Operation sowie vom patientenspezifischen Abklärungsbedarf mit dem Ziel erfolgen, dass nur für den Anlassfall relevante Befunde erhoben bzw. bereits erhobene Befunde in einem medizinisch vertretbaren Zeitrahmen anerkannt und nicht wiederholt werden.

Zu den Details der BQLL Präoperative Diagnostik siehe

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Bundesqualitaetsleitlinien/Bundesqualitaetsleitlinie_zur_integrierten_Versorgung_von_erwachsenen_Patientinnen_und_Patienten_fuer_die_praeoperative_Diagnostik_bei_elektiven_Eingriffen_BQLL_PRAeOP

5.2.3 Sektorenübergreifendes Prozessmanagement für ausgewählte Diagnosen

Wird zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

6 Ergebnisqualität

6.1 Ergebnisqualität – Grundlagen

Entsprechend Artikel 6 (5) der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2008–2013) sollen im Bereich der Strukturqualität die bundesweit einheitlichen Qualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Rahmen der ÖSG-Entwicklungsarbeiten weiterentwickelt und verbindlich gemacht werden. Nach Artikel 6 (7) der 15a-Vereinbarung sind im Bereich der Ergebnisqualität die Methodenarbeit zu verbessern sowie Indikatoren und Referenzgrößen zu entwickeln und Meldepflichten hierzu einzuführen.

Gemäß Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl I 2004/179) ist Ergebnisqualität 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“. Umfassende Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Versorgung erfordert die Betrachtung von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. So liefern Outcome-Daten Anhaltspunkte für eine Struktur- und Prozessoptimierung, die wiederum zu besseren Ergebnissen führt.

Die Erfassung der Ergebnisqualität dient der Sicherstellung einer hohen medizinischen Versorgungsqualität und der Patientensicherheit. Eine österreichweite Erfassung von Ergebnisqualitätsparametern bietet den Gesundheits-Dienstleistern den Vorteil, dass ein nationaler und in eingeschränktem Maß auch ein internationaler Vergleich stattfinden kann und somit ein Lernen vom Besten forciert wird („Best Practice“).

Mit Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 1.4.2011 wurde die bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten (Austrian Inpatient Quality Indicators A-IQI) umgesetzt, die auch im Sinne einer kontinuierlichen Ergebnisqualitätsmessung einen wesentlichen Zielbereich der im Jahr 2012 von der BGK beschlossenen operativen Ziele der Qualitätsstrategie darstellt. 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.

Die Vorteile einer Qualitätsmessung aus Routine- bzw. Abrechnungsdaten liegen in der einfacheren Datenverfügbarkeit sowie in der Reduktion des Dokumentationsaufwandes im Verhältnis zu zusätzlichen Datenerfassungen. Gleichzeitig sind die Möglichkeiten derartiger Modelle jedoch eingeschränkt, da diese hauptsächlich auf die Berechnung der Mortalität ausgerichtet sind. Darüber hinaus sind für eine umfassende Qualitätsmessung und -sicherung im Hinblick auf wichtige Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren sowie auf eine Risikostratifizierung auch andere Daten-/Informationsquellen heranzuziehen.

Eine weitere Möglichkeit zur Erfassung von Ergebnisqualitäts-Parametern ist die Führung von Registern. Diese gestatten es mit einfachen und standardisierten Mitteln, Patientendaten zu sammeln, auszuwerten und fallbezogen zusammenzuführen, um den Behandlungsverlauf zu beobachten sowie internationale Vergleiche anzustellen. Hypothesen für spezifische Fragen können formuliert und anhand der Daten beurteilt werden. Mit Hilfe von Registern können Behandlungsabläufe und -ergebnisse standardisiert verglichen und qualitativ bewertet werden. In Österreich bestehen bereits zahlreiche Register (teilweise im ÖSG in den Qualitätskriterien bereits erwähnt, z. B. betreffend Herzchirurgie; vgl. Kap. 2.5.1).

Für die Zukunft anzustreben wäre daher eine Kombination aus derzeit vorhandenen Routine- bzw. Abrechnungsdaten, die die Grundlage für A-IQI darstellen, ergänzt um weitere qualitätsrelevante Pa-

parameter, die direkt in die Krankenhausinformationssysteme integriert werden sollen und somit für Register routinemäßig zur Verfügung stehen würden.

6.2 Ergebnisqualität – Soll-Vorgaben

Im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen sollen – unabhängig von der Organisationsform der Leistungserbringer – Ergebnisqualitätsdaten (A-IQI und Registerdaten) regelmäßig erfasst werden. Auf Basis der Resultate soll ein aktiver Prozess zur Qualitätsverbesserung stattfinden. Die Leistungserbringer müssen dafür Sorge tragen, dass entsprechende Prozesse und Maßnahmen eingeleitet und durchgeführt werden, um die Qualität sicherzustellen bzw. wenn notwendig zu optimieren. Es muss weiters sichergestellt werden, dass die Daten vollständig und korrekt erfasst werden, um eine valide Datenbasis im Bereich der Ergebnisqualitäts-Ermittlung zu erhalten.

Sowohl für A-IQI als auch für Register sind folgende Vorgaben einzuhalten:

- Für die Erfassung der Ergebnisqualitätsdaten stehen österreichweit einheitliche Definitionen zur Verfügung, die auf internationalen Definitionen basieren und die Vergleichbarkeit der Daten sicherstellen. Eine einheitliche Datenschnittstelle soll die Erfassung und Verarbeitung erleichtern und eine hohe Datenqualität bieten. Daten sind auf Einzelfallebene zu erfassen und in der Folge zu pseudonymisieren, um „Patientenkarrieren“ rekonstruieren zu können.
- Die von den Fachgesellschaften, Krankenanstalten bzw. Krankenanstalten-Trägern oder anderen Organisationen erfassten Ergebnisqualitätsdaten sollen zentral zusammengeführt werden, um die bundesweite Vernetzung voranzutreiben und die Erstellung aussagekräftiger Auswertungen zu ermöglichen. Auswertungen zur Ergebnisqualität sollen einheitlich, bundesweit und zentral durch ein unabhängiges Institut erfolgen.
- Jeder Leistungserbringer erhält die Möglichkeit, seine ausgewerteten Daten mit den pseudonymisierten Ergebnissen der anderen Leistungserbringer zu vergleichen (Benchmarking), um gegebenenfalls Verbesserungspotenziale erkennen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Die österreichweiten Durchschnittsdaten sollen im Rahmen der Qualitätsberichtserstattung regelmäßig veröffentlicht werden.
- Definierte Mindest- und Zielwerte sind ein fixer Bestandteil im Bereich der Ergebnisqualität, um die Qualität nachhaltig sicherzustellen und Qualitätsverbesserungen voranzutreiben. Die Ergebnisse sollen in allen Bereichen über vorab definierten Mindestwerten liegen (z. B. Lyse-Rate muss in allen Stroke-Units über 5 Prozent liegen, Wert 2009). Der Mindestwert wird von nationalen Expertinnen und Experten evidenzbasiert diskutiert und festgelegt (regelmäßige Anpassungen sind möglich). Bei Nichterreichen dieser Mindestwerte müssen die Leistungserbringer Maßnahmen zur Verbesserung einleiten.

Die weiteren relevanten Schritte zur Erfassung und Darstellung der Ergebnisqualität werden in Absprache mit Bund, Ländern und Sozialversicherung eingeleitet. Dies soll zusätzlich in Abstimmung mit der österreichweiten Qualitätsstrategie erfolgen. Langfristig sollen die Ergebnisqualität aller relevanten Bereiche abgebildet und die jeweils definierten Mindestwerte erreicht werden.

Anhang

Kartenanhang – Versorgungssituation 2010/2011 nach Regionen

Planungsmatrix

Versorgungsmatrix

Leistungsmatrix

Unfallchirurgische Leistungen mit Erfordernis einer Schockraummannschaft und IS-Einheit in privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-KA (PKA)

Überregionale Versorgungsplanung

Kapazitätsplanung und Großgeräteplan

Kartenanhang – Versorgungssituation 2010/2011 nach Regionen

Nachfolgend sind die nachstehenden Inhalte in kartographischer Form dargestellt:

Karten

Karte 1: Standorte der Akutkrankenanstalten 2011 und Versorgungsregionen 2020

Karte 1a: Standorte der Akutkrankenanstalten 2011 und Versorgungsregionen 2020 in Wien

Karte 2: Standorte der Rehabilitationseinrichtungen 2011

Karte 3: Akutbettendichte 2011

Karte 4: Versorgungsdichte Allgemeinmediziner 2010

Karte 5: Ärztliche Versorgungsdichte im ambulanten Bereich insgesamt 2010

Karte 6: Versorgungsdichte stationäre Rehabilitation nach Versorgungszonen 2011

Karte 7: Versorgungsdichte Alten-/Pflegeheime 2011

Karte 8: Versorgungsdichte Mobile Dienste 2011

Erläuterung der Karteninhalte

Karte 1 zeigt die mit den Bundesländern einvernehmlich vereinbarte Abgrenzung der Versorgungsregionen und Versorgungszonen sowie die Standorte der Akutkrankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien; zu den einbezogenen Sanatorien vgl. Legende zur Planungsmatrix).

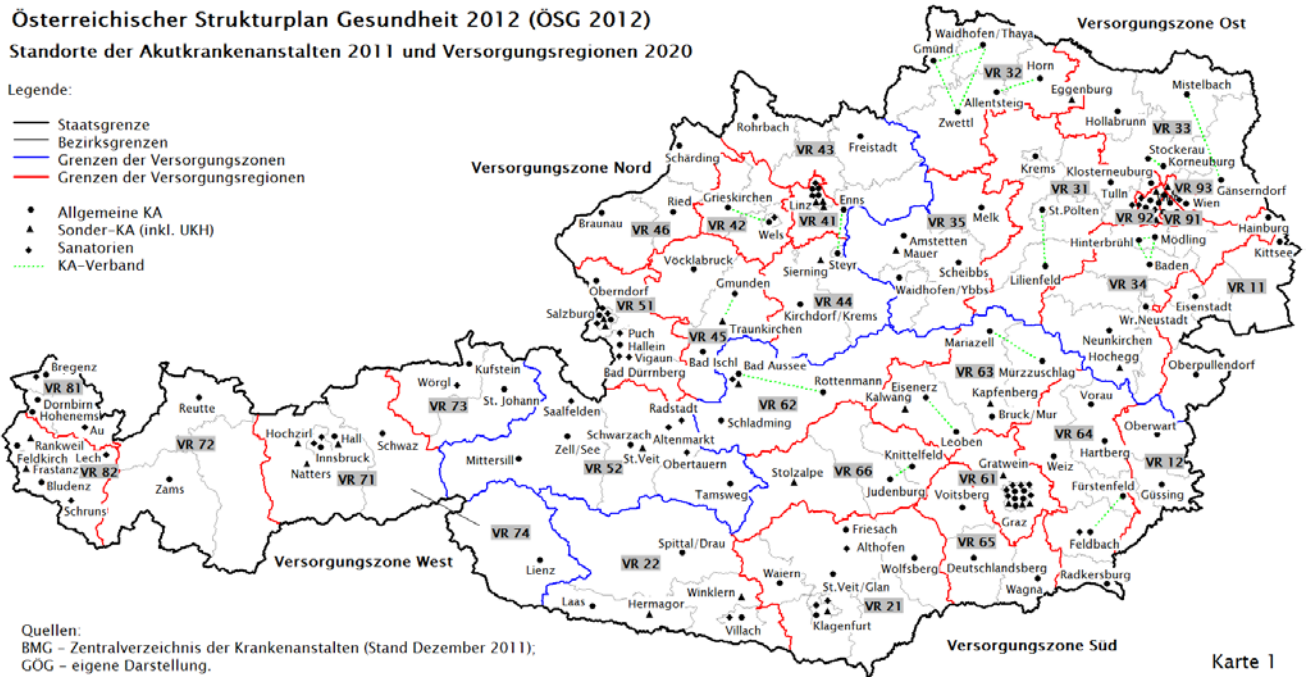
Die Karten 2 bis 7 geben einen Überblick über die Versorgungssituation in den 32 Versorgungsregionen in Bezug auf die verschiedenen Versorgungsbereiche. Dargestellt wird hier grundsätzlich die „Versorgungsdichte“ (in der Versorgungsregion verfügbare Kapazitäten pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) im Verhältnis zur bundesweit durchschnittlichen „Versorgungsdichte“ im jeweiligen Bereich.

Die grundsätzlich auf Datenbasis 2010/2011 aufbauenden Inhalte der Karten sind in Bezug auf Vollständigkeit und Richtigkeit noch nicht abschließend validiert. Sollten sich Hinweise auf notwendige Korrekturen in Bezug auf die Vollständigkeit und Richtigkeit der in die Karten einbezogenen Grundgesamtheit an Versorgungseinrichtungen ergeben, so werden diese bis zur nächsten Revision des ÖSG entsprechend berücksichtigt werden.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)
Standorte der Akutkrankenanstalten 2011 und Versorgungsregionen 2020

Legende:

- Staatsgrenze
- Bezirksgrenzen
- Grenzen der Versorgungsregionen
- Grenzen der Versorgungsregionen
- Allgemeine KA
- ▲ Sonder-KA (inkl. UKH)
- ◆ Sanatorien
- KA-Verband



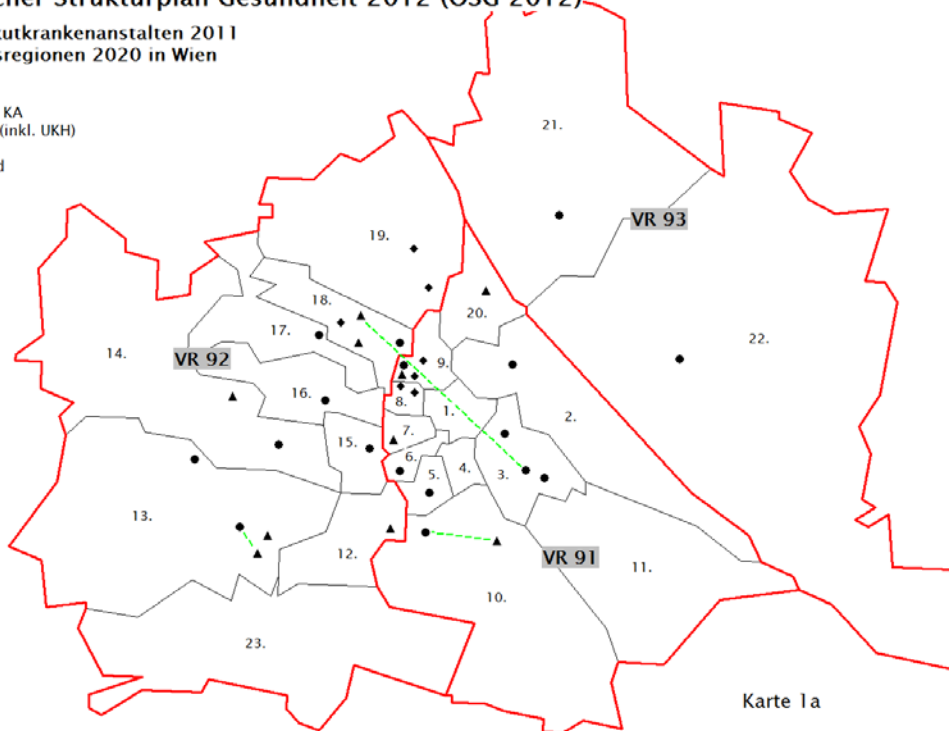
Quellen:
BMG – Zentralverzeichnis der Krankenanstalten (Stand Dezember 2011);
GOG – eigene Darstellung.

Karte 1

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Standorte der Akutkrankenanstalten 2011
und Versorgungsregionen 2020 in Wien

- Allgemeine KA
- ▲ Sonder-KA (inkl. UKH)
- ◆ Sanatorien
- KA-Verband



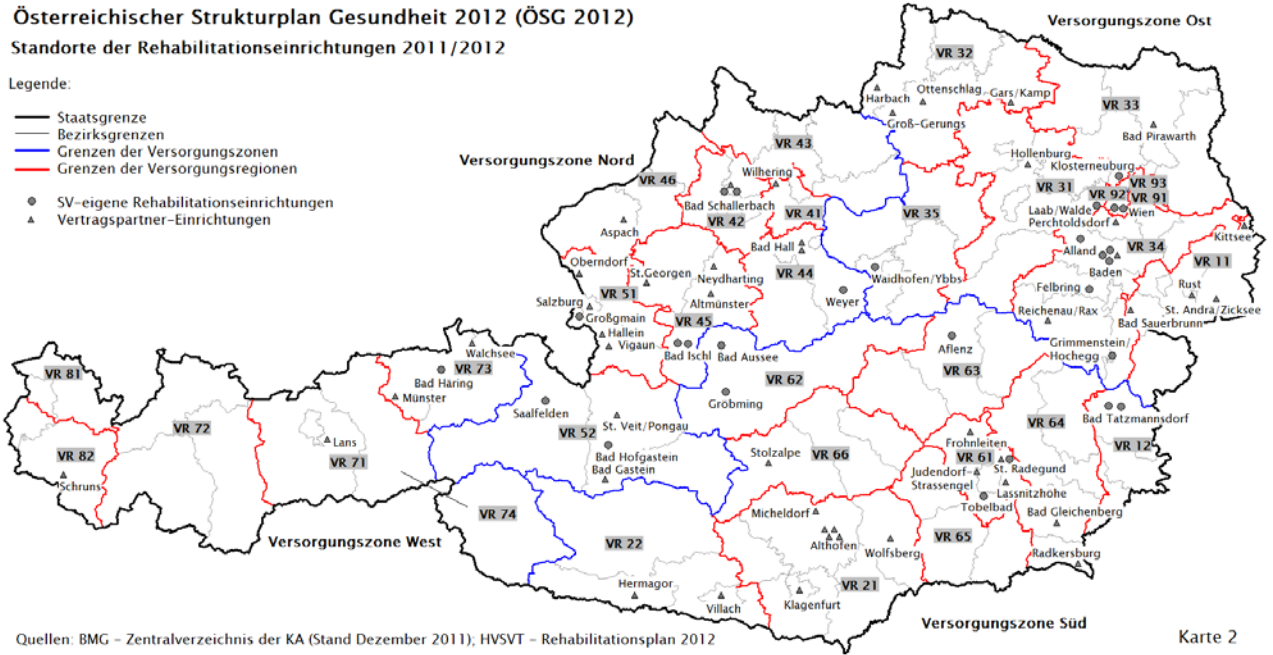
Karte 1a

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Standorte der Rehabilitationseinrichtungen 2011/2012

Legende:

- Staatsgrenze
- Bezirksgrenzen
- Grenzen der Versorgungszonen
- Grenzen der Versorgungsregionen
- SV-eigene Rehabilitationseinrichtungen
- ▲ Vertragspartner-Einrichtungen



Quellen: BMG – Zentralverzeichnis der KA (Stand Dezember 2011); HVSVT – Rehabilitationsplan 2012

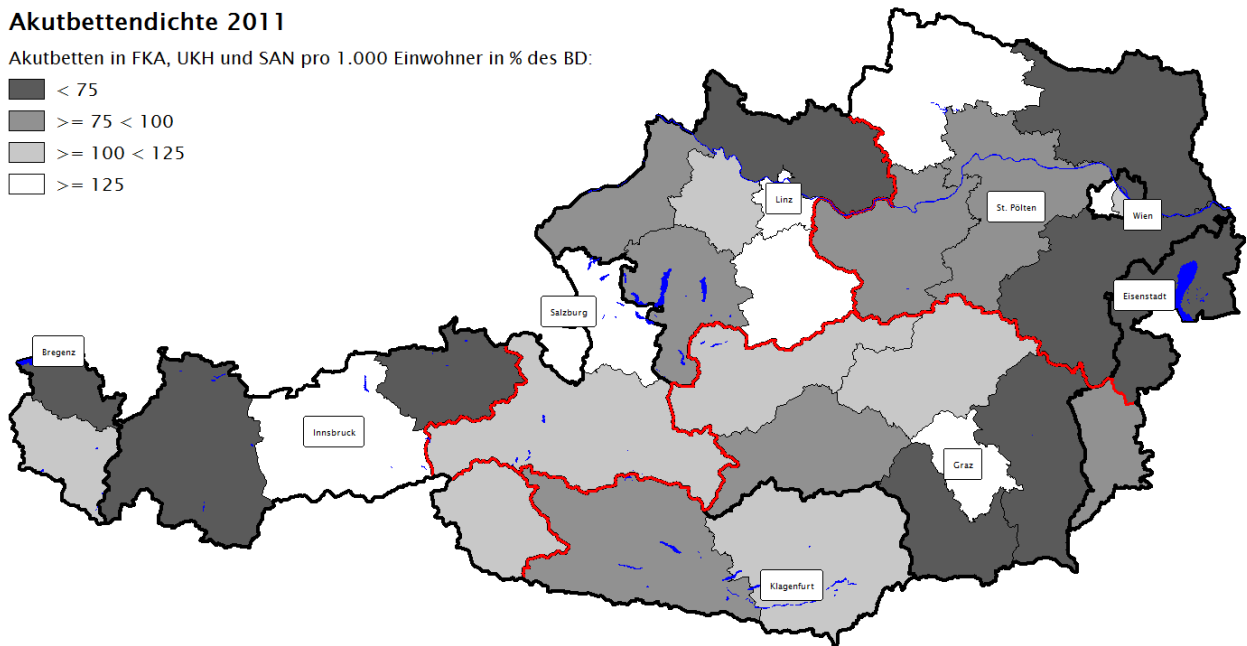
Karte 2

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Akutbettendichte 2011

Akutbetten in FKA, UKH und SAN pro 1.000 Einwohner in % des BD:

- < 75
- ≥ 75 < 100
- ≥ 100 < 125
- ≥ 125



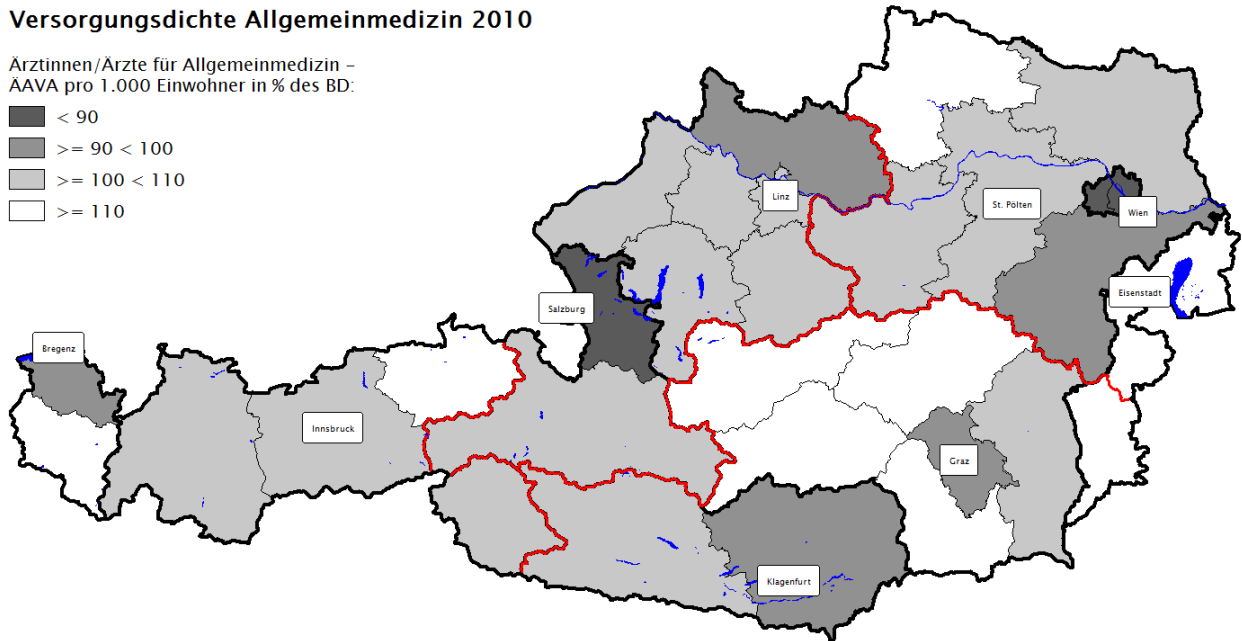
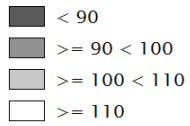
Quellen: BMG – Bettenbericht / KDok 2011;
ST.AT/ÖROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
GOG – eigene Berechnungen.

Karte 3

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Versorgungsdichte Allgemeinmedizin 2010

Arztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin –
AAVA pro 1.000 Einwohner in % des BD:



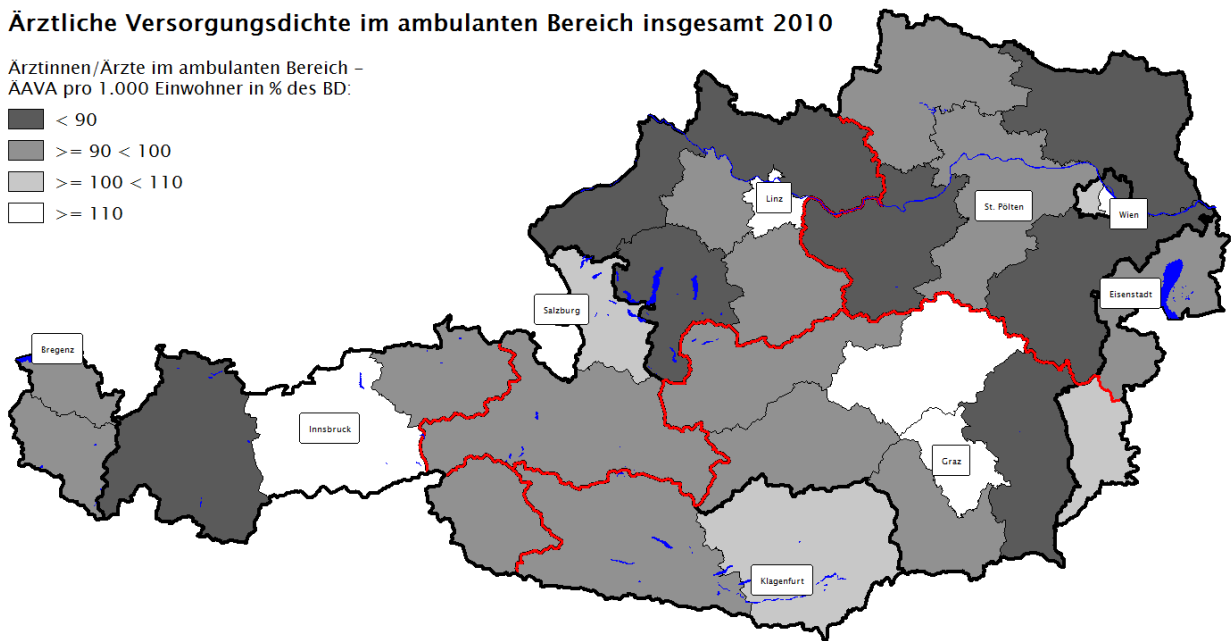
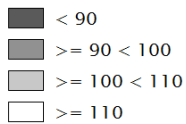
Quellen: HVSVT – Regiomed 2010;
ST.AT/ÖROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 4

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Ärztliche Versorgungsdichte im ambulanten Bereich insgesamt 2010

Arztinnen/Ärzte im ambulanten Bereich –
AAVA pro 1.000 Einwohner in % des BD:



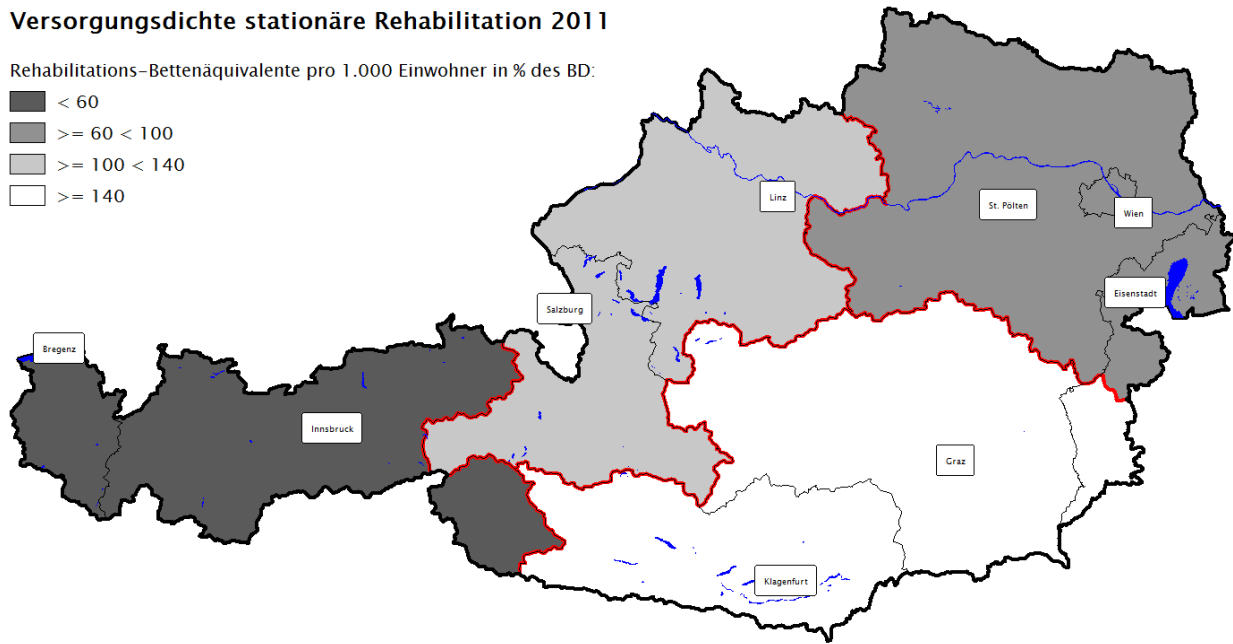
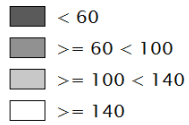
Quellen: HVSVT – Regiomed 2010;
ST.AT/ÖROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 5

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Versorgungsdichte stationäre Rehabilitation 2011

Rehabilitations-Bettenäquivalente pro 1.000 Einwohner in % des BD:



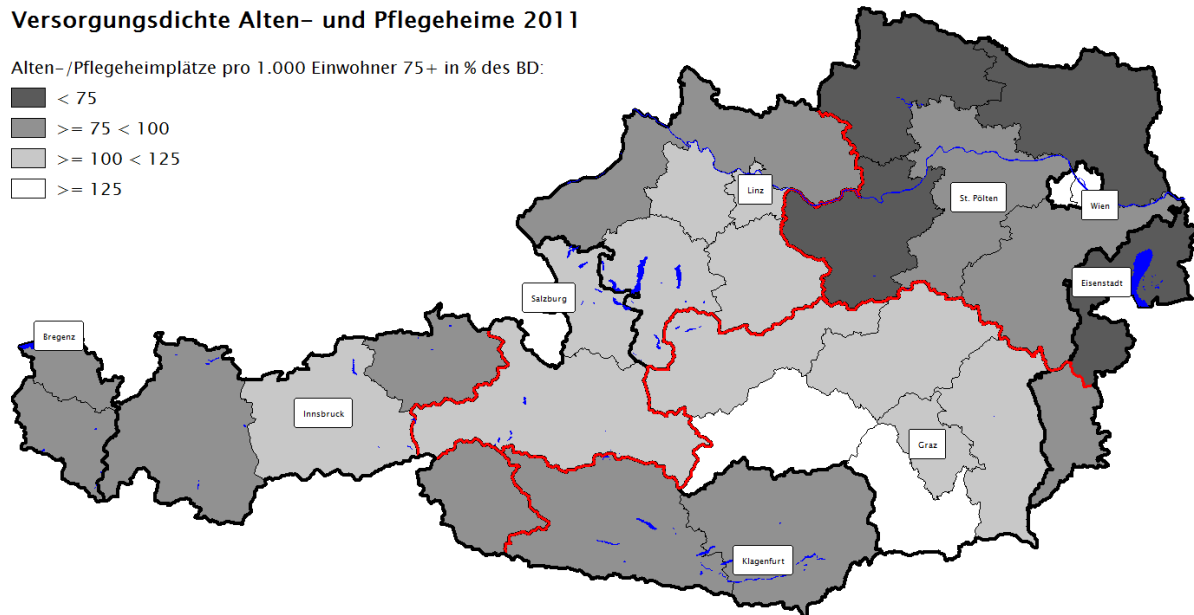
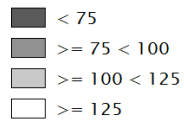
Quellen: BMG – Bettenbericht/KDok 2011; HVSVT – Rehabilitationsplan 2012;
ST.AT/ÖROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 6

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Versorgungsdichte Alten- und Pflegeheime 2011

Alten-/Pflegeheimplätze pro 1.000 Einwohner 75+ in % des BD:



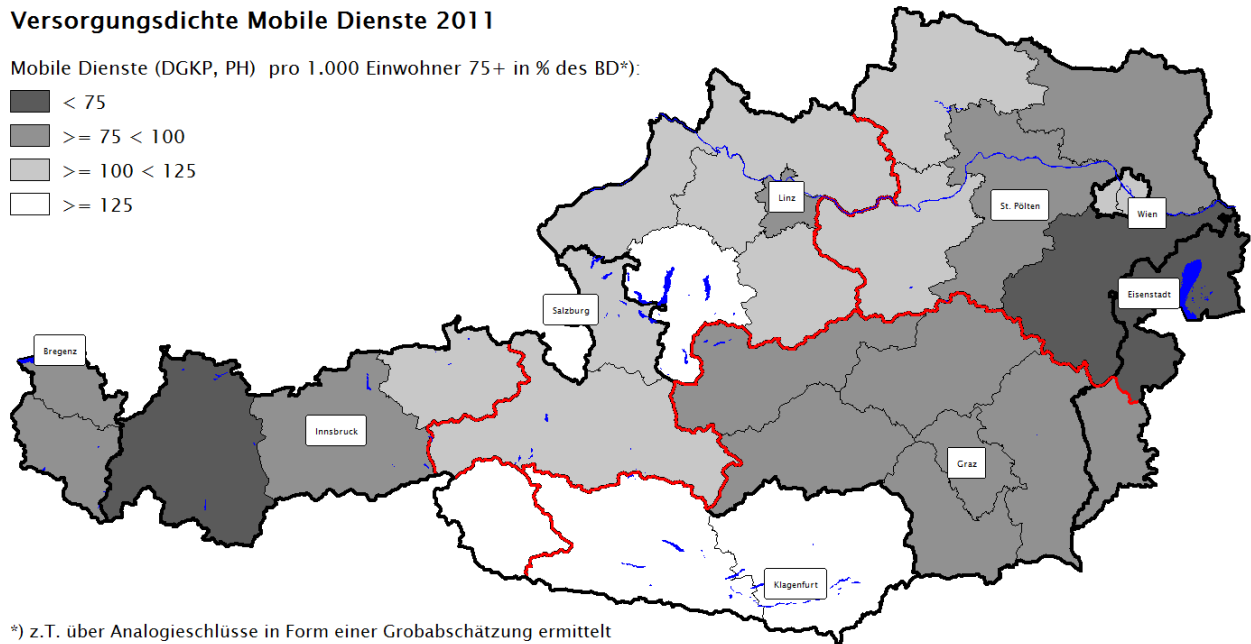
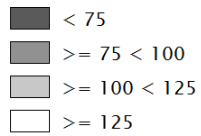
Quellen: BMASK – Liste der Alten-/Pflegeheime 2011;
ST.AT/ÖROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
GÖG – eigene Erhebungen und Berechnungen.

Karte 7

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Versorgungsdichte Mobile Dienste 2011

Mobile Dienste (DGKP, PH) pro 1.000 Einwohner 75+ in % des BD*):



*) z.T. über Analogieschlüsse in Form einer Grobabschätzung ermittelt

Quellen: BMG/GÖG – eigene Erhebungen in den Bundesländern;
 ST.AT/ÖROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
 GÖG – eigene Erhebungen und Berechnungen.

Karte 8

Anm.: Die auf der Datenbasis 2010/2011 aufbauenden Inhalte der Karten 1 bis 8 sind in Bezug auf Vollständigkeit und Richtigkeit noch nicht abschließend validiert bzw. werden nach Vorliegen von vollständigen Daten im Zuge der nächsten Revision des ÖSG neu gefasst.

Planungsmatrix (PM)

Nachfolgend werden die Inhalte der Planungsmatrix beschrieben und in Form von Tabellen dargestellt.

Die PM ist nach den 32 Versorgungsregionen, den neun Bundesländern und den vier Versorgungszonen gegliedert und beinhaltet Indikatoren zur Beschreibung der Versorgungssituation in den verschiedenen nicht akutstationären Versorgungsbereichen innerhalb der jeweiligen Region im Ist-Stand 2010/2011 sowie Planungsaussagen zur Gesamtzahl an stationären Aufenthalten im Jahr 2015 von Patientinnen/Patienten aus der jeweiligen Region („quellbezogene“ Darstellung wie in der VM, inkl. Nulltagesaufenthalte). Weiters erfolgt eine Darstellung der stationären Aufenthalte 2015 in Differenzierung nach Fachrichtungen (ebenfalls „quellbezogene“ Darstellung), jeweils auf Ebene der Bundesländer und der Versorgungszonen (unverbindliche Grobabschätzung). Die Beschreibung der Versorgungssituation erfolgt dabei nach folgenden Bereichen (vgl. auch Karten 2 bis 8 im Kartenanhang):

- Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN), inkl. Facharzt-Ausbildungsstellen nach Fachrichtungen
- Ambulante ärztliche Versorgung (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Ärztinnen/Ärzte in Spitalsambulanzen sowie in selbstständigen Ambulatorien)
- Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung (Physiotherapeutinnen/-en, Psychologinnen/-en, psychosoziale Beratung etc.)
- Rehabilitation (Rehabilitationszentren, Darstellung nur auf Ebene der vier Versorgungszonen)
- Alten- und Langzeitversorgung (Alten- und Pflegeheime, mobile Dienste)

Schließlich 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.

Die auf der Datenbasis 2010/2011 aufbauenden Inhalte der PM sind in Bezug auf Vollständigkeit und Richtigkeit noch nicht abschließend validiert. Sollten sich Hinweise auf notwendige Korrekturen in Bezug auf die Vollständigkeit und Richtigkeit der in die PM einbezogenen Grundgesamtheit an Versorgungseinrichtungen ergeben, so werden diese bis zur nächsten Revision des ÖSG entsprechend berücksichtigt werden.

Legende zur **Planungsmatrix**:

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN):

- Akutbetten (tats. Betten) 2011 = tatsächliche Betten in Akut-KA (FKA, UKH, SAN) im Jahr 2011 (Zuordnung auf INT: LKF-Art="I"; Zuordnung auf KJP: FC2 = 64; Zuordnung auf AG/R: FC3 = 36; Zuordnung auf PAL: FC3 = 37; Zuordnung auf PSO: FC3 = 68; RNS mit FC23 = 9135 ist in der Spalte GEM enthalten)
- Akutbettendichte (tats. Betten / 1.000 E) 2011 = Versorgungsdichte pro Fachrichtung (tatsächliche Betten in Akut-KA pro 1.000 Einwohner)
- Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)* = Anzahl der stationären Aufenthalte in Bezug auf in der Versorgungsregion/Versorgungszone wohnhafte Patientinnen/Patienten („quellbezogene“ Darstellung) im Jahr 2011
- Stationäre Aufenthalte (Richtwert 2015, QuellR) = Richtwert zur Anzahl der stationären Aufenthalte in Bezug auf in der Versorgungsregion/Versorgungszone wohnhafte Patientinnen/Patienten („quellbezogene“ Darstellung, umfassend sowohl Normalpflege- als auch Intensivbereiche) 2015

* Zur Erklärung der Differenzen in der Anzahl stationärer Aufenthalte zwischen PM und VM vgl. Anmerkungen unter Fußnote 7 am Ende des Tabellenblatts „Österreich“ in der PM

Anm. 1: Zu den Abkürzungen für die Bezeichnung der Sonderfächer vgl. Abkürzungsverzeichnis

Anm. 2: Akut-KA sind alle Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien – zu den einbezogenen Sanatorien vgl. nachfolgende Auflistung: K212/Klagenfurt PKL, K223/Villach PKL, K421/Linz DIA KH, K445/Wels PKL, K518/Obertauern KA, K519/Puch/Hallein SAN, K521/Radstadt KH, K526/Salzburg DIA KH, K530/Salzburg SAN, K544/Saalfelden PKL, K546/Bad Dürrenberg PKL, K547/Bad Vigaun KL, K549/Salzburg SAN, K550/Altenmarkt KH, K617/Bad Aussee PKL, K623/Graz Leech PKL, K624/Graz KSR PKL, K625/Graz St. Leonhard SAN, K659/Graz Hansa SAN, K661/Feldbach SAN, K667/Graz Kastanienhof SAN, K674/Graz-Ragnitz PKL, K708/Innsbruck BSRV SAN, K709/Innsbruck-Hochrum SAN, K732/Wörgl SAN, K801/Au KH, K804/Bregenz SAN, K838/Lech USAN,

K853/Schruns SAN, K905/Josefstadt PKL, K911/ Goldenes Kreuz PKL, K913/Hera SAN, K949/ Rudolfinerhaus PKL, K954/Wiener PKL, K963/ Döbling PKL, K970 Wien PKL VIMC

Ambulante ärztliche Versorgung* :

- Niedergel. Vertragsärztinnen/-ärzte, gewichtet nach E-Card-(Erst-)Konsultationen (ÄAVE) 2010 = niedergelassene Ärztinnen/Ärzte mit Kassenvertrag (alle Träger, nicht nur § 2) – Anzahl der ambulanten Versorgungseinheiten im Jahr 2010 (A)
- Niedergel. Wahlärztinnen/-ärzte (ÄAVE) 2010 = niedergelassene Ärztinnen/Ärzte ohne Kassenvertrag – Anzahl der ambulanten Versorgungseinheiten im Jahr 2010 (B)
- Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt 2010 = niedergelassene Ärztinnen/Ärzte insgesamt – Anzahl der ambulanten Versorgungseinheiten im Jahr 2010 (A+B)
- Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE) 2010 = für ambulante Patientinnen/Patienten versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte in Spitalsambulanzen – Anzahl der ambulanten Versorgungseinheiten im Jahr 2010 (C)
- Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE) 2010 = Ärztinnen/Ärzte in den eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger – Anzahl der ambulanten Versorgungseinheiten im Jahr 2010 (D)
- Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE) 2010 = Ärztinnen/Ärzte in privaten Instituten – Anzahl der ambulanten Versorgungseinheiten im Jahr 2010 (E)
- Summe ÄAVE im ambulanten Bereich = Ärztinnen/Ärzte im gesamten ambulanten Versorgungsbereich – Anzahl der ambulanten Versorgungseinheiten im Jahr 2010 (F)

* Vgl. dazu „Regelwerk zur Berechnung ärztlicher ambulanter Versorgungseinheiten“ ab der nächsten Seite

Anm.: Zu den Abkürzungen für die Bezeichnung der Sonderfächer vgl. Abkürzungsverzeichnis.

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung:

- Vollzeitäquivalente (VZÄ) = Anzahl der verfügbaren Vollzeitäquivalente im Jahr 2011
- Personalangebot (Anzahl Pers.) = Anzahl der verfügbaren Personen („Köpfe“) im Jahr 2011
- Plätze = Anzahl der verfügbaren Plätze im Jahr 2011
- Einrichtungen = Anzahl der verfügbaren Einrichtungen im Jahr 2011
- ÄPIII = Anzahl der in Erst- oder Zweitordination tätigen Ärztinnen/Ärzte mit abgeschlossenem und in der Ärzteliste der ÖÄK eingetragenen PSY-III-Diplom (Stand September 2012; Quellen: Ärzteliste der ÖÄK, GÖG-eigene Auswertung; Anm.: Aufgrund von Mehrfachstätigkeiten an verschiedenen Standorten entspricht die Summe über die VR nicht den Summen auf Ebene der Bundesländer bzw. für Österreich insgesamt)

Anm. 1: Zu den Abkürzungen für die Bezeichnung der Berufsgruppen/Einrichtungen vgl. Abkürzungsverzeichnis.

Anm. 2: Die Ermittlung des Personalangebots (Anzahl Personen) in den Bereichen PD, LOG und ED erfolgte auf Basis der in der Vertragspartner-Datenbank des HVSVT erfassten Therapeutinnen/Therapeuten (bereinigt um Mehrfacheinträge), bei mehr als einer Adresse (zur Berufsausübung) wurde das Personalangebot zu gleichen Teilen auf die dort angegebenen Adressen aufgeteilt. Für diese drei Berufsgruppen sind derzeit nur Daten aus dem Jahr 2004 verfügbar.

Anm. 3: Unter der Rubrik „PT“ bzw. „KP/GP“ wird jene Anzahl an Psychotherapeutinnen/-therapeuten bzw. Klinischen Psychologinnen/Psychologen ausgewiesen, die laut Liste der Psychotherapeuten bzw. laut Liste der Klinischen Psychologen über einen Berufssitz in der betreffenden Region verfügen (Quelle: Liste der Psychotherapeuten; Liste der Klinischen Psychologen des BMG; GÖG-eigene Berechnungen)

Rehabilitation:

- Bettenäquivalent in SKA 2011 (ZielR) = tatsächlich versorgungswirksame Bettenäquivalente in Sonderkrankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen („Rehabilitationszentren“) und in der betreffenden Versorgungszone angesiedelt sind, im Jahr 2011 – in Differenzierung nach Indikationsgruppen*
- Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR) = Anzahl der stationären Aufenthalte in „Rehabilitationszentren“ in Bezug auf in der Versorgungszone wohnhafte Patienten („quellbezogene“ Darstellung) im Jahr 2011 – in Differenzierung nach Indikationsgruppen*
- Sys. B. = systemisierte (= sanitätsbehördlich bewilligte) Betten in Sonderkrankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen („Rehabilitationszentren“) und in der betreffenden Versorgungszone angesiedelt sind, im Jahr 2011
- Tats. B. = tatsächliche (= im Jahresdurchschnitt tatsächlich belegbare) Betten in Sonderkrankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen („Rehabilitationszentren“) und in der betreffenden Versorgungszone angesiedelt sind, im Jahr 2011

* Für die Rehabilitation spezifische Indikationsgruppen (entsprechend „Rehabilitationsplan 2009“ des HVSVT):

- BSR = Indikationsgruppe „Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats und Rheumatologie“
- HKE = Indikationsgruppe „Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems“
- NEU = Indikationsgruppe „Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems“
- ONK = Indikationsgruppe „Onkologische Erkrankungen“ (ergänzend zur Systematik gemäß „Rehabilitationsplan 2009“)
- PSY = Indikationsgruppe „Psychiatrische Erkrankungen“
- PUL = Indikationsgruppe „Pulmologische Erkrankungen“
- STV = Indikationsgruppe „Krankheiten des Stoffwechsel- und Verdauungssystems“
- UCNC = Indikationsgruppe „Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen“
- SON = sonstige für die Rehabilitation relevante Indikationsgruppen

Alten- und Langzeitversorgung*:

- Mobile Dienste (VZÄ) bzw. Einsatzstunden ohne Wegzeit 2011 = umfassen medizinische Hauskrankenpflege, Hauskrankenpflege, Alten- und Pflegehilfe und Heimhilfe
- Betreubares Wohnen (Plätze) 2011 (oder ambulant betreutes Wohnen) = Wohnungen (barrierefrei und mit Notrufsystem) im Rahmen eines wohnbauförderten Mietverhältnisses für ältere Menschen. Mobile Dienste je nach Bedarf.
- Betreutes Wohnen für Seniorinnen/Senioren (Plätze) 2011 (oder ambulant betreutes Wohnen für ältere Menschen) = Wohnungen im Rahmen eines wohnbauförderten Mietverhältnisses für Menschen ab dem 59. Lebensjahr mit einem Paket an Grundserviceleistungen (Notruftelefon, Servicestelle im Haus)
- Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011 = in Tageszentren oder Alten- und Pflegeheimen
- Fixe Kurzzeitpflegeplätze (Plätze) 2011 = vorübergehende stationäre Betreuung und/oder Pflege in einem Alten- und Pflegeheim auf fix dafür vorgesehenen Plätzen
- Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011: Wohnplätze = Wohnbedürfnis, Pflegebedarf analog zu Pflegegeldstufe 1 oder 2; Pflegeplätze = Plätze in Alten- und Pflegeheimen und in Pflegeanstalten für chronisch Kranke (Pflegebedarf analog zu Pflegegeldstufe 3 und höher)

* Für die Alten- und Langzeitversorgung spezifische Berufsgruppen und Begriffe (vgl. Planungsmatrix):

- WP = Wohnplätze in Alten-/Pflegeheimen
- PP = Pflegeplätze in Alten-/Pflegeheimen
- DGKP = Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in den mobilen Diensten
- FDSB = Fach-Sozialbetreuer/-innen bzw. Diplom-Sozialbetreuer/-innen inkl. Altenfachbetreuer/-innen
- PH = Pflegehelfer/-innen
- HH = Heimhilfen in den mobilen Diensten

Regelwerk zur Berechnung ärztlicher ambulanter Versorgungseinheiten für den gesamten ambulanten Bereich pro Fachrichtung 2010

A) Ermittlung der ambulanten Versorgungseinheiten (AVE) für Vertragsärztinnen und -ärzte

Quellen: Vertragspartnerdatenbank des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, e-card-Konsultationsdaten

- A1. Je Fachrichtung Berechnung des arithmetischen Mittelwerts der e-card-Erstkonsultationen jener Ärztinnen/Ärzte (ohne Gruppenpraxen), die das gesamte Jahr 2010 einen Vertrag mit allen KV-Trägern hatten und tatsächlich versorgungswirksam waren (inkl. Wien).
- A2. Die AVE pro Fachgruppe in den einzelnen Regionen errechnen sich entsprechend dem Verhältnis zwischen den bei den Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern in dieser Region erfolgten e-card-Erstkonsultationen (inkl. jener in den Gruppenpraxen sowie bei Ärztinnen/Ärzten, die nicht mit allen Kassen einen Vertrag haben bzw. nur unterjährig einen Vertrag hatten) und dem jeweiligen Mittelwert im Sinne von Schritt A1.

B) Ermittlung der AVE für Wahlärztinnen und -ärzte

Quellen: Ärztekostenstatistik des Jahres 2010 des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, gemeldete Wahlarztekostenerstattungen der Krankenversicherungsträger (§2-Kassen), Vertragspartnerdatenbank des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, e-card-Konsultationsdaten

- B1. Division der Wahlarztekostenerstattungen durch 0,8, da nur 80 % der Vertragstarife refundiert werden.
- B2. Aggregation der Wahlarztekostenerstattungen pro Fachgebiet und politischen Bezirk.
- B3. Die AVE der einzelnen Regionen ergeben sich aus dem Verhältnis der o.a. Wahlarztekostenerstattungen zum durchschnittlichen Umsatz einer niedergelassenen Vertragsärztin / eines niedergelassenen Vertragsarztes des entsprechenden Fachgebietes des jeweiligen Bundeslandes laut Ärztekostenstatistik (falls es keine Vertragsärztin oder keinen Vertragsarzt gibt, wird der Österreich-Durchschnitt herangezogen).

Anm.: Teile der Wahlarztkostenerstattungsbeträge der SGKK in den Fachgruppen Allgemeinmedizin und Psychiatrie wurden ohne geographischen Bezug gemeldet. Daher wurden die berechneten AVE entsprechend der Bevölkerungszahlen der Salzburger politischen Bezirke gewichtet und aufgeteilt.

- B4. Aus den e-card-Konsultationen der Vertragspartnerinnen und Vertragspartner mit VU-Verträgen werden im Sinne von Schritt A2 AVE berechnet und zu den berechneten AVE aus Schritt B3 aggregiert.

C) Ermittlung der versorgungswirksamen *spitalsambulanten ärztlichen AVE* für *ambulante Patientinnen und Patienten*

Quellen: BMG - Statistikdaten der nichtbettenführenden Hauptkostenstellen der österreichischen Fondskrankenanstalten (2010), AUVA (für Unfallkrankenhäuser)

- C1. Je KA-Funktionscode Berechnung des Anteils der ambulanten Frequenzen an den Frequenzen insgesamt.
- C2. Je KA-Funktionscode Multiplikation der ärztlichen VZÄ (Vollzeitäquivalente) laut BMG-Statistik mit dem in Schritt C1 berechneten ambulanten Anteil.
- C3. Aggregation der für ambulante Patienten errechneten versorgungswirksamen ärztlichen AVE pro KA-Funktionscode.
- C4. Zuordnung der KA-Funktionscodes zu den Fachrichtungen des niedergelassenen Bereichs. Interdisziplinäre Ambulanzen werden dem Fachgebiet Allgemeinmedizin zugeordnet.
- C5 Für die Fachrichtung Unfallchirurgie werden die für ambulante Patientinnen/Patienten versorgungswirksamen ärztlichen VZÄ in den UKH einbezogen.

D) Ermittlung der *AVE* in *Eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger*

Quelle: Gemeldete AVE in Eigenen Einrichtungen aller Krankenversicherungsträgern zum Stichtag 31.12.2010

- D1. Jährliche Erhebung des Ist-Standes der in den Eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger beschäftigten ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten nach Fachrichtungen.

E) Ermittlung der *AVE* in *Instituten*

Quelle: Abgerechnete Beträge aller Krankenversicherungsträger mit Instituten, Ärztekostenstatistik 2010 des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

- E1. Berechnung des durchschnittlichen Umsatzes einer niedergelassenen Vertragsärztin / eines niedergelassenen Vertragsarztes der jeweiligen Fachrichtung laut Ärztekostenstatistik.
- E2. Die AVE der einzelnen politischen Bezirke ergeben sich aus dem Verhältnis der abgerechneten Beträge der Institute zum durchschnittlichen Umsatz einer niedergelassenen Vertragsärztin / eines niedergelassenen Vertragsarztes des entsprechenden Fachgebietes des jeweiligen Bundeslandes.

F) Zuordnung der *AVE* zu *Bezirken bzw. Versorgungsregionen*

- F1. Niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte: Anhand der in der Vertragspartnerdatenbank erfassten Postleitzahlen werden die Vertragspartnerinnen und Vertragspartner zu den politischen Bezirken zugeordnet. Bei Postleitzahlen die mehreren politischen Bezirken zugeordnet werden können, erfolgt die Zuordnung über die in der Vertragspartnerdatenbank enthaltenen Adressen.
- F2. Wahlärzte: Die berechneten AVE der Wahlärztinnen und Wahlärzte werden entsprechend der gemeldeten Postleitzahlen zu den politischen Bezirken zugeordnet.
- F3. Spitalsambulanzen: Die Zuordnung der Krankenanstalten zu den Bezirken erfolgt über die eindeutige Adresse, bei KA-Verbänden wird differenziert.
- F4. Eigene Einrichtungen und Institute: Die regionale Zuordnung der AVE in Eigenen Einrichtungen und Instituten erfolgt durch die meldenden KV-Träger.
- F5. Die Zuordnung der politischen Bezirke zu den Versorgungsregionen wird gemäß der ÖSG-Systematik durchgeführt.

Siehe unten stehende PM auf Datenbasis 2010/2011

Versorgungsmatrix (VM)

Die VM ist nach VMMHG (in der VM verwendete homogene Obergruppen der MHG), weiters nach den 32 Versorgungsregionen, den neun Bundesländern sowie den vier Versorgungszonen gegliedert und legt auf diesen regionalen Ebenen Richtwerte für die Anzahl der stationären Aufenthalte in den Akut-Krankenanstalten (also in FKA, UKH und SAN) fest, die bei Annahme idealtypischer Verhältnisse im Jahr 2015 bzw. im Jahr 2020 aus der Region heraus „entstehen“ sollten („quellbezogene“ Darstellung, d. h. Zuordnung der stationären Aufenthalte auf die Regionen entsprechend dem Wohnort der Behandelten; zusätzlich sind auch die Salden der inländischen Gastpatientenströme auf Bundesländerebene im Jahr 2011 sowie die in der jeweiligen Region versorgten ausländischen Gastpatienten im Jahr 2009 dargestellt; die Anzahl ausländischer Gastpatienten wird zwischen 2011 und 2015 bzw. 2020 konstant gehalten, d. h., Veränderungen in der Migration ausländischer Gastpatienten bis zum Jahr 2015 bzw. 2020 werden nicht berücksichtigt). Gegenüber dem jeweiligen Richtwert, der auf Basis des Bundesdurchschnitts ermittelt wird, wird ein Toleranzbereich von +/-25 Prozent angesetzt, womit stark über- oder unterdurchschnittliche Leistungshäufigkeiten limitiert werden. Weiters wird in der VM für den Anteil tagesklinischer Fälle („Nulltagesaufenthalte“) eine Potenzialabschätzung angegeben. Alle diese Werte für das Jahr 2015 bzw. für das Jahr 2020 werden der Ist-Situation 2011 gegenübergestellt.

Die auf der Datenbasis 2011 aufbauenden Inhalte der VM sind in Bezug auf Vollständigkeit und Richtigkeit noch nicht abschließend validiert. Sollten sich Hinweise auf notwendige Korrekturen in Bezug auf die inhaltliche Angemessenheit sowie Vollständigkeit und Richtigkeit der in die VM einbezogenen Grundgesamtheit an Versorgungseinrichtungen ergeben, so werden diese bis zur nächsten Revision des ÖSG entsprechend berücksichtigt werden.

Mit den in der Planungs- und Versorgungsmatrix enthaltenen quellbezogenen Angaben zum akutstationären Versorgungsbedarf der in der jeweiligen Region bzw. im jeweiligen Bundesland wohnhaften Bevölkerung (inkl. ausländischer Gastpatienten) werden keine Festlegungen darüber getroffen, ob der Bedarf an stationären Gesundheitsleistungen in der jeweiligen Region bzw. im jeweiligen Bundesland oder aber in Krankenanstalten anderer Regionen bzw. anderer Bundesländer gedeckt wird. Für die Laufzeit der derzeit geltenden Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist der Ausgleich für die inländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten geregelt, und es wird durch die Bundesländer die Versorgung der inländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten unter Berücksichtigung der Festlegungen zur überregionalen Versorgungsplanung in Kapitel 2.8 weiterhin qualitativ und quantitativ sichergestellt. Die dafür erforderlichen Planungsinformationen werden den Ländern zur Verfügung gestellt.

Siehe unten stehende VM auf Datenbasis 2011

Leistungsmatrix (LM)

Zu Zielsetzung, Inhalten, Rahmenbedingungen sowie Anwendung der Leistungsmatrix siehe Kapitel 2.7 sowie Legende.

Siehe unten stehende LM bezogen auf das LKF-Modell 2013

Unfallchirurgische Leistungen mit Erfordernis einer Schockraummannschaft in privaten, nicht gemeinnützigen Akut-KA (PKA)

MEL-Code	Kurztext
AD010	Implantation einer intrakraniellen Drucksonde durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
AD020	Anlage einer externen Ventrikeldrainage durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
AD030	Osteoklastische Entlastungskraniotomie (LE=je Sitzung)
AD040	Entleerung eines Epiduralhämatomes (LE=je Sitzung)
AD050	Entleerung eines Subduralhämatoms durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
AD070	Entleerung einer intrazerebralen Blutung (LE=je Sitzung)
DZ060	Naht einer Verletzung des Herzens (LE=je Sitzung)
EC050	Arteriennaht – obere Extremität (LE=je Seite)
EF050	Arteriennaht – untere Extremität (LE=je Seite)
EF070	Extraanatomische Revaskularisation einer Oberschenkelarterie ohne Kunststoff (LE=je Seite)
EF090	Revaskularisation einer Oberschenkelarterie ohne Kunststoff (LE=je Seite)
EP020	Perkutane transluminale Embolektomie, Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung (LE=je Sitzung)
FF020	Milzklebung, Milznaht (LE=je Sitzung)
FF030	Teilsplenektomie – offen (LE=je Sitzung)
FF040	Teilsplenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
FF050	Splenektomie – offen (LE=je Sitzung)
FF060	Splenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
GF070	Keilresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
GF080	Keilresektion – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
GF090	Anatomische Segmentresektion der Lunge (LE=je Sitzung)
GF100	Volume Reduction der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
GF110	Volume Reduction – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
GF120	Lobektomie oder Bilobektomie – offen (LE=je Sitzung)
GF130	Lobektomie oder Bilobektomie – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
HL020	Lebernaht, Leberklebung (LE=je Sitzung)
HL030	Leberteileresektion – offen (LE=je Sitzung)
HL040	Leberteileresektion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
HP020	Laparoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung)
HP040	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
JA030	Nierennaht (LE=je Seite)
LD051	Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule (LE=je Etage)
LH030	Interarcuäre Dekompression des Spinalkanals (LE=je Sitzung)
LH051	Resektion und Ersatz eines Wirbelkörpers (LE=je Wirbelkörper)
LH070	Ventrale Verblockung der Wirbelsäule mit Knochenmaterial (LE=je Sitzung)
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (LE=je Etage)
MZ140	Replantation des Unterarms (LE=je Seite)
MZ150	Replantation – Handgelenk mit Mittelhand und Finger (LE=je Seite)
MZ170	Replantation mehrerer Finger (LE=je Seite)
NA010	Osteosynthese des vorderen Beckenrings (LE=je Sitzung)
NA020	Osteosynthese des hinteren Beckenrings (LE=je Sitzung)
NZ120	Amputation – Vorfuß, Mittelfuß (LE=je Seite)
NZ150	Replantation – Unterschenkel (LE=je Seite)
NZ160	Replantation im Fußbereich (LE=je Seite)

Überregionale Versorgungsplanung

„Überregionale Versorgungsplanung – Standort-/Kapazitätsplanung (Erwachsene)“

		Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet"																																					
Ziel-KA/Ziel-VR	Bettenkapazitäten*	11	12	21	22	31	32	33	34	35	41	42	43	44	45	46	51	52	61	62	63	64	65	66	71	72	73	74	81	82	91	92	93						
		Herzchirurgie (HCH)																																					
205 Klagenfurt LKH	416 (davon= 34% INT)	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
31 NÖ Mitte (**)		-	-	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
416 Linz AKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
524 Salzburg LKA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
612 Graz LKH		-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-			
901 Wien AKH		x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-			
916 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	x	x	x			
		Transplantationschirurgie (TXC)																																					
419 Linz ELISAB KH (***)	71 (= 34% INT)	-	-	-	-	n	-	-	-	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
612 Graz LKH		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
901 Wien AKH		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	x	x	x	x		
		Neurochirurgie akut (NCa; MEL AC020-AC040, AD010-AD070, EA020, EA030, LA010)																																					
205 Klagenfurt LKH	272 (davon = 42% INT)			x	x																					x													
34 Thermenregion (**)		x							x																														
31 NÖ Mitte (**)						x	x			x																													
425 Linz LNKL						x					x	x	x	x	x							x																	
528 Salzburg LNKL												x	x	x	x																								
612 Graz LKH		x																	x			x	x	x	x														
706 Innsbruck LKH																											x	x	x	x									
830 Feldkirch LKH																																			x	x			
901 Wien AKH																																							
917 Rudolfstiftung KH																																					x	x	x
956 Wien SMZ OST		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	x	x	x	x	x		
		Schwerbrandverletzten-Versorgung (BRA) ****)																																					
Kxxx KA 1	36 (davon = 17% INT)																																						
Kxxx KA 2																																							
Kxxx KA 3																																							
Kxxx KA 4																																							
Kxxx KA 5																																							
Kxxx KA 6																																							
Kxxx KA 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	x	x	x	x	x		

*) Grobabschätzung des Bettenbedarfs für Österreich insgesamt auf Basis der spezifischen Betteninanspruchnahme im Jahr 2010; Grundlage für die bis zur nächsten ÖSG-Revision festzulegende Kapazitätsplanung pro Leistungsstandort
 **) Standort-Konkretisierung wird bis zur nächsten ÖSG-Revision ergänzt
 ***) TXC eingeschränkt auf NTX; Angaben "n" zum Versorgungsgebiet daher nur für NTX gültig
 ****) Qualitätskriterien zu BRA werden bis zur nächsten Revision des ÖSG ergänzt Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2010; GÖG–eigene Berechnungen

„Überregionale Versorgungsplanung – Standort-/Kapazitätsplanung (Kinder <= 15 Jahre)“

Ziel-KA/Ziel-VR	Bettenkapazitäten*)	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 Mühviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Saizkammergut	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-Bregenzwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost			
		Kinder-Herzchirurgie (KHCH)																																		
416 Linz AKH	32 (≈ 87 % INT)	-	-	-	-	-	X	-	-	X	X	X	X	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
449 Linz LF- u -KKL		-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
612 Graz LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
706 Innsbruck LKH		X	-	-	-	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
901 Wien AKH		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	X	X	X
		Kinder-Kardiologie (KKAR)																																		
449 Linz LF- u -KKL	40 (≈ 88 % INT)	-	-	-	-	-	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
612 Graz LKH		-	X	X	X	-	-	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
901 Wien AKH		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	X	X	X
		Pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung (KIONK)																																		
205 Klagenfurt LKH		84 (≈ 99 % INT)	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	
449 Linz LF- u -KKL	-		-	-	-	-	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
524 Salzburg LKA	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
612 Graz LKH	-		X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
706 Innsbruck LKH	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
901 Wien AKH	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	X	X	X

*) Grobabschätzung des Bettenbedarfs für Österreich insgesamt auf Basis der spezifischen Betteninanspruchnahme im Jahr 2010; Grundlage für die bis zur nächsten ÖSG-Revision festzulegende Kapazitätsplanung pro Leistungsstandort

X Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2010; GÖG-eigene Berechnungen

Kapazitätsplanung und Großgeräteplan

Nachfolgend sind die entsprechenden Vorgaben zur Großgeräteplanung nach Bundesländern alphabetisch geordnet sowie in einer Österreich-Gesamtdarstellung in Tabellenform angeführt (zu den Festlegungen der „PLANBetten“ siehe „RSG-Monitoring“ unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring).

Großgeräteplan – Zielplanung

Planung der Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte in Fonds-Krankenanstellen unter Berücksichtigung der Geräteausstattung von „Nicht-Fonds-Krankenanstellen“ und des extramuralen Sektors sowie Empfehlungen zur Geräteausstattung der „Nicht-Fonds-Krankenanstellen“, Rehabilitationszentren und des extramuralen Sektors in Bezug auf die maximale Anzahl an Großgeräten unter Kassenverträgen je Bundesland gemäß den in Kapitel 4 dargelegten Vorgaben. Als Planungshorizont des GGP gilt das Jahr 2015.

Legende:

- GG2011 = Geräte-Ist-Stand per 31. Dezember 2011 (Krankenanstellen, Rehabilitationszentren und extramuraler Sektor)
- GGP = für Krankenanstellen und Rehabilitationszentren: Geräte-Höchststand laut Großgeräteplan;
für den extramuralen Sektor: maximale Anzahl an Großgeräten unter Kassenvertrag
- * = Hinweis in Rubrik „extramurale Standorte“ auf Kooperationen zwischen intra- und extramuralem Bereich, Gerätstandort intramural.

Siehe unten stehende KPM

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungszone Ost

EW insgesamt (2011): 3.513.405

EW > 75a (2011): 279.056

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SPN ¹⁾	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	1026	525	82	148	2466	202	5376	1294	1167	1399	274	352	427	550	86	416	1245	1276	59	147	1021	356	83	161	20138
Akutbettendichte (tats. Betten / 1.000 E.) 2011	0,29	0,15	0,02	0,04	0,70	0,06	1,53	0,37	0,33	0,40	0,08	0,10	0,12	0,16	0,02	0,12	0,35	0,36	0,02	0,04	0,29	0,10	0,02	0,05	5,73
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	45495	7862	1913	128041	8578	305431	90543	35215	23610	13560	66028	29447	36464	4436	22367	61641	70171	3392	6215	64335	7057	2000	2955	1024744
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	10256	982	104	15521	1562	78005	14562	7470	994	2255	46105	3526	7073	783	4919	10022	6499	388	1107	20254	724	26	291	232387
Stat. Aufenthalte (Richtwert ² 2015 QuellR)	-	44327	13200	9115	143815	8012	314274	100793	48413	38196	18600	57453	32235	44512	5063	26494	53144	77835	7122	9098	0	n.v.	n.v.	n.v.	1087095
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	9500	3588	54	33456	913	92335	31595	8991	422	5211	25049	5609	19920	1322	7006	9586	12666	1890	2658	0	n.v.	n.v.	n.v.	278266

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg ⁶⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	1605,2	121,6	-	-	76,8	n.v.	180,5	173,6	51,9	61,3	114,8	159,4	106,4	80,4	-	65,2	142,8	4,3	1076,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	4021,3
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	21,9	10,4	-	-	4,1	n.v.	18,3	37,8	21,4	13,2	7,8	5,6	3,7	3,6	-	1,4	13,0	2,7	5,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	170,4
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	1627,1	132,0	-	-	80,9	n.v.	198,9	211,4	73,3	74,5	122,6	165,1	110,1	84,0	-	66,7	155,8	7,0	1082,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	4191,7
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	42,3	108,2	-	-	152,3	n.v.	329,3	103,9	43,6	40,7	81,0	61,6	49,7	33,4	-	12,1	50,2	167,3	13,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1289,1
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	4,8	0,9	-	-	2,0	n.v.	34,4	4,0	0,0	7,1	3,0	9,3	3,8	4,0	-	2,0	4,0	0,0	111,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	191,3
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,1	n.v.	1,8	0,4	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	-	1,9	0,0	0,0	25,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	31,4
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	1674,3	241,2	-	-	235,3	n.v.	564,3	319,7	116,9	122,3	206,7	237,9	163,6	121,4	-	82,7	210,0	174,3	1232,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	5703,4

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁷⁾	LOG ⁷⁾	FD ⁷⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	241	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	241	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	1348	219	219	3706	2425	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	433
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	77	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-

Rehabilitation	BSR	HKE	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	SON	insg.	Sys.B	Tats.B
Versorgungssituation 2010/2012 ⁸⁾	815	476	464	103	356	108	197	535	49	3101	3433	3417
Bettenäquivalent in SKA in Ö 2010/2012 (ZielR)	815	476	464	103	356	108	197	535	49	3101	-	-
Bettendichte (BÄ) in SKA in % BD 2010/2012	67	78	80	106	104	67	80	106	62	81	-	-
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	18138	9611	5060	996	1171	2396	3867	6932	1036	49207	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	8945411
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (P)	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	8159	19535	-	-	-	-	27694

¹⁾ davon 21 NUK Betten

²⁾ unverbindliche Grobabschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ Versorgungssituation 2004

⁸⁾ nur stationäre Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen mit Belasungsdauer > 7 BT und > 18a (Erwachsenen-Rehabilitation): BÄ: Datenbasis 2010, inkl. Updates für das Jahr 2011 und das erste Quartal 2012

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungszone Süd

EW insgesamt (2011): 1.866.689

EW > 75a (2011): 167.917

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	498	269	89	75	1521	83	3046	568	681	1005	115	133	230	194	19	184	454	817	42	43	963	495	72	184	11780
Akutbettendichte (tats. Betten / 1.000 E.) 2011	0,27	0,14	0,05	0,04	0,81	0,04	1,63	0,30	0,36	0,54	0,06	0,07	0,12	0,10	0,01	0,10	0,24	0,44	0,02	0,02	0,52	0,27	0,04	0,10	6,31
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	23868	7636	1508	85169	3653	160910	40764	21456	18561	8138	23721	16052	12234	1369	10286	19304	39634	3447	1911	48329	11997	2058	2095	547950
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	2774	1771	102	7198	152	16076	5377	916	984	2301	10523	689,9	1592	542	360	932	2265	443	70	8876	671	60	220	63944
Stat. Aufenthalte (Richtwert ²⁾ 2015 QuellR	-	23297	6943	4672	78038	4347	173117	50498	26478	20115	10041	32376	16810	24197	2715	14559	28997	42031	3705	4989	0	n.v.	n.v.	n.v.	587040
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	5011	1859	27	18159	497	50763	16221	4868	236	2816	14124	2934	10724	715	3850	5192	6796	972	1457	0	n.v.	n.v.	n.v.	150732

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁶⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	947,2	61,5	-	-	15,9	n.v.	121,9	89,3	23,7	32,6	44,1	83,8	50,6	36,7	-	32,8	39,4	3,0	599,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2181,9
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	20,1	6,9	-	-	2,7	n.v.	17,4	28,4	14,2	3,8	4,9	6,8	3,4	1,8	-	0,3	2,9	2,3	44,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	160,3
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	967,3	68,4	-	-	18,6	n.v.	139,3	117,7	37,9	36,4	49,1	90,5	54,0	38,5	-	33,0	42,3	5,3	643,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2342,2
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	51,5	53,8	-	-	130,6	n.v.	152,4	51,8	35,8	15,8	34,5	24,2	21,8	10,5	-	6,8	17,7	75,4	21,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	703,8
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	8,7	0,0	-	-	0,8	n.v.	13,3	5,7	3,8	0,0	3,0	1,6	2,0	1,3	-	0,0	2,6	0,0	61,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	104,3
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	1027,5	122,2	-	-	150,0	n.v.	305,0	175,2	77,5	52,2	86,5	116,3	77,9	50,2	-	39,8	62,6	80,7	726,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3150,3

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁷⁾	LOG ⁷⁾	ED ⁷⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	APIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	282	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	998	129	117	959	1028	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	167	
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	99	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	

Rehabilitation	BSR	HKE	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	SON	insg.	Sys.B	Tats.B
Versorgungssituation 2010/2012 ⁸⁾	937	403	438	120	235	161	234	324	90	2941	2959	3021
Bettenäquivalent in SKA in O 2010/2012 (ZielR)	145	124	141	234	129	188	180	121	216	144	-	-
Bettendichte (BA) in SKA in % BD 2010/2012	12513	4298	3304	579	1128	1148	1839	3378	628	28815	-	-
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)												

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	548,7	n.v.	700,2	601,0	1849,9
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	359507	0	793158	787503	1940168
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	85,9	-	-	-	-	-	85,9
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	n.v.	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	317	19306	-	-	-	-	19623

¹⁾ davon 20 NUK Betten

²⁾ unverbindliche Grobabschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Geegensatz zu den Vordahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ Versorgungssituation 2004

⁸⁾ nur stationäre Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen mit Belasdauer > 7 BT und > 18a (Erwachsenen-Rehabilitation): BÄ: Datenbasis 2010, inkl. Updates für das Jahr 2011 und das erste Quartal 2012

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungszone West

EW insgesamt (2011): 1.080.074

EW > 75a (2011): 76.202

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)			Versorgungssituation 2011																			Summe			
	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM	AG/R	PAL	PSO	
Akutbetten (tats. Betten) 2011	263	249	40	10	766	73	1224	447	323	733	73	101	157	180	43	111	227	541	34	52	556	130	23	38	6394
Akutbettendichte (tats. Betten / 1.000 E.) 2011	0,24	0,23	0,04	0,01	0,71	0,07	1,13	0,41	0,30	0,68	0,07	0,09	0,15	0,17	0,04	0,10	0,21	0,50	0,03	0,05	0,51	0,12	0,02	0,04	5,92
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	19248	1980	91	44443	2811	78299	29032	9807	12793	3883	16232	10275	15388	2173	7560	8811	28910	1713	2568	26108	2919	472	529	322125
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	4427	275	3	7644	288	18996	6195	959	1282	1142	8550	1048	3792	90	638	939	2048	175	906	8532	4	24	22	67929
Stat. Aufenthalte (Richtwert ²⁾ 2015 (QuellR)	-	13464	4055	2893	42820	2378	92646	30077	14347	11596	5557	16639	9880	13295	1510	7828	15736	23350	2194	2685	0	n.v.	n.v.	n.v.	323492
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	2881	1114	15	9963	272	27244	9413	2680	124	1554	7250	1715	5987	392	2068	2856	3816	585	784	0	n.v.	n.v.	n.v.	82649

Ambulante ärztliche Versorgung			Versorgungssituation 2010																			insg. ⁶⁾			
	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	510,9	45,1	-	-	8,4	n.v.	67,9	57,1	14,0	18,9	26,1	35,9	28,3	16,0	-	16,5	19,1	5,4	363,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1233,3
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	18,2	3,3	-	-	5,6	n.v.	17,8	24,3	8,1	4,9	6,5	8,0	2,6	2,2	-	0,6	3,3	2,5	71,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	179,1
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	529,1	48,3	-	-	14,1	n.v.	85,7	81,4	22,2	23,8	32,6	43,9	30,9	18,2	-	17,1	22,5	7,9	434,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1412,4
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	39,2	22,6	-	-	45,8	n.v.	62,6	27,8	19,5	25,5	12,0	11,9	11,7	-	0,9	5,8	53,8	32,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	383,3
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	33,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	33,9
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	1,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,4
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	568,3	71,0	-	-	59,9	n.v.	148,3	110,1	41,6	49,3	47,0	55,8	42,6	29,9	-	18,0	28,3	61,7	501,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1833,0

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung		Versorgungssituation 2004/2009															
	PD ¹⁾	LOG ²⁾	ED ³⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	APIII
Vollzeitäquivalente (VZA) 2009	-	-	-	-	-	204	0	174	118	n.v.	53	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2009	802	212	174	783	602	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	96
Plätze 2009	-	-	-	-	-	-	-	460	591	-	205	n.v.	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2009	-	-	-	-	-	42	0	53	28	n.v.	16	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-

Rehabilitation			Versorgungssituation 2010/2012 ⁸⁾										Sys.B		Tats.B	
	BSR	HKE	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	SON	insg.						
Bettenäquivalent in SKA in Ö 2010/2012 (ZielR)	77	122	147	1	95	52	2	118	31	644,3						
Bettendichte (BA) in SKA in % BD 2010/2012	21	65	82	2	91	106	3	76	127	55						
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	2625	1406	946	113	169	357	362	879	227	7084						
											679	679				
											-	-				
											-	-				

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011							
	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZÄ) 2011	-	-	314,5	0	196,6	431,4	942,5
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	460865	0	n.v.	579481	n.v.
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	1454	6563	-	-	-	-	8017

¹⁾ davon 18 NUK Betten

²⁾ unverbindliche Grobabschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ Versorgungsituation 2004

⁸⁾ nur stationäre Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen mit Belauddauer > 7 BT und > 18a (Erwachsenen-Rehabilitation): BÄ: Datenbasis 2010, inkl. Updates für das Jahr 2011 und das erste Quartal 2012

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Burgenland

		EW insgesamt (2011): 284.907										EW > 75a (2011): 27.542														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																										
Versorgungssituation 2011		INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM ¹⁾	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011		64	58	0	0	207	0	387	93	39	16	0	9	36	35	0	0	39	88	0	0	74	0	8	0	1153
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)		-	3526	345	140	11963	665	28111	6399	2238	1298	614	4772	2472	2753	128	1363	3723	5169	204	478	14270	174	237	89	90631
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)		-	849	74	6	1557	132	7903	792	182	37	117	3689	176	307	14	111	462	373	30	47	13212	2	20	9	30069
Stat. Aufenthalte (Richtwert ²⁾ 2015 QuellR		-	3590	1068	710	12297	688	27413	7590	4179	3104	1571	5166	2588	3826	425	2311	4580	6558	566	796	0	n.v.	n.v.	n.v.	92030
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)		-	775	284	4	2861	78	8046	2481	766	37	441	2253	453	1687	113	614	818	1060	148	232	0	n.v.	n.v.	n.v.	23703
Ausbildungsstellen 2011 (Akut-KA und RZ)		18,5	6	0	0	14	0	28,5	10,5	4	4	0	0	3,5	3	0	0	5	8	0	8	4	-	-	-	117

Ambulante ärztliche Versorgung																										
Versorgungssituation 2010		AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg ⁶⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)		174,2	8,1	-	-	2,4	n.v.	14,3	13,7	6,6	5,8	7,5	15,3	8,0	6,8	-	5,4	6,7	1,8	89,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	366,3
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)		1,8	0,4	-	-	0,1	n.v.	3,8	2,7	0,6	0,1	1,4	0,8	0,4	0,2	-	0,0	0,9	0,2	3,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	17,3
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt		176,0	8,5	-	-	2,5	n.v.	18,1	16,4	7,2	5,8	8,8	16,1	8,4	7,0	-	5,4	7,5	2,0	93,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	383,5
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)		1,2	7,6	-	-	11,1	n.v.	9,5	8,3	2,0	0,0	0,0	0,0	1,7	2,0	-	0,0	4,6	13,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	61,1
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)		0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	3,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)		0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	1,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010		177,2	16,1	-	-	13,6	n.v.	27,7	24,7	9,2	5,8	8,8	16,1	10,1	9,0	-	5,4	12,1	15,0	97,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	448,6

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																		
Versorgungssituation 2004/2011		PD ⁷⁾	LOG ⁷⁾	ED ⁷⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	APIII
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011		-	-	-	-	42	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011		102	15	9	97	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	12
Plätze 2011		-	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011		-	-	-	-	8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-	-

Alten- und Langzeitversorgung								
Versorgungssituation 2011		WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZÄ) 2011		-	-	58,3	0,0	66,0	115,8	240,1
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wartezeit) 2011 ⁸⁾		-	-	51347	0	75862	153880	281089
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011 ⁸⁾		n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011 ⁸⁾		n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011		-	58,3	-	-	-	-	58,3
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011		-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011		0	1966	-	-	-	-	1966

¹⁾ unter GEM sind die Ausbildungsstellen der Fächer LAB. PAT. PHM und SON abaeildet

²⁾ unverbindliche Grobabschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG. Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Geaensatz zu den Vorahren sind ab 2010 keine Anaaben mehr für RAD. PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ Versorgungssituation 2004

⁸⁾ Die Anaaben für "betreubares" und "betreutes" Wohnen fehlen. da dem Land nur weniae Projekte bekannt.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Kärnten

EW insgesamt (2011): 558.273

EW > 75a (2011): 50.597

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM ²⁾	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	145	79	25	41	386	36	892	192	168	293	40	39	60	61	19	69	178	330	20	20	363	293	32	36	3817
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellIR)	-	8560	2070	798	21332	1423	50111	13689	5580	5694	2098	6095	4451	4029	1210	3177	6783	16773	1575	777	14815	7281	843	741	171040
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellIR)	-	682	163	55	862	66	6890	1516	136	494	81	3224	172	341	524	91	231	1200	8	17	651	266	6	19	17404
Stat. Aufenthalte (Richtwert ³⁾ 2015 (QuellIR)	-	6997	2081	1403	23562	1313	52425	14868	7999	5994	3024	9826	5029	7311	817	4416	8774	12650	1105	1516	0	n.v.	n.v.	n.v.	176879
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellIR)	-	1506	556	8	5486	150	15382	4828	1469	72	849	4287	881	3232	216	1170	1568	2045	290	443	0	n.v.	n.v.	n.v.	45498
Ausbildungsstellen 2011 (Akut-KA und RZ)	50	32	2	12	35,5	4	95,5	18	17	24	5	10	5	5	2	4	10	26	3	30	19	-	-	-	409

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ⁴⁾	KJP ⁵⁾	CH ⁴⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁵⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ⁴⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁶⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁷⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	268,2	15,6	-	-	8,0	n.v.	36,5	27,3	3,5	10,4	13,9	24,9	17,7	10,8	-	8,9	11,6	3,0	181,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	642,1
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	5,0	3,3	-	-	1,7	n.v.	6,2	11,4	9,1	0,5	1,4	1,5	0,2	0,4	-	0,0	1,1	1,4	16,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	59,8
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	273,2	18,8	-	-	9,7	n.v.	42,7	38,7	12,6	10,9	15,3	26,5	17,9	11,1	-	8,9	12,7	4,5	198,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	701,9
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	6,9	12,2	-	-	38,0	n.v.	33,7	17,6	11,4	4,3	6,1	8,4	6,7	2,7	-	1,4	4,2	46,5	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	200,0
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	4,3	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	22,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	28,8
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	280,1	31,0	-	-	47,7	n.v.	80,7	58,7	24,0	15,2	21,4	34,8	24,5	13,8	-	10,3	16,9	50,9	220,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	930,7

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁸⁾	LOG ⁹⁾	ED ⁹⁾	PT	KP/GP	PSB ¹⁰⁾	PND	WOH ¹¹⁾	TS ¹²⁾	KLUB	FH ¹²⁾	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	APIII
Versorgungssituation 2004/2011 ⁸⁾	-	-	-	-	-	-	31	197	36	2	106	152	2	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	-	66	40	9	1	8	5	-	8	7	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	280	23	16	311	406	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	66
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	894	52	-	14	0	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	35	5	40	9	1	8	5	-	8	7	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	256	0	335	271	861,7
Mobile Dienste (VZÄ) 2011 ¹³⁾	-	-	126998	0	396155	371178	894331
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	-	-	-	-	n.v.
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege	65	-	-	-	-	-	65
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	317	4764	-	-	-	-	5081

¹⁾ davon 20 NUK Betten

²⁾ unter GEM sind die Ausbildungsstellen der Fächer LAB, PAT, PHM und SON abaeildet

³⁾ unverbindliche Grobabschätzung

⁴⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁵⁾ PSY inkl. KJP

⁶⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁷⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁸⁾ Daten pro mente kiufra sowie Caritas Erhebungsiahr 2009

⁹⁾ Versoraunassituation 2004

¹⁰⁾ inkl. 6 Einrichtungen der HPE mit 0,1 VZÄ

¹¹⁾ im Unterschied zu 2009 inklusive Plätze in den Zentren für psychosoziale Rehabilitation (ZPSR)

¹²⁾ Anzahl Plätze wurden nicht von allen Einrichtungen angegeben

¹³⁾ Daten nur auf BL-Ebene verfügbar: "FDSB" und "PH" gemeinsam

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Niederösterreich

		EW insgesamt (2011):										EW > 75a (2011):													
		1.612.044										136.282													
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																									
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM ¹⁾	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011	392	228	0	88	1214	71	2131	649	522	623	82	157	164	252	25	129	468	618	15	51	111	0	30	100	8120
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	24348	1967	1108	68856	4815	132833	41024	17664	10734	5715	30137	12739	18897	2065	9488	30399	37039	1686	3233	17152	826	1039	873	471899
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	5150	261	65	7610	932	21168	6706	3266	317	701	21273	1260	3921	470	1238	4782	4010	183	441	4660	112	22	131	88413
Stat. Aufenthalte (Richtwert ² 2015 QuellR)	-	20660	6158	4256	68000	3787	150024	43926	22992	17572	8739	27820	14919	21233	2363	12665	25148	36530	3278	4343	0	n.v.	n.v.	n.v.	511161
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	4435	1667	25	15829	431	44064	14145	4243	201	2450	12123	2610	9434	621	3354	4516	5930	869	1269	0	n.v.	n.v.	n.v.	131290
Ausbildungsstellen 2011 (Akut-KA und RZ)	81,5	39	0	13	70,5	6	155,5	40	32,5	65	10	21	16	13,5	3	9	27,5	39	2	51,5	43	-	-	-	739

Ambulante ärztliche Versorgung																									
Versorgungssituation 2010	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁶⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	806,7	35,9	-	-	33,8	n.v.	60,9	66,3	14,0	31,0	39,5	68,6	38,6	31,9	-	25,5	37,5	2,1	477,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1770,0
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	14,3	8,1	-	-	1,9	n.v.	11,8	21,3	4,9	3,8	4,1	3,1	2,6	2,8	-	1,0	8,1	1,8	1,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	91,5
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	821,0	44,0	-	-	35,7	n.v.	72,7	87,6	18,9	34,8	43,7	71,8	41,2	34,7	-	26,4	45,6	3,9	479,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1861,5
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	13,3	27,8	-	-	61,8	n.v.	83,3	36,4	7,0	7,0	14,3	18,0	10,2	12,8	-	2,3	23,9	77,7	3,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	399,9
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	31,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	31,8
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	834,3	71,8	-	-	97,5	n.v.	156,1	124,0	25,9	41,7	58,0	89,8	51,4	47,5	-	28,8	69,6	81,6	515,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2293,2

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																	
Versorgungssituation 2004/2011	PD ⁷⁾	LOG ⁷⁾	FD ⁷⁾	PT	KP/GP	PSB	PND ⁸⁾	WOH	TS	KLUB	EH	AZL ⁹⁾	ArbM	SHG	AG	LH	APIII
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	-	-	-	-	-	91	2	50	54	23	15	13	27	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	767	87	135	737	565	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	153
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	283	397	-	65	41	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	23	1	30	15	27	4	3	-	22	24	-	-

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZÄ) 2011 ¹⁰⁾	-	-	953,0	n.v.	994,0	1968,0	3915
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011 ¹¹⁾	-	-	737487	n.v.	881027	1764492	3383006
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Pl.)	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	484	9170	-	-	-	-	9654

¹⁾ unter GEM sind die Ausbildungsstellen der Fächer LAB, PAT, PHM und SON abeobildet

²⁾ unverbindliche Grobschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ Versorgungsituation 2004

⁸⁾ Psychosoziales Akutteam führt in ganz NÖ Krisenhilfe vor Ort aus

⁹⁾ interaktive Betriebe und geschützte Arbeitsplätze sind nicht enthalten

¹⁰⁾ Bei den Daten handelt es sich nicht um "VZÄ" sondern um "Köpfe" (VZÄ sind nicht bekannt). In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

¹¹⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Oberösterreich

EW insgesamt (2011): 1.412.723

EW > 75a (2011): 112.856

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM ²⁾	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	351	321	48	54	1058	90	2077	590	466	668	134	167	216	284	27	279	379	795	47	51	228	378	60	71	8839
Akutbetten (tats. Betten) 2011	351	321	48	54	1058	90	2077	590	466	668	134	167	216	284	27	279	379	795	47	51	228	378	60	71	8839
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	30492	4897	1730	54747	3925	125138	38394	18764	16510	7468	31817	15061	20970	2229	16535	17636	45398	2804	3465	18673	8082	1309	1550	476653
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	4697	960	137	5983	581	23203	5051	1518	709	663	18267	1537	4203	486	1764	2527	6083	206	205	12676	289	13	38,1	91456
Stat. Aufenthalte (Richtwert ³⁾ 2015 (QuellR)	-	17771	5322	3722	57320	3181	125347	38522	19315	15222	7416	22848	12931	17811	2008	10572	21132	31163	2861	3618	0	n.v.	n.v.	n.v.	432212
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	3804	1449	20	13336	363	36785	12207	3584	170	2075	9963	2250	7976	525	2790	3818	5070	759	1056	0	n.v.	n.v.	n.v.	110593
Ausbildungsstellen 2011 (Akut-KA und RZ)	135,5	64,5	2	14	89,5	7,5	195	47	38,5	49,5	12	27,5	17,5	19,5	4	16	24	53	10	70,5	54,5	-	-	-	952

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ⁴⁾	KJP ⁵⁾	CH ⁴⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁶⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ⁴⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁶⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁷⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	673,1	39,6	-	-	9,0	n.v.	37,1	70,8	16,5	15,5	33,5	53,3	32,9	20,2	-	21,1	26,2	6,2	444,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1499,2
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	18,4	1,9	-	-	2,6	n.v.	3,8	14,2	4,4	1,5	2,6	3,1	1,9	0,6	-	3,1	3,2	1,5	33,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	96,7
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	691,5	41,5	-	-	11,6	n.v.	40,9	85,0	21,0	17,0	36,1	56,4	34,8	20,9	-	24,2	29,4	7,7	478,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1595,9
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	18,5	28,1	-	-	47,7	n.v.	76,1	34,2	19,5	16,3	13,5	29,5	13,0	18,0	-	3,9	24,3	93,5	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	436,4
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	8,7	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	85,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	95,4
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	1,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	719,7	69,6	-	-	59,3	n.v.	118,0	119,3	41,5	33,4	49,6	85,9	47,8	38,9	-	28,1	53,7	101,2	563,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2129,7

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁸⁾	LOG ⁸⁾	FD ⁸⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH ⁹⁾	TS	KLUB	EH ¹⁰⁾	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	APIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	441	117	66	619	524	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	73
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	1530	774	-	204	44	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	25	6	150	129	15	26	3	-	n.v.	4	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	277,4	631,2	0	267,8	1176,4
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	277,4	631,2	0	267,8	1176,4
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	339507	809673	0	363971	1513150
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	3208	-	-	-	-	-	3208
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	8	-	-	-	-	-	8
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	296	-	-	-	-	296
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	11956	-	-	-	-	11956

¹⁾ davon 4 NUK Betten

²⁾ unter GEM sind die Ausbildungsstellen der Fächer LAB, PAT, PHM und SON abaeildet

³⁾ unverbindliche Grobabschätzung

⁴⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁵⁾ PSY inkl. KJP

⁶⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁷⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁸⁾ Versorgungsituation 2004

⁹⁾ die Maßnahme Familienpflege (21 Plätze) ist in der Gesamtsumme enthalten, kann aber keinen einzelnen Regionen zugeordnet werden

¹⁰⁾ 1 Standort ist keinem Planungsraum zuzuordnen

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Salzburg

EW insgesamt (2011): 531.735

EW > 75a (2011): 38.701

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM ²⁾	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	167	101	36	30	422	43	836	285	162	269	87	78	85	76	24	44	158	377	24	24	392	146	18	28	3912
Akutbetten (tats. Betten) 2011	167	101	36	30	422	43	836	285	162	269	87	78	85	76	24	44	158	377	24	24	392	146	18	28	3912
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellIR)	-	6462	2685	377	22509	1511	45098	15139	6005	7367	3306	8477	5854	5308	1442	3968	5461	16196	1114	889	10854	2974	280	874	170022
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellIR)	-	1222	1007	17	2913	189	12473	1936	841	1039	293	3798	535	1107	159	1499	227	672	75	59	818	137	3	144	30878
Stat. Aufenthalte (Richtwert ³⁾ 2015 (QuellIR)	-	6611	1984	1397	21444	1195	46631	14586	7188	5695	2772	8443	4834	6644	754	3948	7934	11618	1068	1361	0	n.v.	n.v.	n.v.	161365
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellIR)	-	1419	541	8	4992	136	13733	4634	1339	62	777	3680	842	2979	197	1048	1434	1898	284	398	0	n.v.	n.v.	n.v.	41368
Ausbildungsstellen 2011 (Akut-KA und RZ)	41,5	21	4	7	30	5	92,5	17	14	30	8,5	13	6,5	4,5	3	5	11,5	23	7	29,5	19	-	-	-	393

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ⁴⁾	KJP ⁵⁾	CH ⁴⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁵⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ⁴⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁶⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁷⁾
Versorgungssituation 2010	245,8	19,1	-	-	7,7	n.v.	26,8	27,8	8,9	6,3	17,2	22,3	12,7	11,7	-	6,7	13,3	0,5	176,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	603,2
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	245,8	19,1	-	-	7,7	n.v.	26,8	27,8	8,9	6,3	17,2	22,3	12,7	11,7	-	6,7	13,3	0,5	176,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	603,2
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	6,6	0,9	-	-	2,5	n.v.	3,3	6,9	2,2	7,0	1,4	1,7	0,5	0,2	-	0,1	0,6	11,1	22,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	67,1
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	252,4	19,9	-	-	10,2	n.v.	30,1	34,8	11,1	13,3	18,6	24,0	13,2	11,9	-	6,8	13,9	11,6	198,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	670,3
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	1,0	16,1	-	-	31,8	n.v.	32,5	5,0	7,2	9,4	5,9	15,8	7,4	5,2	-	4,2	7,6	35,6	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	184,8
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	24,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	24,1
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	253,4	36,0	-	-	42,1	n.v.	62,7	39,7	18,3	22,7	24,5	39,7	20,6	17,1	-	11,0	21,5	47,2	222,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	879,2

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁸⁾	LOG ⁸⁾	ED ⁸⁾	PT	KP/GP	PSB ⁹⁾	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG ¹⁰⁾	LH	APIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	-	34	6	117	19	1	36	n.v.	6	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	-	34	6	117	19	1	36	n.v.	6	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	601	42	71	601	545	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	68
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	257	128	-	124	n.v.	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	11	3	29	7	2	9	n.v.	-	n.v.	10	-	-

Alten- und Langzeitversorgung ¹¹⁾	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH ¹²⁾	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	159,4	6,2	114,02	310,5	590,2
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	159,4	6,2	114,02	310,5	590,2
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Weezeit) 2011 ¹³⁾	-	-	231779	n.v.	170323	396837	798939
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011 ¹⁴⁾	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	-	202	-	-	-	-	202
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	71	-	-	-	-	71
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011 ¹⁵⁾	n.v.	5159	-	-	-	-	5159

¹⁾ davon 8 NUK Betten

²⁾ unter GEM sind die Ausbildungsstellen der Fächer LAB, PAT, PHM und SON abaeildet

³⁾ unverbindliche Grobabschätzung

⁴⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁵⁾ PSY inkl. KJP

⁶⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁷⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁸⁾ Versorgungsituation 2004

⁹⁾ inklusive Kinderseelenhilfe

¹⁰⁾ Anzahl Gruppen

¹¹⁾ Die Daten liegen nur auf Bundeslandebene vor.

¹²⁾ Die Rubrik "HH" beinhaltet Heimhilfen und alle anderen nicht der Pflege zuordbaren Berufsgruppen in der Betreuung.

¹³⁾ Einsatzstunden mit Weezeiten: in der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

¹⁴⁾ Die Daten beziehen sich auf zur Verfügung stehende Wohnungen.

¹⁵⁾ In der Rubrik "PP" sind auch "WP" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Steiermark

EW insgesamt (2011): 1.210.728

EW > 75a (2011): 107.556

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM ¹⁾	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	327	159	64	34	1048	47	2011	344	474	712	75	91	161	106	0	115	262	437	22	23	560	202	32	148	7454
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	14165	5433	666	59566	2063	102165	25150	14593	12432	5834	16308	10837	7417	129	6553	11519	20794	1791	1010	27162	4604	994	1337	345587
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	1961	1562	46	5897	69	7570	3661	733	480	2162	6220	489	1221	16	257	644	970	415	37	2215	405	37	201	36625
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	15078	4499	3031	50247	2797	111217	33082	17039	13065	6477	20750	10903	15572	1752	9345	18643	27127	2408	3198	0	n.v.	n.v.	n.v.	378544
Stat. Aufenthalte (Richtwert ²⁾ 2015 (QuellR)	-	3241	1207	18	11689	320	32601	10553	3136	151	1815	9052	1899	6914	460	2468	3343	4388	632	934	0	n.v.	n.v.	n.v.	97082
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	89,5	26,5	9	5,5	63	8	197,5	36,5	39,5	55,5	16	20	17	13	0	23	22,5	34	6	48	21,5	-	-	-	752
Ausbildungsstellen 2011 (Akut-KA und RZ)																									

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁶⁾
Versorgungssituation 2010	622,3	43,7	-	-	7,3	n.v.	80,4	55,3	18,3	19,4	27,3	52,8	30,9	23,4	-	22,0	26,4	0,0	384,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1414,1
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	14,3	3,4	-	-	1,0	n.v.	9,9	16,3	4,9	3,3	3,4	4,8	3,2	1,4	-	0,3	1,5	0,8	25,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	94,2
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	636,7	47,1	-	-	8,3	n.v.	90,3	71,5	23,2	22,7	30,7	57,6	34,2	24,8	-	22,2	27,9	0,8	410,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1508,2
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	43,7	36,1	-	-	86,2	n.v.	112,2	29,8	22,4	11,5	28,4	15,8	14,1	6,1	-	5,4	12,2	24,9	21,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	470,0
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	8,7	0,0	-	-	0,8	n.v.	9,0	3,3	3,8	0,0	3,0	1,6	2,0	1,3	-	0,0	2,6	0,0	39,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	75,5
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	689,1	83,2	-	-	95,3	n.v.	211,5	104,7	49,4	34,3	62,1	75,0	50,2	32,2	-	27,6	42,7	25,7	470,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2053,8
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010																									

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁷⁾	LOG ⁷⁾	FD ⁷⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH ⁸⁾	AZU	ArbM ⁸⁾	SHG	AG	LH	ÄPill
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	200	0	196	101	0	53	0	5	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	687	104	98	624	598	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	95
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	-	-	-	-	-	-	179	324	-	227	0	-	-	-	-	-	-
Plätze 2011	-	-	-	-	-	61	0	57	23	15	34	0	-	0	0	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	61	0	57	23	15	34	0	-	0	0	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	272	-	332	292	896
Mobile Dienste (VZÄ) 2011 ⁹⁾	-	-	214452	0	358745	364786	937983
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011 ¹⁰⁾	0,0	-	-	-	-	-	0,0
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	879,0	-	-	-	-	-	879,0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	0,0	-	-	-	-	-	0,0
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	-	0,0	-	-	-	-	0,0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	0,0	-	-	-	-	0,0
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	13725	-	-	-	-	13725

¹⁾ unter GEM sind die Ausbildungsstellen der Fächer LAB, PAT, PHM und SON abeobildet

²⁾ unverbindliche Grobschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ Versorgungsituation 2004

⁸⁾ Für EH und ARB Einrichtungen liegen leider keine vollständigen Daten zu VZÄ vor

⁹⁾ Die Daten liegen ausschließlich auf Bundeslandebene vor. In der Rubrik "PH" sind ebenfalls "FDSB" enthalten.

¹⁰⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Tirol

EW insgesamt (2011): 710.126

EW > 75a (2011): 51.128

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM ²⁾	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	190	166	40	0	562	56	833	318	231	447	61	65	117	135	27	74	125	397	26	31	375	130	13	24	4443
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	11692	1901	24	32014	2026	48913	20428	7593	9410	3006	11508	7432	10707	1258	4681	4791	21740	1166	1041	15588	2917	286	390	216919
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	2439	267	2	6299	57	9973	4533	888	1005	1096	6952	607	2899	43	82	547	1572	109	325	3234	2	24	18	42929
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	8813	2653	1876	28279	1573	61289	19841	9482	7634	3666	11057	6467	8775	997	5177	10409	15383	1436	1777	0	n.v.	n.v.	n.v.	213531
Stat. Aufenthalte (Richtwert ³⁾ 2015 (QuellR)	-	1888	726	10	6579	180	18025	6214	1769	82	1026	4818	1122	3944	259	1369	1887	2514	382	519	0	n.v.	n.v.	n.v.	54589
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	100	32	0	0	76	17	116	35	33,5	57	0	11	10,5	18	12	5	21,5	50,5	13	71,5	5	-	-	-	685
Ausbildungsstellen 2011 (Akut-KA und RZ)																									

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ⁴⁾	KJP ⁵⁾	CH ⁴⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁵⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ⁴⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁶⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁷⁾
Versorgungssituation 2010	349,7	25,0	-	-	6,2	n.v.	43,9	34,0	9,9	10,6	19,7	23,5	20,4	11,5	-	13,6	11,5	5,3	240,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	825,0
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	14,2	2,9	-	-	4,8	n.v.	13,2	20,1	7,4	3,6	3,2	6,3	1,4	1,7	-	0,5	1,9	1,3	34,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	117,3
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	363,8	27,9	-	-	11,0	n.v.	57,1	54,1	17,2	14,2	22,9	29,7	21,8	13,2	-	14,2	13,4	6,6	275,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	942,3
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	13,9	20,7	-	-	35,2	n.v.	51,9	24,0	18,8	22,6	7,2	9,7	8,2	9,5	-	0,6	4,2	47,6	32,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	306,6
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	17,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	17,0
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	1,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,4
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	377,7	48,6	-	-	46,2	n.v.	109,0	79,0	36,0	36,9	32,6	39,4	30,0	22,8	-	14,8	17,6	54,2	324,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1269,2
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010																									

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁸⁾	LOG ⁸⁾	ED ⁸⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	APIII
Versorgungssituation 2004/2009	-	-	-	-	-	139,7	0	151,3	88,4	n.v.	42	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2009	641	202	173	551	484	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	44
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2009	-	-	-	-	-	-	-	290	494	-	128	n.v.	-	-	-	-	-
Plätze 2009	-	-	-	-	-	-	21	0	28	18	n.v.	8	n.v.	-	n.v.	n.v.	-
Einrichtungen 2009																	

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	179,9	0,0	171,0	124,4	475,3
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	182446	0	186423	8449	377317
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	559,0	-	-	-	-	-	559,0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	-	145,0	-	-	-	-	145,0
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege	-	51,0	-	-	-	-	51,0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	1178	4523	-	-	-	-	5701
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011							

¹⁾ davon 12 NUK Betten

²⁾ unter GEM sind die Ausbildungsstellen der Fächer LAB, PAT, PHM und SON abaeildet

³⁾ unverbindliche Grobabschätzung

⁴⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁵⁾ PSY inkl. KJP

⁶⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁷⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁸⁾ Versorgungssituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Vorarlberg

EW insgesamt (2011): 369.948

EW > 75a (2011): 25.074

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM ²⁾	AG/R	PAL	PSO	Summe	
Versorgungssituation 2011	73	83	0	10	204	17	391	129	92	286	12	36	40	45	16	37	102	144	8	21	181	0	10	14	1951	
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	7556	79	67	12429	785	29386	8604	2214	3383	877	4724	2843	4681	915	2879	4020	7170	547	1527	10520	2	186	139	105206	
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	1988	8	1	1345	231	9023	1662	71	277	46	1598	441	893	47	556	392	476	66	581	5298	2	0	4	25000	
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	4651	1402	1017	14541	805	31357	10236	4865	3962	1891	5582	3413	4520	513	2651	5327	7967	758	908	0	n.v.	n.v.	n.v.	109961	
Stat. Aufenthalte (Richtwert ³⁾ 2015 (QuellR)	-	993	388	5	3384	92	9219	3199	911	42	528	2432	593	2043	133	699	969	1302	203	265	0	n.v.	n.v.	n.v.	28060	
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	16	12	0	1,5	18,5	1	41,5	11	5	15	2	4	3	4	2	2	6,5	14,5	1	17,5	8	-	-	-	186
Ausbildungsstellen 2011 (Akut-KA und RZ)																										

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ⁴⁾	KJP ⁵⁾	CH ⁴⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁵⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ⁴⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁶⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁷⁾
Versorgungssituation 2010	161,2	20,1	-	-	2,3	n.v.	23,9	23,1	4,2	8,3	6,4	12,5	7,8	4,5	-	2,9	7,7	0,1	123,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	408,3
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	4,0	0,3	-	-	0,8	n.v.	4,7	4,2	0,8	1,2	3,3	1,7	1,3	0,5	-	0,1	1,4	1,3	36,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	61,8
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	165,3	20,4	-	-	3,1	n.v.	28,6	27,3	4,9	9,6	9,7	14,2	9,1	5,0	-	2,9	9,1	1,4	159,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	470,1
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	25,4	2,0	-	-	10,6	n.v.	10,7	3,8	0,7	2,8	4,7	2,3	3,5	2,2	-	0,3	1,6	6,2	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	76,8
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	16,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	16,9
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	190,6	22,4	-	-	13,7	n.v.	39,4	31,1	5,6	12,4	14,4	16,4	12,6	7,1	-	3,2	10,7	7,6	176,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	563,8

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁸⁾	LOG ⁸⁾	ED ⁸⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH ⁹⁾	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	APIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	65	0	23	29	2,40	11	0,00	10	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	161	10	1	232	118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	52
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	-	-	-	-	-	-	-	170	97	-	77	0	-	-	-	-	-
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	21	0	25	10	5	8	0	-	32	13	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	135	0	26	307	467,18
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	278419	0	n.v.	571032	849451
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Weazeit) 2011 ¹⁾	0	-	-	-	-	-	0
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	350	-	-	-	-	-	350
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	27	-	-	-	-	-	27
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege	-	0	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	276	2040	-	-	-	-	2316
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011							

¹⁾ davon 6 NUK Betten

²⁾ unter GEM sind die Ausbildungsstellen der Fächer LAB, PAT, PHM und SON abaeildet

³⁾ unverbindliche Grobabschätzung

⁴⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁵⁾ PSY inkl. KJP

⁶⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁷⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁸⁾ Versorgungsituation 2004

⁹⁾ inklusive 14 Betten Carina (Zentrum für kinder- und Jugendpschichtrie und Psychosomatik)

¹⁰⁾ Einsatzstunden inkl. Weazeit: in der Rubrik "DGKP" sind auch "PH" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Wien

EW insgesamt (2011): 1.714.142

EW > 75a (2011): 124.996

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM ²⁾	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	596	270	82	60	1132	131	3001	584	645	760	192	189	236	290	61	287	752	620	44	96	876	356	53	61	11374
Akutbetten (tats. Betten) 2011	596	270	82	60	1132	131	3001	584	645	760	192	189	236	290	61	287	752	620	44	96	876	356	53	61	11374
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	18764	5683	709	51493	3265	153121	45045	16596	12013	7437	32437	15000	15602	2273	12072	28521	30030	1583	2628	39265	6169	945	2010	493537
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	4388	693	34	6793	515	50551	7264	4070	650	1495	22222	2119	2875	301	3582	4835	2211	195	635	8392	610	1	151	123820
Stat. Aufenthalte (Richtwert ³⁾ 2015 (QuellR)	-	21299	6337	4387	67747	3774	146312	51825	22682	18576	8830	26267	15606	20767	2421	12316	24996	37001	3470	4234	0	n.v.	n.v.	n.v.	515521
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	4554	1733	26	15750	431	43005	15809	4245	197	2472	11458	2700	9377	627	3250	4533	6039	923	1237	0	n.v.	n.v.	n.v.	131425
Ausbildungsstellen 2011 (Akut-KA und RZ)	260,5	126,5	15,5	22	160	30	409	68	71	82,5	73,5	49,5	47	28	25	32	73,5	95	21,5	191,5	177,5	-	-	-	2059

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ⁴⁾	KJP ⁵⁾	CH ⁴⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁵⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ⁴⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁶⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg ⁷⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	681,0	79,9	-	-	41,2	n.v.	110,3	100,4	33,1	27,2	70,8	81,5	61,7	44,1	-	36,2	100,1	0,5	542,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2010,8
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	6,5	2,2	-	-	2,1	n.v.	4,0	14,5	16,1	9,4	2,4	2,1	0,8	0,7	-	0,4	4,3	0,7	1,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	67,9
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	687,5	82,1	-	-	43,3	n.v.	114,3	114,9	49,3	36,6	73,2	83,7	62,5	44,8	-	36,7	104,4	1,2	544,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2078,7
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	28,7	78,3	-	-	85,7	n.v.	242,9	63,6	36,6	33,8	66,7	43,6	38,8	20,3	-	9,8	23,0	80,6	9,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	861,9
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	4,8	0,9	-	-	2,0	n.v.	34,4	4,0	0,0	7,1	3,0	9,3	3,8	4,0	-	2,0	4,0	0,0	77,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	156,4
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0,0	0,0	-	-	0,1	n.v.	1,8	0,4	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	-	1,9	0,0	0,0	24,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	30,4
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	721,0	161,3	-	-	131,1	n.v.	393,3	182,9	85,9	77,5	142,9	138,4	105,2	69,1	-	50,3	131,4	81,8	655,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3127,4

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁸⁾	LOG ⁸⁾	FD ⁸⁾	PT	KP/GP	PSB ⁸⁾	PND	WOH ⁹⁾	TS ⁹⁾	KLUB	EH ⁹⁾	AZU ⁹⁾	ArbM ⁹⁾	SHG ⁹⁾	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	123	17	n.v.	8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	123	17	n.v.	8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	509	120	80	2896	1797	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	314
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	1080	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	49	1	34	26	1,00	3	10	1	11,00	n.v.	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	447	0	584	2568	3599
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	447	0	584	2568	3599
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	5389170
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	-	707	-	-	-	-	707
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	67	-	-	-	-	67
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011 ¹⁰⁾	7675	9216	-	-	-	-	16891

¹⁾ davon 21 NUK Betten

²⁾ unter GEM sind die Ausbildungsstellen der Fächer LAB, PAT, PHM und SON abgebildet

³⁾ unverbindliche Grobabschätzung

⁴⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁵⁾ PSY inkl. KJP

⁶⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁷⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁸⁾ Versorgungsituation 2004

⁹⁾ inklusive Daten FSW

¹⁰⁾ Die Rubrik "WP" beinhaltet: Wohnplätze, Plätze in betreutem Wohnen und Hausgemeinschaften. Die Rubrik "PP" beinhaltet Pflegeplätze, Plätze in Wohngemeinschaften (für an Demenz erkrankte Personen) und Plätze in Pflegeheimen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 11: Burgenland-Nord

EW insgesamt (2011): 187.219

EW > 75a (2011): 17.778

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	38	27	0	0	120	0	244	61	0	16	0	6	27	8	0	0	25	38	0	0	34	0	0	0	644
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	2383	212	96	7692	498	19477	4474	955	863	408	3454	1708	1965	98	807	2721	3102	123	354	7918	62	16	72	59308
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	718	28	5	1118	115	6287	592	135	27	59	2610	147	277	12	99	405	278	10	31	7202	2	3	9	20154
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60413
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15551

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	117,5	5,8	-	-	1,8	n.v.	9,3	6,9	4,8	3,0	4,5	9,3	6,0	4,4	-	3,6	5,2	1,8	56,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	240,5
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	1,1	0,1	-	-	0,1	n.v.	2,5	2,0	0,3	0,0	1,2	0,4	0,4	0,1	-	0,0	0,6	0,2	1,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	11,0
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	118,6	6,0	-	-	1,9	n.v.	11,9	8,9	5,1	3,1	5,8	9,6	6,4	4,4	-	3,6	5,8	1,9	58,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	251,5
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0,3	2,0	-	-	4,7	n.v.	3,1	3,9	0	0	0	0	0,6	0,3	-	0	3,2	9,0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	27,3
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	3,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	1,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	119,0	8,0	-	-	6,7	n.v.	14,9	12,8	5,1	3,1	5,8	9,6	7,0	4,8	-	3,6	9,1	10,9	62,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	282,8

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPill
Versorgungssituation 2004/2011																	
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	26,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	72	12	5	73	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	6
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011							
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	37,4	0	33,1	77,4	147,9
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	33290	0	37604	102341	173235
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011 ⁷⁾	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011 ⁷⁾	52	-	-	-	-	-	52
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	-	37,4	-	-	-	-	37,4
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	1149	-	-	-	-	1149

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	vorh.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anzahlen mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

⁷⁾ Die Anzahlen für "betreubares" und "betreutes" Wohnen fehlen, da dem Land nur wenige Projekte bekannt.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 12: Burgenland-Süd

EW insgesamt (2011): 97.688

EW > 75a (2011): 9.764

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	26	31	0	0	87	0	143	32	39	0	0	3	9	27	0	0	14	50	0	0	40	0	8	0	509
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	1143	133	44	4271	167	8634	1925	1283	435	206	1318	764	788	30	556	1002	2067	81	124	6352	112	221	17	31323
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	131	46	1	439	17	1616	200	47	10	58	1079	29	30	2	12	57	95	20	16	6010	0	17	0	9915
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31617
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8152

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	56,7	2,2	-	-	0,6	n.v.	4,9	6,7	1,8	2,7	2,9	6,0	2,0	2,5	-	1,9	1,4	0	33,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	125,8
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	0,7	0,2	-	-	0,0	n.v.	1,3	0,8	0,2	0,0	0,1	0,5	0,0	0,1	-	0	0,3	0,1	1,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	6,3
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	57,4	2,5	-	-	0,6	n.v.	6,3	7,5	2,1	2,7	3,1	6,5	2,0	2,6	-	1,9	1,7	0,1	35,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	132,1
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0,9	5,5	-	-	6,4	n.v.	6,5	4,4	2,0	0	0	0	1,1	1,7	-	0	1,3	4,0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	33,8
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	58,3	8,0	-	-	6,9	n.v.	12,7	11,9	4,1	2,7	3,1	6,5	3,1	4,2	-	1,9	3,0	4,1	35,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	165,8

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	15,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	15,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	30	3	4	24	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	6
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	20,9	0	32,9	38,4	92,2
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	18057	0	38258	51539	107854
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	18057	0	38258	51539	107854
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011 ⁷⁾	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011 ⁷⁾	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	-	20,9	-	-	-	-	20,9
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	817	-	-	-	-	817

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	vorh.
Ist-Stand 2011	n.v.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungssituation 2004

⁷⁾ Die Angaben für "betreubares" und "betreutes" Wohnen fehlen, da dem Land nur wenige Projekte bekannt.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 21: Kärnten-Ost

EW insgesamt (2011): 336.535

EW > 75a (2011): 30.059

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	102	45	25	41	272	36	537	112	82	188	40	39	60	61	19	69	87	220	20	20	211	208	20	20	2534
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	4002	1762	620	12892	931	28552	7965	2951	3452	1592	3768	3063	2632	915	2574	3548	9284	1053	562	9920	5072	525	264	102038
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	380	124	47	462	50	3760	753	38	314	49	2180	144	185	400	72	158	796	6	15	609	263	4	3	10542
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106034
Stat. Aufenthalte (Richtwert ²⁾ 2015 QuellR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27260
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27260

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg ⁶⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	157,0	9,9	-	-	5,6	n.v.	20,8	15,1	1,3	7,7	7,7	16,3	11,1	7,1	-	5,8	7,2	1,4	111,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	385,5
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	3,6	2,2	-	-	1,5	n.v.	3,3	7,5	5,9	0,4	1,3	1,0	0,2	0,3	-	0,0	1,0	1,3	12,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	41,4
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	160,6	12,1	-	-	7,1	n.v.	24,1	22,6	7,2	8,1	9,0	17,3	11,3	7,5	-	5,8	8,2	2,7	123,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	426,9
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	6,0	7,6	-	-	33,2	n.v.	23,0	8,0	6,5	2,7	6,1	8,4	6,7	2,7	-	1,4	4,2	29,1	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	145,5
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	4,3	2,4	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	10,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	16,7
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	166,6	19,7	-	-	40,3	n.v.	51,4	32,9	13,7	10,8	15,1	25,7	18,0	10,1	-	7,2	12,4	31,7	133,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	589,0

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁸⁾	LOG ⁹⁾	ED ⁹⁾	PT	KP/GP	PSB ⁹⁾	PND	WOH ¹⁰⁾	TS ¹¹⁾	KLUB	FH ¹¹⁾	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011 ⁷⁾	-	-	-	-	-	49,7	15,3	122,5	21,6	1,8	43,6	76,5	1,6	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	-	-	-	-	-	49,7	15,3	122,5	21,6	1,8	43,6	76,5	1,6	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	186	16	10	224	283	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	45
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	699	26	-	7	0	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	21	2	32	5	1	4	2	-	4	4	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	77720	0	260467	236400	574587
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	77720	0	260467	236400	574587
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	53	-	-	-	-	-	53
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	125	2783	-	-	-	-	2908

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	vorh.
Ist-Stand 2011	n.v.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ davon 20 NUK Betten

²⁾ unverbindliche Grobabschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ Daten pro mente kiufa sowie Caritas Erhebungsiahr 2009

⁸⁾ Versorgungssituation 2004

⁹⁾ inkl.1 Einrichtung der HPE mit 0.013 VZÄ

¹⁰⁾ im Unterschied zu 2009 inklusive Plätze in den Zentren für psychosoziale Rehabilitation (ZPSR)

¹¹⁾ Anzahl Plätze wurden nicht von allen Einrichtungen angegeben

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 22: Kärnten-West

EW insgesamt (2011): 221.738

EW > 75a (2011): 20.538

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	43	34	0	0	114	0	355	80	86	105	0	0	0	0	0	91	110	0	0	152	85	12	16	1283	
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	4558	308	178	8440	492	21559	5724	2629	2242	506	2327	1388	1397	295	603	3235	7489	522	215	4895	2209	318	477	69002
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	302	39	8	400	16	3130	763	98	180	32	1044	28	156	124	19	73	404	2	2	42	3	2	16	6862
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70845
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18238
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	111,2	5,7	-	-	2,4	n.v.	15,7	12,2	2,2	2,7	6,2	8,6	6,5	3,7	-	3,2	4,4	1,6	70,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	256,6
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	1,4	1,0	-	-	0,2	n.v.	2,8	3,9	3,2	0,1	0,1	0,5	0,0	0,0	-	0,0	0,1	0,2	4,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	18,4
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	112,7	6,7	-	-	2,6	n.v.	18,6	16,1	5,4	2,8	6,3	9,2	6,5	3,7	-	3,2	4,5	1,8	75,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	275,0
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0,8	4,6	-	-	4,8	n.v.	10,7	9,7	4,9	1,6	0	0	0	0	-	0	0	17,4	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	54,5
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	12,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	12,1
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	113,5	11,3	-	-	7,4	n.v.	29,3	25,7	10,3	4,4	6,3	9,2	6,5	3,7	-	3,2	4,5	19,2	87,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	341,6

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁷⁾	LOG ⁷⁾	ED ⁷⁾	PT	KP/GP	PSB ⁸⁾	PND	WOH ⁹⁾	TS ¹⁰⁾	KLUB	FH ¹⁰⁾	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	APIII
Versorgungssituation 2004/2011 ⁶⁾	-	-	-	-	-	16,5	15,8	74,8	14,1	0,0	62,6	75,0	0,7	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	16,5	15,8	74,8	14,1	0,0	62,6	75,0	0,7	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	94	7	6	87	123	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	21
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	195	26	-	7	0	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	14	3	8	4	0	4	3	-	4	3	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	49278	0	135688	134778	319744
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	49278	0	135688	134778	319744
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	-	12	-	-	-	-	12
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	192	1981	-	-	-	-	2173

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	vorh.
Ist-Stand 2011	n.v.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Daten pro mente kiufa sowie Caritas Erhebungsjahr 2009

⁷⁾ Versorgungssituation 2004

⁸⁾ inkl. 5 Einrichtungen der HPE mit 0.06 VZÄ

⁹⁾ im Unterschied zu 2009 inklusive Plätze in den Zentren für psychosoziale Rehabilitation (ZPSR)

¹⁰⁾ Anzahl Plätze wurden nicht von allen Einrichtungen angegeben

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 31: NÖ Mitte

	EW insgesamt (2011): 379.894										EW > 75a (2011): 32.385														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																									
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011	132	101	0	30	293	45	518	175	147	103	56	56	88	69	25	31	102	217	15	19	23	0	14	0	2259
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	7108	354	323	13702	1546	27155	9839	4596	2747	1717	6773	3610	4195	1008	1820	6537	11293	541	615	3679	119	385	217	109158
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	1488	40	16	1483	281	3400	1545	1218	47	164	5249	382	928	316	199	1238	789	44	63	792	11	13	49	19682
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015, QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	121089
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31096

Ambulante ärztliche Versorgung																										
Versorgungssituation 2010	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg⁵⁾	
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	186,9	9,7	-	-	8,1	n.v.	17,8	15,8	2,2	12,4	10,6	18,6	9,4	8,1	-	5,7	10,7	0,8	108,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	425,6
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	4,6	2,0	-	-	0,9	n.v.	1,7	5,8	1,4	1,1	0,9	0,5	1,0	0,8	-	0,1	1,9	0,4	0,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	23,2
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	191,4	11,8	-	-	8,9	n.v.	19,5	21,5	3,5	13,4	11,4	19,1	10,3	8,9	-	5,8	12,7	1,2	109,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	448,7
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	4,4	13,6	-	-	17,8	n.v.	34,4	9,6	2,0	1,9	6,8	6,2	4,6	3,8	-	1,7	3,6	22,3	3,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	136,5
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	13,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	13,8
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	195,9	25,4	-	-	26,7	n.v.	53,8	31,1	5,5	15,3	18,3	25,3	14,9	12,7	-	7,6	16,3	23,5	126,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	599,1

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																	
Versorgungssituation 2004/2011	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	-	-	-	-	-	20,8	0,0	19,6	15,8	4,1	5,6	12,5	5,9	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	169	21	27	211	157	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	56
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	141	158	-	42	35	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	5	0	13	5	5	2	2	-	7	7	-	-

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZÄ) 2011 ⁷⁾	-	-	217	n.v.	218	507	942
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wochenzeit) 2011 ⁸⁾	-	-	169012	n.v.	192457	461326	822795
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	99	2664	-	-	-	-	2763

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungsplanung, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

⁷⁾ Bei den Daten handelt es sich nicht um "VZÄ" sondern um "Köpfe" (VZÄ sind nicht bekannt). In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

⁸⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 32: Waldviertel

EW insgesamt (2011): 140.129

EW > 75a (2011): 15.018

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	50	20	0	0	184	0	284	77	99	35	0	27	0	25	0	0	116	66	0	0	42	0	8	100	1133
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	2634	79	47	9000	230	13954	3426	1306	916	257	2450	598	1630	110	583	4027	2023	173	230	730	17	271	63	44403
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	455	10	1	941	21	1027	447	88	18	22	1794	35	350	7	36	741	152	14	15	184	4	1	12	6358
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45423
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11672

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	75,1	3,8	-	-	3,4	n.v.	5,2	4,9	0,8	3,9	3,1	5,4	3,5	4,2	-	3,8	5,4	0,3	51,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	174,1
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	1,4	0,5	-	-	0,3	n.v.	0,6	2,8	0,0	0,0	0	0,5	0,0	0,1	-	0	0,8	0,2	0,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	7,5
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	76,5	4,3	-	-	3,8	n.v.	5,8	7,7	0,9	4,0	3,1	5,9	3,6	4,3	-	3,8	6,2	0,5	51,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	181,6
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	5,1	1,2	-	-	7,9	n.v.	8,7	2,6	1,2	0,4	0	1,7	0	0	-	0	3,4	5,1	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	37,3
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	1,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	81,6	5,5	-	-	11,7	n.v.	14,5	10,3	2,1	4,4	3,1	7,7	3,6	4,3	-	3,8	9,6	5,5	52,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	219,9

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	8,2	0,0	0,2	0	3,9	0	0	2,3	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	9
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	66	3	13	36	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	9
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	11	0	-	0	0	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	4	0	3	0	4	0	0	-	4	3	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	151	n.v.	165	313	629
Mobile Dienste (VZÄ) 2011 ⁷⁾	-	-	125573	n.v.	147938	282107	555618
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	793	-	-	-	-	793

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	vorh.
Ist-Stand 2011	n.v.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

⁷⁾ Bei den Daten handelt es sich nicht um "VZÄ" sondern um "Köfoe" (VZÄ sind nicht bekannt). In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

⁸⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 33: Weinviertel

EW insgesamt (2011): 305.051

EW > 75a (2011): 25.326

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	53	21	0	0	156	0	376	88	35	71	0	19	27	69	0	37	101	0	22	0	0	0	0	0	1075
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	4380	547	209	13171	647	27465	7241	2991	1924	667	6033	2380	3907	219	1252	5015	6616	256	659	4734	110	37	206	90313
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	842	61	22	1724	76	4977	1110	446	66	86	4171	182	645	14	347	956	995	66	192	1213	11	1	26	18191
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97618
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25126

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	150,1	5,4	-	-	3,8	n.v.	8,7	9,1	2,1	3,4	7,8	9,9	5,4	5,3	-	3,4	4,5	0	79,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	298,0
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	3,6	0,7	-	-	0,2	n.v.	2,6	3,9	1,3	0,9	0,8	1,3	0,8	0,5	-	0,5	1,6	0,4	0,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	19,5
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	153,7	6,1	-	-	4,1	n.v.	11,2	13,0	3,4	4,3	8,6	11,2	6,2	5,8	-	3,9	6,1	0,4	79,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	317,5
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	3,1	4,3	-	-	6,6	n.v.	11,4	8,5	1,2	0,5	0	2,3	2,0	5,5	-	0	3,1	16,0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	64,4
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	1,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	156,8	10,4	-	-	10,6	n.v.	22,7	21,5	4,6	4,8	8,6	13,5	8,1	11,2	-	3,9	9,2	16,4	80,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	382,9

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPill
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	16,3	0,0	11,5	7,9	3,8	1,7	0,0	5,2	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	-	-	-	-	-	16,3	0,0	11,5	7,9	3,8	1,7	0,0	5,2	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	95	20	23	108	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	23
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	28	35	-	8	0	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	4	0	2	1	5	1	0	-	1	4	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	172	n.v.	192	367	731
Mobile Dienste (VZÄ) 2011 ⁷⁾	-	-	142145	n.v.	183833	351898	677876
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011 ⁸⁾	-	-	142145	n.v.	183833	351898	677876
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	74	1253	-	-	-	-	1327

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaabn mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

⁷⁾ Bei den Daten handelt es sich nicht um "VZÄ" sondern um "Köpfe" (VZÄ sind nicht bekannt). In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

⁸⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 34: Thermenregion

EW insgesamt (2011): 545.591

EW > 75a (2011): 43.205

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	109	60	0	38	363	26	628	197	112	134	26	45	49	82	0	98	151	174	0	32	0	0	0	0	2324
Akutbetten (tats. Betten) 2011																									
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	5755	674	393	20577	1898	40128	14069	3581	3381	2199	10364	4225	6736	393	4486	11651	10756	356	1159	6657	319	74	300	149438
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	1853	86	21	2213	501	9268	2543	170	150	333	7157	458	1431	59	488	1691	1414	35	159	1790	81	0	39	31819
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	173494
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44623

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Versorgungssituation 2010	266,6	13,0	-	-	13,2	n.v.	23,3	27,4	6,6	8,2	14,0	25,8	16,2	10,8	-	8,0	12,2	1,0	149,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	596,0
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)																									
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	3,8	3,2	-	-	0,3	n.v.	6,5	6,5	1,8	1,4	2,0	0,7	0,7	1,1	-	0,4	3,4	0,7	0,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	33,1
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	270,5	16,2	-	-	13,5	n.v.	29,8	33,9	8,4	9,6	16,0	26,4	16,9	11,9	-	8,4	15,6	1,7	150,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	629,1
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0,1	6,7	-	-	14,6	n.v.	22,0	9,9	2,1	2,4	7,5	7,8	3,7	3,5	-	0,6	11,7	29,9	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	122,7
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	13,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	13,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	270,6	22,9	-	-	28,2	n.v.	51,8	43,8	10,6	12,0	23,5	34,2	20,7	15,4	-	9,0	27,3	31,6	163,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	764,7

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPill
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	29,7	0,0	4,4	13,4	6,8	8,0	0,8	10,1	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011																	
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	330	26	57	320	242	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	54
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	46	115	-	15	6	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	6	0	7	5	8	1	1	-	6	5	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	221	n.v.	205	459	885
Mobile Dienste (VZÄ) 2011 ⁷⁾	-	-	168484	n.v.	179238	409927	757649
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wehzeit) 2011 ⁸⁾	-	-					
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	270	3322	-	-	-	-	3592

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaabn mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungssituation 2004

⁷⁾ Bei den Daten handelt es sich nicht um "VZÄ" sondern um "Köpfe" (VZÄ sind nicht bekannt). In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

⁸⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 35: Mostviertel

EW insgesamt (2011): 241.379

EW > 75a (2011): 20.348

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	48	26	0	20	218	0	325	112	129	280	0	10	0	7	0	62	60	0	0	24	0	8	0	1329	
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	4471	313	136	12406	494	24131	6449	5190	1766	875	4517	1926	2429	335	1347	3169	6351	360	570	1352	261	272	87	78587
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	512	64	5	1249	53	2496	1061	1344	36	96	2902	203	567	74	168	156	660	24	12	681	5	7	5	12363
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73537
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18773
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Versorgungssituation 2010	128,0	4,1	-	-	5,3	n.v.	6,0	9,1	2,3	3,1	4,1	8,9	4,1	3,5	-	4,5	4,7	0	88,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	276,4
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	0,9	1,5	-	-	0,1	n.v.	0,5	2,3	0,4	0,4	0,4	0,1	0,1	0,3	-	0	0,4	0,1	0,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	8,3
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	128,9	5,6	-	-	5,4	n.v.	6,4	11,4	2,7	3,5	4,5	9,1	4,2	3,9	-	4,5	5,1	0,1	89,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	284,6
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0,6	2,0	-	-	14,9	n.v.	6,8	5,8	0,4	1,8	0	0	0	0	-	0	2,2	4,5	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	39,0
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	3,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	129,5	7,6	-	-	20,3	n.v.	13,3	17,3	3,1	5,2	4,5	9,1	4,2	3,9	-	4,5	7,3	4,6	92,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	326,6

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	FD ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	16,4	0,0	14,2	17,2	4,0	0,0	0,0	3,1	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	-	-	-	-	-	16,4	0,0	14,2	17,2	4,0	0,0	0,0	3,1	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	107	16	15	62	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	12
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	57	89	-	0	0	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	4	0	5	4	5	0	0	-	4	5	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	192	n.v.	214	322	728
Mobile Dienste (VZÄ) 2011 ⁷⁾	-	-	132273	n.v.	177561	259234	569068
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011 ⁸⁾	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	41	1138	-	-	-	-	1179

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaabn mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

⁷⁾ Bei den Daten handelt es sich nicht um "VZÄ" sondern um "Köfoe" (VZÄ sind nicht bekannt). In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

⁸⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 41: OÖ Zentralraum Linz

EW insgesamt (2011): 328.088

EW > 75a (2011): 27.440

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	166	122	48	54	401	90	690	213	257	425	98	68	89	137	27	137	129	245	31	41	144	104	18	1	3735
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	6249	2564	686	12457	1180	29732	9815	5871	5868	2537	7649	3916	6169	978	5676	4043	7630	899	818	9562	1872	305	398	124299
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	693	497	71	982	166	4254	1428	546	261	144	4322	337	1105	211	588	301	392	27	27	7140	83	1	7	23491
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102811
Stat. Aufenthalte (Richtwert ²⁾ 2015 QuellR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26279
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁶⁾
Versorgungssituation 2010	144,8	13,9	-	-	3,8	n.v.	13,6	27,5	6,8	6,2	12,5	16,9	12,4	6,9	-	9,1	10,5	3,6	104,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	392,4
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	9,1	0,4	-	-	1,4	n.v.	1,1	3,1	1,6	0,9	0,9	1,1	0,4	0,1	-	0	1,8	0,2	10,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	32,8
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	153,9	14,2	-	-	5,2	n.v.	14,8	30,5	8,4	7,1	13,5	18,0	12,8	7,0	-	9,1	12,3	3,9	114,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	425,1
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	6,0	15,3	-	-	24,8	n.v.	35,4	14,8	14,1	11,7	9,4	16,6	6,3	9,3	-	2,3	8,8	26,2	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	201,0
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	6,2	0	-	-	0	n.v.	0	0	1,0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	38,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	45,8
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	1,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	167,2	29,5	-	-	30,0	n.v.	50,2	45,3	23,4	18,8	22,9	34,6	19,0	16,2	-	11,4	21,0	30,1	153,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	672,9
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010																									

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ¹⁾	LOG ²⁾	ED ¹⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	98	42	22	275	200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	29
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	-	-	-	-	-	-	487	147	-	98,0	17	-	-	-	-	-	-
Plätze 2011	-	-	-	-	-	4	4	50	23	5	13,0	1	-	n.v.	1	-	-
Einrichtungen 2011																	

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	51,6	138,1	0	70,2	259,9
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	58436	170844	0	91692	320972
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	730	-	-	-	-	-	730
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	-	58	-	-	-	-	58
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	0	2955	-	-	-	-	2955
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011							

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	vorh.
Ist-Stand 2011	n.v.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ davon 4 NUK Betten

²⁾ unverbindliche Grobabschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ Versoraunssituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 42: OÖ Zentralraum Wels

EW insgesamt (2011): 220.684

EW > 75a (2011): 17.002

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	50	57	0	0	155	0	330	92	37	66	36	25	40	40	0	65	102	126	16	0	68	44	8	18	1375
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	6028	332	304	6653	355	18810	5310	2173	2030	1645	4649	2125	2607	116	2653	3675	7222	474	563	1673	745	201	326	69397
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	1253	67	13	772	69	3825	499	131	92	253	2716	135	370	28	240	454	967	62	12	902	10	4	6	12860
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66781
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17067
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17067

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	109,7	7,5	-	-	2,5	n.v.	5,8	11,1	1,8	2,1	6,5	8,8	5,1	2,8	-	2,7	4,8	0	73,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	244,5
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	2,1	0,9	-	-	0,2	n.v.	0,4	3,2	1,0	0,2	0,4	0,4	0,7	0,2	-	2,2	0,3	0,5	4,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	17,2
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	111,8	8,4	-	-	2,7	n.v.	6,1	14,3	2,8	2,3	6,9	9,2	5,8	3,1	-	4,9	5,1	0,5	77,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	261,7
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	2,2	3,4	-	-	8,8	n.v.	11,3	4,0	0,9	0,6	3,9	5,5	2,2	2,7	-	0,2	6,7	14,7	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	66,9
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,5	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	11,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	12,3
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	114,5	11,8	-	-	11,5	n.v.	17,4	18,3	3,7	2,8	10,8	14,7	8,0	5,8	-	5,2	11,8	15,2	89,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	340,8

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPill
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	78	17	9	79	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	12
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	160	97	-	23,0	0,0	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	4	0	27	16	1	1,0	0,0	-	n.v.	0	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	38,2	91,8	0	34,8	164,7
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	49309	123797	0	49795	222901
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	-	-	-	-	-
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	388	-	-	-	-	-	388
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	0	0	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	58	-	-	-	-	58
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	1985	-	-	-	-	1985

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungssituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 43: Mühlviertel

	EW insgesamt (2011): 268.712										EW > 75a (2011): 19.322														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																									
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011	12	15	0	0	64	0	172	50	0	1	0	0	0	0	0	0	0	68	0	0	0	0	0	0	382
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	4210	1236	299	9534	847	21917	7089	3205	2319	1361	4440	2183	3785	665	2611	1798	8677	516	516	4332	756	98	153	81540
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	507	220	28	869	138	3234	1096	303	81	85	2305	189	722	140	330	125	890	19	11	3517	55	0	5	14808
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80104
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20489

Ambulante ärztliche Versorgung																									
Versorgungssituation 2010	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg.⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	127,0	4,9	-	-	0	n.v.	2,9	7,1	2,2	1,8	4,7	6,7	5,0	2,7	-	1,9	3,2	0	89,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	259,5
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	2,6	0,1	-	-	0,4	n.v.	0,5	3,3	0,3	0,1	0,0	0,4	0,0	0	-	0	0,2	0,1	3,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	11,5
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	129,6	5,0	-	-	0,4	n.v.	3,4	10,4	2,6	1,9	4,8	7,1	5,0	2,7	-	1,9	3,4	0,1	92,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	271,0
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0	0,8	-	-	3,0	n.v.	6,2	3,5	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	-	0	0	7,8	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	21,5
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	2,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2,8
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	129,6	5,8	-	-	3,4	n.v.	9,5	13,9	2,6	2,0	4,9	7,1	5,0	2,7	-	1,9	3,4	7,9	95,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	295,3

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																	
Versorgungssituation 2004/2011	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	63	19	10	56	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	6
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	395	177	-	25,0	0	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	7	0	40	28	3	3,0	0	-	n.v.	0	-	-

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	53,5	112,8	0	42,0	208,4
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	64357	153063	0	58868	276288
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	637	-	-	-	-	-	637
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	0	0	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	60	-	-	-	-	60
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	1868	-	-	-	-	1868

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anzahlen mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 44: Pyhrn-Eisenwurzen

EW insgesamt (2011): 152.778

EW > 75a (2011): 13.229

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	43	48	0	0	148	0	307	67	54	51	0	20	22	30	0	41	75	110	0	0	2	80	12	46	1156
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	3671	144	136	6614	432	12901	3854	2238	1772	434	2812	1256	1891	109	2240	2617	5067	231	376	882	1314	151	181	49677
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	353	25	14	704	47	1989	548	312	77	29	1499	198	384	27	162	470	759	30	9	464	9	0	4	8100
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47205
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12092
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	75,3	2,5	-	-	0	n.v.	3,9	8,1	1,6	1,3	3,1	4,6	3,1	2,0	-	2,3	2,6	0	50,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	161,1
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	2,0	0,5	-	-	0,0	n.v.	1,1	1,1	0,2	0,1	0,6	0,6	0,2	0,0	-	0,9	0,2	0,2	2,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	10,5
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	77,3	2,9	-	-	0,0	n.v.	5,0	9,1	1,7	1,5	3,7	5,2	3,3	2,0	-	3,2	2,8	0,2	53,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	171,6
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	3,0	3,5	-	-	4,0	n.v.	7,0	2,6	2,4	0,7	0	1,9	1,1	1,7	-	0,4	4,6	16,4	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	49,4
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,5	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	11,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	12,1
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	80,8	6,4	-	-	4,0	n.v.	12,1	11,7	4,2	2,2	3,7	7,1	4,5	3,7	-	3,6	7,5	16,7	65,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	233,2

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	70	12	11	63	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	8
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	132	55	-	41,0	17	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	4	1	10	10	2	6,0	1	-	n.v.	1	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	36,5	67,4	0	21,6	125,4
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	43103	87792	0	29587	160481
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	-	-	-	-	-
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	295	-	-	-	-	-	295
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	0	0	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	61	-	-	-	-	61
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	1523	-	-	-	-	1523

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	vorh.
Ist-Stand 2011	n.v.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 45: Traunviertel-Salzkammergut

EW insgesamt (2011): 229.628

EW > 75a (2011): 18.737

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	41	34	0	0	159	0	274	92	68	60	0	27	32	35	0	36	37	115	0	10	14	92	12	6	1144
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	4751	333	192	10094	713	19104	6334	2903	2376	919	5538	2613	3528	192	2503	2366	7810	452	759	1582	2252	328	278	75062
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	675	89	9	1124	98	4465	727	126	90	101	2182	506	1118	51	280	318	1332	48	130	443	128	8	14	13912
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70809
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18159
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18159

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	110,8	5,2	-	-	1,2	n.v.	5,8	10,7	2,9	1,6	4,5	8,9	4,8	3,6	-	2,5	3,5	1,3	64,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	231,6
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	1,4	0,1	-	-	0,2	n.v.	0,7	1,8	1,2	0,2	0,3	0,5	0	0,1	-	0,0	0,5	0,4	7,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	14,5
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	112,2	5,3	-	-	1,4	n.v.	6,5	12,6	4,1	1,9	4,8	9,4	4,8	3,7	-	2,5	4,0	1,7	71,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	246,1
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	6,9	3,4	-	-	4,5	n.v.	7,0	4,9	1,6	1,3	0,0	2,1	0,9	1,3	-	1,1	1,1	17,3	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	53,4
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	1,5	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	13,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	14,9
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	1,0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	120,5	8,8	-	-	5,9	n.v.	14,5	17,4	5,7	3,1	4,9	11,5	5,7	5,1	-	3,6	5,2	19,0	84,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	315,4

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	60	15	9	77	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	14
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	179	108	-	17,0	0	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	3	0	11	17	2	2,0	0	-	n.v.	2	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	46,4	122,1	0	50,3	218,7
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	55215	142483	0	63602	261301
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	-	-	-	-	-
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	682	-	-	-	-	-	682
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	0	0	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	18	-	-	-	-	18
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	2170	-	-	-	-	2170

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z.B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorungsituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 46: Innviertel

	EW insgesamt (2011): 212.833										EW > 75a (2011): 17.126														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																									
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011	39	45	0	0	131	0	304	76	50	65	0	27	33	42	0	0	36	131	0	0	0	58	10	0	1047
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	5583	288	113	9395	398	22674	5992	2374	2145	572	6729	2968	2990	169	852	3137	8992	232	433	642	1143	226	214	76678
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	1216	62	2	1533	63	5437	753	100	108	51	5243	172	504	29	164	859	1743	20	16	209	4	0	2	18284
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64502
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16507

Ambulante ärztliche Versorgung																									
Versorgungssituation 2010	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg.⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	105,6	5,6	-	-	1,4	n.v.	5,0	6,4	1,3	2,4	2,1	7,3	2,4	2,3	-	2,5	1,6	1,2	62,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	210,2
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	1,1	0	-	-	0,5	n.v.	0,1	1,7	0,1	0,0	0,3	0,2	0,6	0,2	-	0,0	0,2	0,1	5,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	10,3
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	106,7	5,6	-	-	1,9	n.v.	5,1	8,1	1,4	2,5	2,4	7,5	3,0	2,5	-	2,5	1,8	1,3	68,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	220,4
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0,4	1,7	-	-	2,6	n.v.	9,2	4,5	0,6	2,0	0,0	3,4	2,6	3,0	-	0	3,1	11,1	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	44,2
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	7,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	7,5
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	107,1	7,3	-	-	4,5	n.v.	14,3	12,7	1,9	4,5	2,4	10,9	5,6	5,5	-	2,5	4,9	12,4	75,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	272,2

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																	
Versorgungssituation 2004/2011	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	73	13	5	69	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	7
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	156	190	-	0,0	10	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	3	1	12	35	2	0,0	1	-	n.v.	0	-	-

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	51,3	99,0	0	49,0	199,3
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	69087	131694	0	70426	271207
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	476	-	-	-	-	-	476
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	8	-	-	-	-	-	8
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	41	-	-	-	-	41
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	1455	-	-	-	-	1455

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorungsituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 51: Salzburg-Nord

	EW insgesamt (2011): 347.794										EW > 75a (2011): 25.159														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																									
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011	127	55	36	30	268	43	504	187	124	214	87	54	50	65	24	44	93	196	24	24	333	117	14	22	2735
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	3068	2378	320	13504	1084	26321	9586	3538	5787	2745	5363	2857	3182	1102	3283	3531	7686	844	571	9018	2589	230	579	105768
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	701	895	16	1709	147	8708	1342	259	948	219	3031	279	733	129	1276	74	274	59	46	681	133	3	101	21525
Stat. Aufenthalte (Richtwert ²⁾ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106308
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27265

Ambulante ärztliche Versorgung																									
Versorgungssituation 2010	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg.⁶⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	149,5	13,1	-	-	5,3	n.v.	18,5	18,1	6,2	4,0	11,8	14,7	8,4	8,5	-	4,8	8,7	0,2	110,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	382,0
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	4,1	0,8	-	-	1,8	n.v.	2,7	4,6	1,2	4,6	1,2	1,1	0,4	0,2	-	0,1	0,5	3,4	15,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	42,4
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	153,6	14,0	-	-	7,0	n.v.	21,2	22,8	7,4	8,6	13,0	15,8	8,8	8,7	-	4,9	9,3	3,7	125,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	424,3
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0	13,9	-	-	26,3	n.v.	26,3	2,5	6,6	7,6	5,9	14,5	3,2	4,2	-	4,2	6,7	19,0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	140,9
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	18,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	18,1
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	153,6	27,8	-	-	33,3	n.v.	47,5	25,3	14,0	16,2	19,0	30,4	12,0	12,9	-	9,1	15,9	22,7	143,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	583,4

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																		
Versorgungssituation 2004/2011	PD ⁷⁾	LOG ⁷⁾	ED ⁷⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG ⁸⁾	LH	ÄPIII	
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	17,8	3,4	55,5	10,6	0,6	25,6	n.v.	3,2	-	-	-	-	
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	439	32	59	555	480	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	62	
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	164	78	-	83	n.v.	-	-	-	-	-	
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	4	1	22	4	2	5	n.v.	-	n.v.	7	-	-	

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	n.v.	n.v.	-	-	-	-	n.v.

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ davon 8 NUK Betten

²⁾ unverbindliche Grobabschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ Versorgungssituation 2004

⁸⁾ Anzahl Gruppen

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 52: Pinzgau-Pongau-Lungau

EW insgesamt (2011): 183.941

EW > 75a (2011): 13.542

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	40	46	0	0	154	0	332	98	38	55	0	24	35	11	0	65	181	0	0	59	29	4	6	1177	
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	3394	307	57	9005	427	18777	5553	2467	1580	561	3114	2997	2126	340	685	1930	8510	270	318	1836	385	50	295	64254
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	521	112	1	1204	42	3765	594	582	91	74	767	256	374	30	223	153	398	16	13	137	4	0	43	9353
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55057
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14103
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14103

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	96,3	5,9	-	-	2,5	n.v.	8,3	9,7	2,7	2,3	5,4	7,6	4,3	3,2	-	1,9	4,6	0,3	66,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	221,2
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	2,5	0,0	-	-	0,7	n.v.	0,6	2,3	1,1	2,4	0,2	0,5	0,1	0,0	-	0,0	0,1	7,6	6,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	24,7
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	98,8	6,0	-	-	3,2	n.v.	8,9	12,0	3,8	4,7	5,5	8,1	4,4	3,2	-	1,9	4,7	7,9	72,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	246,0
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	1,0	2,3	-	-	5,6	n.v.	6,2	2,5	0,6	1,7	0	1,2	4,3	1,0	-	0	0,9	16,6	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	43,9
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	6,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	6,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	99,8	8,2	-	-	8,8	n.v.	15,1	14,5	4,3	6,5	5,5	9,4	8,7	4,2	-	1,9	5,6	24,5	78,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	295,8

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	FD ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB ⁷⁾	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG ⁸⁾	LH	ÄPill
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	16,1	2,6	61,0	8,1	0,0	10,5	n.v.	2,5	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	16,1	2,6	61,0	8,1	0,0	10,5	n.v.	2,5	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	162	10	12	46	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	7
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	93	50	-	41	n.v.	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	7	2	7	3	0	4	n.v.	-	n.v.	3	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	n.v.	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	n.v.	n.v.	-	-	-	-	n.v.

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	Ist-Stand 2011
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	vorh.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaabn mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

⁷⁾ inklusive Kinderseelenhilfe (Lunau, Pongau, bubbletruck)

⁸⁾ Anzahl Gruppen

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 61: Graz

EW insgesamt (2011): 404.107

EW > 75a (2011): 30.744

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	184	113	64	34	372	47	764	107	268	712	75	56	126	62	0	62	42	204	22	23	541	124	20	12	4034
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	5216	2629	345	12624	636	24189	7708	4596	6244	2624	4550	4310	2161	27	1856	2377	6304	698	307	19003	2498	508	386	108404
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	808	762	29	1126	20	1180	1553	228	325	1038	2483	230	549	1	15	194	180	153	9	821	376	24	124	11702
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	122744
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31303
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	161,5	16,5	-	-	2,8	n.v.	29,9	22,0	3,9	7,6	8,1	17,1	9,7	6,6	-	9,3	9,3	0	112,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	417,2
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	7,4	2,1	-	-	0,4	n.v.	5,5	6,6	4,0	2,7	2,0	2,4	1,1	0,7	-	0,2	1,0	0,5	14,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	50,7
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	169,0	18,6	-	-	3,2	n.v.	35,4	28,6	7,8	10,3	10,1	19,6	10,8	7,3	-	9,6	10,3	0,5	126,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	467,8
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	9,9	33,4	-	-	40,6	n.v.	76,6	15,8	17,0	11,5	28,4	15,8	11,7	4,9	-	1,7	3,7	12,3	21,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	304,6
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	7,0	0	-	-	0,8	n.v.	9,0	3,3	3,8	0	3,0	1,6	2,0	1,3	-	0	2,6	0	12,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	46,7
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	185,9	52,0	-	-	44,6	n.v.	121,0	47,7	28,7	21,8	41,5	36,9	24,5	13,5	-	11,3	16,6	12,8	160,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	819,1

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH ⁷⁾	AZU	ArbM ⁷⁾	SHG	AG	LH	ÄPill
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	63,2	0,0	78,4	26,2	0,0	22,1	0,0	0,0	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	-	-	-	-	-	63,2	0,0	78,4	26,2	0,0	22,1	0,0	0,0	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	391	64	68	468	431	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	64
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	-	86	76	-	92	0	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	15	0	21	6	3	13	0	-	0	0	0	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (VZÄ) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Weiszeit) 2011 ⁸⁾	-	-	67680	n.v.	102671	102204	272555
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	235	-	-	-	-	-	235
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	0	-	-	-	-	0
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	4037	-	-	-	-	4037

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	Ist-Stand 2011
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	vorh.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaabn mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungssituation 2004

⁷⁾ Für EH und ARB Einrichtungen liegen leider keine vollständigen Daten zu VZÄ vor

⁸⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 62: Liezen

		EW insgesamt (2011): 79.828										EW > 75a (2011): 7.423														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																										
Versorgungssituation 2011		INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011		21	0	0	0	104	0	168	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	0	0	24	4	125	493
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)		-	964	115	39	5647	168	10331	1852	692	421	301	1494	495	585	34	439	882	2282	120	108	589	333	71	177	27558
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)		-	122	40	2	589	4	1146	296	132	12	38	540	32	59	2	44	30	249	17	3	63	1	0	2	3416
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25491
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6568

Ambulante ärztliche Versorgung																										
Versorgungssituation 2010		AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)		46,0	3,0	-	-	0	n.v.	4,5	3,6	1,1	1,4	1,5	4,1	2,7	1,2	-	0,9	1,2	0	29,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	101,1
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)		0,8	0,0	-	-	0,2	n.v.	0,3	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0	0	0	0,0	0,0	1,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,8
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt		46,8	3,0	-	-	0,2	n.v.	4,8	4,9	1,1	1,4	1,5	4,1	2,7	1,2	-	0,9	1,2	0,0	31,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	104,9
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)		10,4	0	-	-	3,9	n.v.	2,2	1,1	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	17,6
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)		1,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)		0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010		58,2	3,0	-	-	4,1	n.v.	7,0	6,0	1,1	1,4	1,5	4,1	2,7	1,2	-	0,9	1,2	0,0	31,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	123,5

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																		
Versorgungssituation 2004/2011		PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH ⁷⁾	AZU	ArbM ⁷⁾	SHG	AG	LH	ÄPIII
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011		-	-	-	-	-	9,1	0,0	6,9	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011		44	4	3	16	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	6
Plätze 2011		-	-	-	-	-	-	-	0	25	-	0	0	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011		-	-	-	-	-	5	0	4	2	0	5	0	-	0	0	-	-

Alten- und Langzeitversorgung								
Versorgungssituation 2011		WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZÄ) 2011		-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Weizzeit) 2011 ⁸⁾		-	-	15164	n.v.	26836	26738	68738
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011		0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011		114	-	-	-	-	-	114
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011		0	0	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011		-	0	-	-	-	-	0
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011		0	923	-	-	-	-	923

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien		
Ist-Stand 2011		vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)		n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)		n.v.
Standardisierte Arztbriefe		n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)		n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR		n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungssituation 2004

⁷⁾ Für EH und ARB Einrichtungen liegen leider keine vollständigen Daten zu VZÄ vor

⁸⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 63: Östliche Obersteiermark

EW insgesamt (2011): 165.815

EW > 75a (2011): 18.736

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	48	46	0	0	178	0	300	68	137	0	0	35	35	43	0	53	0	130	0	0	0	11	8	11	1103
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	2775	232	50	9455	273	15495	3397	3489	1403	469	3561	1639	1385	21	1848	1812	4275	176	182	1201	534	233	334	53138
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	373	77	1	597	10	880	256	83	41	170	197	76	87	5	164	45	138	41	11	75	24	3	16	3326
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55221
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14260

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	97,4	6,0	-	-	0,8	n.v.	10,4	7,6	4,4	4,3	6,3	9,1	5,0	3,4	-	3,1	3,4	0	52,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	213,7
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	1,3	0,0	-	-	0,1	n.v.	0,4	1,9	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	-	0,0	0,2	0,1	0,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	5,1
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	98,7	6,0	-	-	0,9	n.v.	10,8	9,5	4,4	4,3	6,3	9,4	5,0	3,6	-	3,1	3,6	0,1	53,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	218,7
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	17,8	2,7	-	-	10,2	n.v.	12,1	2,3	3,6	0	0	0	2,4	1,2	-	3,6	0	4,6	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	60,5
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	18,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	18,1
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	116,5	8,7	-	-	11,1	n.v.	22,9	11,8	8,1	4,3	6,3	9,4	7,4	4,8	-	6,7	3,6	4,7	71,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	297,3

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH ⁷⁾	AZU	ArbM ⁷⁾	SHG	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	28,1	0,0	16,1	10,5	0,0	4,0	0,0	0,0	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	-	-	-	-	-	28,1	0,0	16,1	10,5	0,0	4,0	0,0	0,0	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	50	4	5	41	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	7
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	13	40	-	24	0	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	4	0	5	3	3	4	0	-	0	0	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (VZÄ) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Weiszeit) 2011 ⁸⁾	-	-	29063	n.v.	50461	60942	140466
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	80	-	-	-	-	-	80
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	0	-	-	-	-	0
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	2288	-	-	-	-	2288

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	vorh.
Ist-Stand 2011	n.v.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaabn mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

⁷⁾ Für EH und ARB Einrichtungen liegen leider keine vollständigen Daten zu VZÄ vor

⁸⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 64: Oststeiermark

	EW insgesamt (2011): 267.046																EW > 75a (2011): 23.681								
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																									
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011	33	0	0	0	206	0	387	71	34	0	0	0	0	1	0	0	47	36	0	0	19	24	0	0	858
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	2464	1246	96	15403	407	24911	6103	2816	1880	1069	3089	2032	1504	14	865	2088	2921	417	195	3005	462	87	138	72525
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	323	356	7	1938	12	2524	748	122	37	401	1775	77	227	1	5	150	124	125	5	1068	0	9	9	10025
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82588
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21160

Ambulante ärztliche Versorgung																									
Versorgungssituation 2010	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg.⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	142,2	7,2	-	-	2,5	n.v.	20,3	10,6	1,2	4,0	4,7	10,3	5,0	5,4	-	3,4	6,2	0	85,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	308,9
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	2,7	1,2	-	-	0,2	n.v.	2,0	3,2	0,6	0,3	0,7	2,0	0,9	0,4	-	0	0,0	0,2	3,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	17,6
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	144,9	8,4	-	-	2,8	n.v.	22,3	13,8	1,8	4,3	5,4	12,3	5,9	5,8	-	3,4	6,3	0,2	89,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	326,5
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0	0	-	-	19,1	n.v.	11,4	3,2	0,2	0	0	0	0	0	-	0	4,0	3,9	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	41,7
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,7	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	4,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	4,7
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	145,6	8,4	-	-	21,9	n.v.	33,7	17,0	2,0	4,3	5,4	12,3	5,9	5,8	-	3,4	10,3	4,0	93,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	373,0

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																	
Versorgungssituation 2004/2011	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH ⁷⁾	AZU	ArbM ⁷⁾	SHG	AG	LH	ÄPIII
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	-	-	-	-	-	48,6	0,0	38,7	23,3	0,0	13,0	0,0	2,5	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	102	12	14	49	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	9
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	33	71	-	64	0	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	25	0	11	5	4	8	0	-	0	0	-	-

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZÄ) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wezzeit) 2011 ⁸⁾	-	-	51767	n.v.	81754	74917	208438
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	176	-	-	-	-	-	176
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	0	-	-	-	-	0
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	2571	-	-	-	-	2571

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

⁷⁾ Für EH und ARB Einrichtungen liegen leider keine vollständigen Daten zu VZÄ vor

⁸⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 65: West-/Südsteiermark

	EW insgesamt (2011): 190.408										EW > 75a (2011): 16.342														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																									
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011	22	0	0	0	144	0	234	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	470
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	1524	1069	95	11265	440	16070	3785	1449	1646	1156	2115	1732	1024	8	946	1925	1958	245	150	2703	464	52	125	51305
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	161	287	6	966	18	916	531	108	49	432	1078	53	248	1	1	84	37	62	6	160	3	1	24	5202
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59277
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15238

Ambulante ärztliche Versorgung																									
Versorgungssituation 2010	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	113,2	8,4	-	-	1,1	n.v.	10,0	7,4	5,2	2,1	4,2	7,3	5,3	4,6	-	3,8	3,8	0	65,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	242,2
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	1,7	0,1	-	-	0,1	n.v.	1,4	2,5	0,3	0,2	0,7	0,0	1,2	0,0	-	0	0,2	0,0	5,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	13,4
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	114,9	8,5	-	-	1,2	n.v.	11,4	9,9	5,5	2,2	4,9	7,3	6,6	4,7	-	3,8	4,0	0,0	70,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	255,6
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0	0	-	-	10,5	n.v.	7,2	5,1	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	22,8
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	3,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,5
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	114,9	8,5	-	-	11,7	n.v.	18,6	15,1	5,5	2,2	4,9	7,3	6,6	4,7	-	3,8	4,0	0,0	74,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	281,9

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																	
Versorgungssituation 2004/2011	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH ⁷⁾	AZU	ArbM ⁷⁾	SHG	AG	LH	ÄPIII
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	-	-	-	-	-	31,8	0,0	23,2	14,7	0,0	8,3	0,0	2,3	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	57	14	5	32	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	9
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	27	47	-	35	0	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	7	0	8	3	5	2	0	-	0	0	-	-

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZÄ) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Weizzeit) 2011 ⁸⁾	-	-	32996	n.v.	64601	54174	151771
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	141	-	-	-	-	-	141
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	0	-	-	-	-	0
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	2243	-	-	-	-	2243

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

⁷⁾ Für EH und ARB Einrichtungen liegen leider keine vollständigen Daten zu VZÄ vor

⁸⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 66: Westliche Obersteiermark

	EW insgesamt (2011): 103.524										EW > 75a (2011): 10.630														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																									
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011	19	0	0	0	44	0	158	29	35	0	0	0	0	0	0	0	173	38	0	0	0	0	0	0	496
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	1222	142	41	5172	139	11169	2305	1551	838	215	1499	629	758	25	599	2435	3054	135	68	661	313	43	177	32657
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	174	40	2	683	5	924	278	62	17	83	147	21	51	6	28	141	242	17	3	29	1	0	26	2954
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33223
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8553

Ambulante ärztliche Versorgung																									
Versorgungssituation 2010	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg.⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	61,9	2,5	-	-	0	n.v.	5,3	4,0	2,5	0	2,5	4,9	3,2	2,2	-	1,6	2,5	0	38,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	131,1
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	0,5	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,4	0,9	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0	0	0	0,1	0,0	1,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,6
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	62,4	2,5	-	-	0,0	n.v.	5,6	5,0	2,5	0,1	2,6	4,9	3,2	2,2	-	1,6	2,6	0,0	39,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	134,7
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	5,7	0	-	-	1,9	n.v.	2,8	2,2	1,5	0	0	0	0	0	-	0	4,5	4,1	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	22,7
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	1,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,6
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	68,1	2,5	-	-	2,0	n.v.	8,4	7,2	4,0	0,1	2,6	4,9	3,2	2,2	-	1,6	7,0	4,2	41,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	159,0

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																	
Versorgungssituation 2004/2011	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH ⁷⁾	AZU	ArbM ⁷⁾	SHG	AG	LH	ÄPIII
Vollzeitäquivalente (VZÄ) 2011	-	-	-	-	-	19,5	0,0	32,2	19,2	0,0	5,6	0,0	0,0	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	43	6	5	18	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	4
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	20	65	-	12	0	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	5	0	8	4	0	2	0	-	0	0	-	-

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZÄ) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Weizzeit) 2011 ⁸⁾	-	-	17782	n.v.	32422	45811	96015
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	133	-	-	-	-	-	133
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	0	-	-	-	-	0
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	0	1663	-	-	-	-	1663

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

⁷⁾ Für EH und ARB Einrichtungen liegen leider keine vollständigen Daten zu VZÄ vor

⁸⁾ In der Rubrik "PH" sind auch "FDSB" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 71: Tirol-Zentralraum

	EW insgesamt (2011):										EW > 75a (2011):														
	365.118										26.040														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																									
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011	147	79	40	0	335	56	443	189	167	384	61	42	70	85	27	74	51	160	26	31	340	100	13	24	2944
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	3799	1555	2	16403	1143	21002	11254	3252	5820	2286	5844	3603	5964	854	3260	1870	8704	748	600	11905	2096	251	306	109868
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	795	226	0	3831	37	4849	3088	418	610	820	4366	237	2142	32	52	162	610	84	229	2348	0	24	15	24937
Stat. Aufenthalte (Richtwert ² 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110291
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28189

Ambulante ärztliche Versorgung																									
Versorgungssituation 2010	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg.⁶⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	170,7	17,1	-	-	4,1	n.v.	25,1	18,5	4,9	5,8	11,1	13,6	12,2	4,3	-	9,4	8,7	0,3	116,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	421,9
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	9,7	1,6	-	-	3,1	n.v.	7,8	11,4	4,2	2,7	2,5	2,9	1,1	1,2	-	0,3	1,0	0,9	22,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	72,6
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	180,5	18,7	-	-	7,2	n.v.	32,9	29,9	9,1	8,5	13,5	16,6	13,3	5,5	-	9,7	9,7	1,2	138,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	494,5
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	10,5	16,0	-	-	24,6	n.v.	42,9	19,0	17,0	21,4	7,2	8,8	6,6	8,0	-	0,6	2,8	30,0	32,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	247,9
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	14,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	14,5
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	1,0	0	0	2,4	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	3,4
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	191,0	34,7	-	-	31,8	n.v.	75,8	49,9	26,1	29,9	23,2	25,3	19,9	13,5	-	10,3	12,5	31,2	185,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	760,4

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																	
Versorgungssituation 2004/2009	PD ¹⁾	LOG ²⁾	ED ¹⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Vollzeitäquivalente (VZA) 2009	-	-	-	-	-	102	0	149	67,7	n.v.	27,9	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2009	420	145	130	459	385	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	31
Plätze 2009	-	-	-	-	-	-	280	363	-	98	n.v.	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2009	-	-	-	-	-	13	0	26	10	n.v.	6	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	87,9	0	77,5	54,5	219,9
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	81452	0	84308	2332	168092
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	386	-	-	-	-	-	386
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	64	-	-	-	-	-	64
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	27	-	-	-	-	27
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	675	2631	-	-	-	-	3306

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ davon 12 NUK Betten

²⁾ unverbindliche Grobabschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ Versorungssituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 72: Tirol-West

	EW insgesamt (2011): 132.992										EW > 75a (2011): 9.069														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																									
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011	14	33	0	0	91	0	125	55	0	0	0	3	16	12	0	0	16	103	0	0	6	0	0	0	474
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	2114	157	4	6179	232	11068	3621	597	829	312	1967	1487	1829	170	672	698	5265	191	203	1386	181	10	23	38981
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	349	17	0	869	6	1762	473	77	45	121	1417	222	458	6	6	145	494	17	46	282	0	0	2	6811
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38756
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9883

Ambulante ärztliche Versorgung																									
Versorgungssituation 2010	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg.⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	68,3	2,5	-	-	1,1	n.v.	5,6	7,1	2,1	1,9	3,7	3,3	3,1	2,7	-	0,4	1,1	2,7	41,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	147,2
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	1,9	0,6	-	-	0,0	n.v.	1,6	0,8	2,1	0,2	0,0	1,2	0,3	0,0	-	0,2	0,2	0,2	4,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	14,3
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	70,2	3,1	-	-	1,2	n.v.	7,2	8,0	4,2	2,1	3,7	4,4	3,4	2,7	-	0,7	1,3	2,8	46,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	161,4
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0,3	3,1	-	-	4,4	n.v.	2,7	1,9	0	0	0	0	0	0	-	0	0	4,9	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	17,2
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	1,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	70,5	6,2	-	-	5,5	n.v.	9,9	9,9	4,2	2,1	3,7	4,4	3,4	2,7	-	0,7	1,3	7,7	47,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	179,7

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																	
Versorgungssituation 2004/2009	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Vollzeitäquivalente (VZA) 2009	-	-	-	-	-	11	0	0	10	n.v.	2	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2009	73	20	17	32	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	5
Plätze 2009	-	-	-	-	-	-	0	52	-	6	n.v.	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2009	-	-	-	-	-	3	0	0	4	n.v.	1	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	24,7	0	22,4	24,5	71,6
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	30460	0	23972	1166	55598,1
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	39	-	-	-	-	-	39
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	-	18	-	-	-	-	18
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	9	-	-	-	-	9
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	118	688	-	-	-	-	806

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 73: Tirol-Nordost

EW insgesamt (2011): 162.310

EW > 75a (2011): 11.617

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	16	34	0	0	91	0	166	52	34	33	0	20	16	24	0	0	44	96	0	0	29	0	0	0	655
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	4603	149	5	7426	514	12166	4191	2568	2210	343	2925	1693	2259	196	682	1763	6140	146	178	2079	90	11	45	52236
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	1149	22	2	1123	11	2577	706	357	213	147	1009	140	205	3	8	209	299	7	46	585	0	0	0	8818
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49310
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12638

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard- (Erst-)Kons. (ÄAVE)	88,1	3,3	-	-	1,0	n.v.	9,3	6,2	1,8	2,2	2,9	4,4	3,7	2,5	-	2,8	1,3	2,4	62,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	194,1
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	2,3	0,1	-	-	1,7	n.v.	3,0	5,6	1,1	0,7	0,8	1,8	0,0	0,5	-	0,0	0,5	0,1	6,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	24,4
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	90,4	3,4	-	-	2,7	n.v.	12,3	11,8	2,8	2,8	3,7	6,1	3,7	3,1	-	2,8	1,8	2,5	68,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	218,5
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0,4	1,6	-	-	4,4	n.v.	3,5	3,0	1,7	1,2	0,0	0,9	1,6	1,5	-	0	1,4	9,9	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	31,1
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	1,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,5
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	90,7	5,0	-	-	7,1	n.v.	15,7	14,8	4,6	4,0	3,7	7,0	5,3	4,6	-	2,8	3,2	12,4	70,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	251,1

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPill
Versorgungssituation 2004/2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2009	-	-	-	-	-	22,1	0	2,3	7,2	n.v.	12,1	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2009	123	25	24	48	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	7
Plätze 2009	-	-	-	-	-	-	10	58	-	24	n.v.	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2009	-	-	-	-	-	4	0	2	2	n.v.	1	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	43,7	0	49,2	30,5	123,3
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	46249	0	54453	4331	105033
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	-	-	-	-	-
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	120	-	-	-	-	-	120
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	-	53	-	-	-	-	53
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	11	-	-	-	-	11
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	325	902	-	-	-	-	1227

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	vorh.
Ist-Stand 2011	n.v.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorungsituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 74: Osttirol

	EW insgesamt (2011): 49.706										EW > 75a (2011): 4.402														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	13	20	0	0	45	0	99	22	30	30	0	0	15	14	0	0	14	38	0	0	0	30	0	0	370
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	1176	40	13	2006	137	4677	1362	1176	551	65	772	649	655	38	67	460	1631	81	60	218	550	14	16	15834
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	146	2	0	476	3	785	266	36	137	8	160	8	94	2	16	31	169	1	4	19	2	0	1	2363
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15174
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3879

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	22,6	2,1	-	-	0	n.v.	4,0	2,2	1,1	0,8	2,0	2,2	1,4	2,0	-	1,0	0,4	0	20,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	61,9
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	0,2	0,6	-	-	0,0	n.v.	0,7	2,2	0	0	0	0,4	0,0	0,0	-	0	0,2	0,0	1,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	6,0
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	22,8	2,7	-	-	0,0	n.v.	4,8	4,4	1,1	0,8	2,0	2,6	1,4	2,0	-	1,0	0,6	0,0	21,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	67,9
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	2,7	0	-	-	1,8	n.v.	2,8	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	2,9	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	10,3
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	25,5	2,7	-	-	1,8	n.v.	7,6	4,4	1,1	0,8	2,0	2,6	1,4	2,0	-	1,0	0,6	2,9	21,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	78,1

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPill
Versorgungssituation 2004/2009	-	-	-	-	-	4,6	0	0	3,5	n.v.	0	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2009	-	-	-	-	-	4,6	0	0	3,5	n.v.	0	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2009	26	12	3	12	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1
Plätze 2009	-	-	-	-	-	-	0	21	-	0	n.v.	-	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2009	-	-	-	-	-	1	0	0	2	n.v.	0	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	23,6	0	22,0	14,9	60,4
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	23,6	0	22,0	14,9	60,4
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	24284	0	23690	621	48594,6
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	14	-	-	-	-	-	14
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	-	10	-	-	-	-	10
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	4	-	-	-	-	4
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	60	302	-	-	-	-	362

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorungsituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 81: Rheintal-Bregenzerwald

EW insgesamt (2011): 208.726

EW > 75a (2011): 14.150

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	33	55	0	0	107	0	214	74	0	0	0	0	0	20	0	37	44	52	0	0	98	0	10	0	744
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	5207	52	42	7588	416	16720	5080	1077	1926	427	2297	1122	2459	389	1475	1868	3222	255	833	6773	2	103	94	59228
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	1275	3	1	905	106	4658	980	34	130	33	697	150	370	13	261	173	156	30	291	3639	2	0	1	13905
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62109
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15855
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	89,7	13,0	-	-	1,3	n.v.	14,8	13,5	3,0	5,5	4,0	7,1	4,8	3,1	-	1,2	4,5	0	67,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	233,1
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	2,3	0,3	-	-	0,7	n.v.	1,7	2,2	0,0	0,7	3,2	1,5	0,7	0,1	-	0,1	1,4	0	27,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	42,7
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	92,0	13,3	-	-	2,0	n.v.	16,4	15,7	3,0	6,3	7,3	8,6	5,4	3,2	-	1,3	5,9	0	95,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	275,8
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	4,9	1,7	-	-	6,7	n.v.	3,9	2,8	0	0	0	0	0	0	-	0,3	1,6	4,0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	26,0
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	10,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	10,6
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	96,9	15,1	-	-	8,7	n.v.	20,3	18,5	3,0	6,3	7,3	8,6	5,4	3,2	-	1,6	7,5	4,0	106,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	312,4

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁶⁾	LOG ⁶⁾	ED ⁶⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	APIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	100	4	1	115	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	22
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	14	0	11	7	4	5	0	-	24	11	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	72,5	0	19,2	160,6	252,3
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	162028	0	0	298649	460677
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Weazzeit) 2011 ⁷⁾	-	-	-	-	-	-	-
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	204	-	-	-	-	-	204
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	16	-	-	-	-	-	16
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	0	-	-	-	-	0
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	160	1246	-	-	-	-	1406

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	vorh.
Ist-Stand 2011	n.v.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Anaaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ Versorgungsituation 2004

⁷⁾ Einsatzstunden inkl. Weazzeit: in der Rubrik "DGKP" sind auch "PH" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 82: Vorarlberg-Süd

EW insgesamt (2011): 161.222

EW > 75a (2011): 10.924

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	40	28	0	10	97	17	177	55	92	286	12	36	40	25	16	0	58	92	8	21	83	0	0	14	1207
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	2349	27	25	4841	369	12666	3524	1137	1457	450	2427	1721	2222	526	1404	2152	3948	292	694	3747	0	83	45	45978
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	713	5	0	440	125	4365	682	37	147	13	901	291	523	34	295	219	320	36	290	1659	0	0	3	11095
Stat. Aufenthalte (Richtwert ²⁾ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47852
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12205

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁶⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	71,6	7,1	-	-	1,0	n.v.	9,2	9,6	1,2	2,8	2,4	5,3	3,1	1,4	-	1,7	3,1	0,1	55,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	175,2
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	1,7	0,0	-	-	0,1	n.v.	3,0	2,1	0,8	0,5	0,0	0,2	0,6	0,3	-	0	0,0	1,3	8,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	19,0
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	73,3	7,1	-	-	1,1	n.v.	12,2	11,7	1,9	3,3	2,4	5,5	3,6	1,8	-	1,7	3,2	1,4	64,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	194,2
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	20,5	0,2	-	-	3,9	n.v.	6,8	1,0	0,7	2,8	4,7	2,3	3,5	2,2	-	0	0	2,2	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	50,8
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	6,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	6,4
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,0
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	93,7	7,3	-	-	5,0	n.v.	19,0	12,6	2,6	6,1	7,2	7,8	7,1	4,0	-	1,7	3,2	3,6	70,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	251,4

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁷⁾	LOG ⁷⁾	ED ⁷⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	61	6	0	117	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	32
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	7	0	14	3	1	3	0	-	8	2	-	-

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	62,2	0	6,3	146,4	214,9
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	116391	0	0	272383	388774
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Weizeit) 2011 ⁸⁾	-	-	-	-	-	-	-
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	0	-	-	-	-	-	0
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	146	-	-	-	-	-	146
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	11	-	-	-	-	-	11
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	0	-	-	-	-	0
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	116	794	-	-	-	-	910

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	vorh.
Ist-Stand 2011	n.v.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ davon 6 NUK Betten

²⁾ unverbindliche Grobabschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ Versorungssituation 2004

⁸⁾ Einsatzstunden inkl. Weizeit: in der Rubrik "DGKP" sind auch "PH" enthalten.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 91: Wien-Mitte-Südost

	EW insgesamt (2011): 757.020										EW > 75a (2011): 52.584														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)																									
Versorgungssituation 2011	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2011	369	163	41	31	518	99	1287	314	209	164	102	118	145	150	38	23	165	242	38	64	539	210	30	35	5094
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	8099	2445	251	21648	1397	64387	20166	6495	5666	3052	13299	6779	6591	971	5122	11172	13019	677	1008	17171	2936	397	754	209415
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	1817	302	11	2877	261	19641	3185	1356	323	823	9043	1050	1340	143	1768	1840	897	70	174	4461	404	0	63	51382
Stat. Aufenthalte (Richtwert ²⁾ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	220941
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56134

Ambulante ärztliche Versorgung																									
Versorgungssituation 2010	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg ⁶⁾
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	299,8	32,0	-	-	15,8	n.v.	58,1	43,2	12,1	13,9	36,0	41,9	30,5	21,2	-	16,1	46,2	0,2	273,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	940,7
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	4,2	1,3	-	-	0,7	n.v.	2,2	7,8	9,6	5,6	1,1	1,1	0,3	0,3	-	0,1	2,4	0,5	1,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	38,7
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	304,1	33,3	-	-	16,4	n.v.	60,3	51,0	21,7	19,5	37,1	43,1	30,8	21,5	-	16,2	48,6	0,6	275,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	979,4
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	16,3	56,8	-	-	51,0	n.v.	139,9	39,2	22,1	21,6	39,6	30,5	25,2	11,5	-	2,1	12,5	27,7	1,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	498,0
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	4,8	0	-	-	2,0	n.v.	30,4	3,0	0	5,6	2,0	7,3	2,8	3,0	-	2,0	3,0	0	59,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	125,7
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	1,9	0	0	-	0,3	0	0	24,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	26,4
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010	325,2	90,1	-	-	69,5	n.v.	230,6	93,2	43,7	46,7	78,7	82,8	58,9	36,0	-	20,6	64,2	28,4	361,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1629,5

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung																	
Versorgungssituation 2004/2011⁷⁾	PD ⁸⁾	LOG ⁸⁾	ED ⁸⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	-	-	-	-	-	41,5	16,5	n.v.	2,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	239	54	33	1636	964	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	187
Plätze 2011	-	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-	-
Einrichtungen 2011	-	-	-	-	-	5	1	n.v.	3	n.v.	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-

Alten- und Langzeitversorgung							
Versorgungssituation 2011	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	0
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	n.v.	n.v.	-	-	-	-	0

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ davon 11 NUK Betten

²⁾ unverbindliche Grobabschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Gegensatz zu den Vordatensätzen sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ exklusive Daten FSW

⁸⁾ Versorgungssituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 92: Wien-West

	EW insgesamt (2011): 655.586										EW > 75a (2011): 53.815														
Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	168	66	0	29	490	0	1383	208	402	517	60	40	60	109	23	264	535	283	2	20	337	102	23	26	5147
Aktbetten (tats. Betten) 2011	-	7257	1613	261	19759	1120	62852	17298	7729	4715	3116	13255	5378	6255	923	5146	12029	12288	543	961	16512	2537	418	876	199010
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	1827	256	18	2577	147	21206	3165	2161	245	491	10120	744	959	116	1085	2034	850	39	184	2801	179	1	49	51025
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	203430
Stat. Aufenthalte (Richtwert ¹ 2015 QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51897
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ²⁾	KJP ³⁾	CH ²⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ³⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁴⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg. ⁵⁾
Versorgungssituation 2010	259,8	33,9	-	-	20,1	n.v.	35,6	42,0	13,6	9,5	25,7	27,7	20,7	14,8	-	14,9	33,6	0,3	198,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	751,0
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	2,1	0,9	-	-	0,4	n.v.	1,4	5,2	5,8	3,3	0,8	0,5	0,4	0,4	-	0,3	1,7	0,3	0,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	23,6
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	261,9	34,8	-	-	20,5	n.v.	37,0	47,2	19,3	12,9	26,5	28,2	21,1	15,2	-	15,3	35,3	0,5	199,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	774,6
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	12,4	15,4	-	-	20,3	n.v.	86,4	18,8	10,2	10,3	19,9	8,1	10,1	6,8	-	7,6	6,4	37,3	5,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	275,7
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0,0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	12,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	12,7
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0	0	-	-	0,1	n.v.	1,8	0,4	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2,4
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	274,2	50,1	-	-	40,9	n.v.	125,3	66,3	29,5	23,2	46,3	36,4	31,2	22,0	-	22,9	41,7	37,8	217,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1065,3
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010																									

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁷⁾	LOG ⁷⁾	ED ⁷⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPill
Versorgungssituation 2004/2011⁶⁾	-	-	-	-	-	50,2	0,0	n.v.	5,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	201	57	41	1120	736	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	111
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-	-	-	-
Plätze 2011	-	-	-	-	-	6	0	n.v.	4	1	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-
Einrichtungen 2011																	

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	n.v.	n.v.	-	-	-	-	n.v.

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	
Ist-Stand 2011	vorh.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ unverbindliche Grobabschätzung

²⁾ CH inkl. KCH und PCH

³⁾ PSY inkl. KJP

⁴⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁵⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁶⁾ exklusive Daten FSW

⁷⁾ Versorgungssituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Planungsmatrix"

Versorgungsregion 93: Wien-Nordost

EW insgesamt (2011): 301.536

EW > 75a (2011): 18.597

Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN ¹⁾	GEM	AG/R	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2011	59	41	41	0	124	32	331	62	34	79	30	31	31	31	0	0	52	95	4	12	0	44	0	0	1133
Akutbetten (tats. Betten) 2011	-	3408	1625	197	10086	748	25882	7581	2372	1632	1269	5883	2843	2756	379	1804	5320	4723	363	659	5582	696	130	380	85112
Stationäre Aufenthalte 2011 (QuellR)	-	744	135	5	1339	107	9704	914	553	82	181	3059	325	576	42	729	961	464	86	277	1130	27	0	39	21413
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2011 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91150
Stat. Aufenthalte (Richtwert ²⁾ 2015 QuellR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23394
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2015 (QuellR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23394

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ³⁾	KJP ⁴⁾	CH ³⁾	NC	IM	GGH	NEU	PSY ⁴⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ³⁾	PUL	OR	UC	ZMK ⁵⁾	RAD	NUK	PMR	LAB	PAT	insg ⁶⁾
Versorgungssituation 2010	121,4	14,0	-	-	5,3	n.v.	16,6	15,2	7,5	3,8	9,1	11,9	10,5	8,1	-	5,2	20,3	0,1	70,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	319,1
Niedergel. Vertragsärztinnen/Ärzte gew. nach ecard-(Erst-)Kons. (ÄAVE)	0,2	0,0	-	-	1,1	n.v.	0,3	1,5	0,8	0,5	0,6	0,5	0,0	0,0	-	0,0	0,2	0,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	5,6
Niedergel. Wahlärztinnen/Ärzte (ÄAVE)	121,6	14,0	-	-	6,3	n.v.	16,9	16,7	8,3	4,2	9,7	12,4	10,6	8,1	-	5,2	20,5	0,1	70,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	324,7
Niedergel. Ärztinnen/Ärzte (ÄAVE) insgesamt	0,0	6,2	-	-	14,4	n.v.	16,5	5,6	4,4	1,9	7,3	5,0	3,5	2,0	-	0	4,0	15,6	1,9	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	88,1
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsamb. f. amb. Pat. (ÄAVE)	0,0	0,9	-	-	0	n.v.	4,0	1,0	0	1,6	1,0	2,0	1,0	1,0	-	0	1,0	0	4,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	18,0
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄAVE)	0	0	-	-	0	n.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	1,6	0	0	0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1,6
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄAVE)	121,6	21,1	-	-	20,7	n.v.	37,5	23,3	12,7	7,6	17,9	19,3	15,1	11,1	-	6,8	25,5	15,7	76,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	432,5
Summe ÄAVE im ambulanten Bereich 2010																									

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	PD ⁸⁾	LOG ⁸⁾	ED ⁸⁾	PT	KP/GP	PSB	PND	WOH	TS	KLUB	EH	AZU	ArbM	SHG	AG	LH	ÄPIII
Versorgungssituation 2004/2011 ⁷⁾	-	-	-	-	-	31,4	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-
Vollzeitäquivalente (VZA) 2011	69	8	5	140	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	24
Personalangebot (Anzahl Pers.) 2011	-	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	n.v.	-	-	-	-	-
Plätze 2011	-	-	-	-	-	2	0	n.v.	3	n.v.	n.v.	n.v.	-	n.v.	n.v.	-	-
Einrichtungen 2011																	

Alten- und Langzeitversorgung	WP	PP	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Versorgungssituation 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (VZA) 2011	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mobile Dienste (Einsatzstunden ohne Wegzeit) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreubares Wohnen (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Betreutes Wohnen für Sen. (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Geriatrische Tageszentren/Tages- oder Nachtpflege (Plätze) 2011	n.v.	-	-	-	-	-	n.v.
Fixe Kurzzeitpflege (Plätze) 2011	-	n.v.	-	-	-	-	n.v.
Alten- und Pflegeheime (Plätze) 2011	n.v.	n.v.	-	-	-	-	n.v.

Nahtstellenmanagement (NSM) - Kriterien	vorh.
Ist-Stand 2011	n.v.
Standards zum Aufnahmemanagement (z. B. standardisierte Zuweisungsinformation, standardisierte prästationäre Diagnostik,...)	n.v.
Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle intramural/extramural in der VR (z. B. Überleitungspflege, koordinierte Entlassung,...)	n.v.
Standardisierte Arztbriefe	n.v.
Institutionalisierte Kooperation/Koordination der mobilen Dienste in der VR (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)	n.v.
Standardisierte Informationsweitergabe an der Nahtstelle niedergelassene/r Ärztin/Arzt - Pflegebereich/Altenbetreuung in der VR	n.v.

¹⁾ davon 11 NUK Betten

²⁾ unverbindliche Grobabschätzung

³⁾ CH inkl. KCH und PCH

⁴⁾ PSY inkl. KJP

⁵⁾ ZMK inkl. MKG, Dr.med.dent und Dentisten

⁶⁾ Im Gegensatz zu den Vorjahren sind ab 2010 keine Angaben mehr für RAD, PMR und LAB in der Gesamtsumme enthalten.

⁷⁾ exklusive Daten FSW

⁸⁾ Versorgungssituation 2004

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Versorgungsmatrix"

VMMHG (Aufenthalte)	Versorgungsregionen (mit VR-Code) Bundesland																																																																																					
	Jahr	Burgenland-Nord		Burgenland-Süd		Burgenland	Burgenland - davon inländ. Gastpat.¹)		Burgenland - davon ausländ. Gastpat.¹)		Kärnten-Ost		Kärnten-West		Kärnten	Kärnten - davon inländ. Gastpat.¹)		Kärnten - davon ausländ. Gastpat.¹)		VR 31 NÖ Mitte	VR 32 Waldviertel	VR 33 Weinviertel	VR 43 Thermenregion	VR 35 Mostviertel	Niederösterreich	NÖ - davon inländ. Gastpat.¹)		NÖ - davon ausländ. Gastpat.¹)		VR 41 OÖ Zentralraum Linz	VR 42 OÖ Zentralraum Wels	VR 43 Mühlviertel	VR 44 Pyhrn-Eisenwurzen	VR 45 Traunviertel-Salzkammergut	VR 46 Innviertel	Oberösterreich	OÖ - davon inländ. Gastpat.¹)		OÖ - davon ausländ. Gastpat.¹)		VR 51 Salzburg-Nord	VR 52 Pinzgau-Pongau-Lungau	Salzburg	Salzburg - davon inländ. Gastpat.¹)		Salzburg - davon ausländ. Gastpat.¹)																																								
		2011	2015	2020	2011		2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020		2011	2015	2020	2011							2015	2020	2011	2015								2020	2011	2015	2020				2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011
(H02.c) Affektionen des Mittelohres und äußeren Ohres	2011	48	25	73	20	0	87	73	160	-13	6	175	45	102	106	101	529	-82	1	189	106	88	90	90	114	677	13	5	180	126	306	34	13																																																					
(H02.d) Otoneuropathien	2011	599	383	982	59	10	953	687	1640	-84	27	1048	412	753	1193	679	4085	-609	16	1352	762	815	595	1031	1033	5588	169	68	551	998	1549	50	76																																																					
(H02.e) Chronische Affektionen Nase, NNH, Rachen, obere Luftwege	2011	29	43	72	-8	1	69	29	98	-9	0	124	35	67	95	84	405	-133	2	191	62	120	39	63	52	527	14	3	115	67	182	18	15																																																					
(H02.f) Traumen im HNO-Bereich	2011	34	38	72	-11	0	169	148	317	1	5	208	33	96	124	107	568	-58	4	171	90	94	55	78	120	608	13	7	239	232	471	30	44																																																					
(H03.a) Maligne Neoplasien des Auges	2011	9	10	19	-8	0	4	4	8	-5	0	16	4	7	14	6	47	-24	0	13	4	13	4	8	25	67	-8	0	23	13	36	2	5																																																					
(H03.b) Operative Diagnosen am Auge	2011	145	43	188	-174	1	65	53	118	-25	0	216	28	250	564	161	1219	-913	0	415	199	257	67	191	267	1396	96	5	159	88	247	43	17																																																					
(H03.c) Augen-Diagnosen I, IV-VI	2011	135	53	188	-100	1	311	225	536	-34	10	309	64	234	460	221	1288	-559	5	536	401	396	111	303	908	2656	34	14	350	324	674	146	84																																																					
(H03.d) Augen-Diagnosen II	2011	1429	329	1758	-905	8	88	65	153	-102	0	1587	501	1358	3772	1306	8524	-3239	1	2903	2022	1479	837	1897	2712	11850	658	6	2175	670	2845	486	179																																																					
(H03.e) Augen-Diagnosen III	2011	82	26	108	-42	0	139	100	239	-13	4	150	49	146	189	162	696	-300	1	658	275	340	127	540	354	2294	120	10	270	184	454	71	40																																																					
(H04.a) Akute Affektionen der Mundhöhle	2011	45	39	84	-30	0	149	89	238	-6	6	201	50	98	130	96	575	-132	1	152	129	70	60	110	174	695	0	7	284	97	381	54	40																																																					
(H04.b) Sonstige Erkrankungen Zähne/Zahnhalteapparat/Mundhöhle	2011	56	69	125	-35	1	431	241	672	41	6	246	63	79	112	139	639	-174	0	316	319	211	102	331	160	1439	80	5	588	147	735	74	38																																																					
(H04.c) Affektionen der Kiefer, Gesichtsknochen	2011	49	28	77	-26	1	96	77	173	9	9	117	50	71	158	87	483	-152	3	134	68	95	44	79	76	496	16	8	152	73	225	31	42																																																					
(H05.a) Tuberkulose	2011	22	18	40	-35	0	56	21	77	-4	2	32	3	15	231	15	296	-99	1	89	20	36	17	23	18	203	7	0	33	10	43	1	2																																																					
(H05.b) Akute Affektionen der mittleren Atemwege und Atelektase	2011	216	66	282	6	4	382	168	550	-20	3	386	259	352	394	462	1853	-203	6	563	461	485	341	297	304	2451	42	32	206	291	497	-1	39																																																					
(H05.c) Pneumonie und Bronchiolitis	2011	978	439	1417	-8	13	1640	1318	2958	-42	39	1619	703	1631	1926	1421	7300	-435	24	2203	1142	1450	806	956	993	7550	176	75	1168	908	2076	-4	99																																																					
(H05.d) Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem	2011	530	317	847	-95	8	1232	789	2021	10	17	959	433	860	1598	1060	4910	-474	15	1610	647	799	548	676	727	5007	110	40	936	565	1501	27	45																																																					
(H05.e) Maligne Neoplasien der unteren Atmungsorgane	2011	521	219	740	-267	2	720	321	1041	-14	2	572	264	694	1144	398	3072	-1278	2	1399	381	581	503	685	460	4009	99	10	1016	427	1443	178	26																																																					
(H05.f) Andere Erkrankungen der Atmungsorgane	2011	219	112	331	-86	4	270	189	459	-19	5	334	127	281	564	244	1550	-280	8	417	159	314	137	220	214	1461	62	11	180	190	370	3	15																																																					
(H05.g) Larynx- Thoraxverletzungen außer Herz	2011	89	72	161	4	2	308	219	527	11	32	396	126	251	329	278	1380	29	27	234	232	210	111	169	206	1162	-47	19	181	269	450	40	92																																																					
(H05.h) Affektionen der Atmungsorgane (Symptome, Befunde)	2011	892	183	1075	12	15	852	632	1484	1	22	735	452	654	859	455	3155	-475	19	859	461	584	426	483	708	3521	117	91	436	537	973	40	66																																																					

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Versorgungsmatrix"

VMMHG (Aufenthalte)	Versorgungsregionen (mit VR-Code) Bundesland																																		
	Jahr	Burgenland-Nord	Burgenland-Süd	Burgenland	Burgenland - davon inländ. Gastpat.¹)	Burgenland - davon ausländ. Gastpat.¹)	Kärnten-Ost	Kärnten-West	Kärnten	Kärnten - davon inländ. Gastpat.¹)	Kärnten - davon ausländ. Gastpat.¹)	VR 31 NÖ Mitte	VR 32 Waldviertel	VR 33 Weinviertel	VR 43 Thermenregion	VR 35 Mostviertel	Niederösterreich	NÖ - davon inländ. Gastpat.¹)	NÖ - davon ausländ. Gastpat.¹)	VR 41 OÖ Zentralraum Linz	VR 42 OÖ Zentralraum Wels	VR 43 Mühlviertel	VR 44 Pyhrn-Eisenwurzen	VR 45 Traunviertel-Salzkammergut	VR 46 Innviertel	Oberösterreich	OÖ - davon inländ. Gastpat.¹)	OÖ - davon ausländ. Gastpat.¹)	VR 51 Salzburg-Nord	VR 52 Pinzgau-Pongau-Lungau	Salzburg	Salzburg - davon inländ. Gastpat.¹)	Salzburg - davon ausländ. Gastpat.¹)		
		2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011
(M13.a) Hysterektomien	2011 232	2015 201	2020 104	337	-51	3	387	275	662	20	2	400	129	344	642	301	1816	-201	3	363	224	322	187	268	261	1624	14	9	383	174	557	35	12		
(M13.b) Eingriffe an den weiblichen Beckenorganen und Beckenboden	2011 97	2015 118	2020 37	134	-13	0	138	126	264	3	1	189	83	182	301	132	887	-151	1	213	115	145	103	95	145	816	0	2	159	133	292	24	3		
(M13.c) Eingriffe an den Adnexen und laparoskop. Myomentfernung	2011 297	2015 265	2020 162	459	12	3	607	374	981	50	24	521	173	309	646	347	1996	-329	3	598	291	361	226	296	248	2020	48	6	473	255	728	25	22		
(M13.d) Einfache Eingriffe am Uterus	2011 1229	2015 940	2020 497	1726	-245	24	1531	888	2419	-12	19	2112	610	1409	2983	1348	8462	-932	24	1753	889	1200	730	1018	1031	6621	85	25	1615	785	2400	85	73		
(M13.e) Entbindung	2011 1429	2015 1517	2020 648	2077	-237	59	2696	1639	4335	-52	18	3130	1072	2370	4653	2261	13486	-774	61	3344	1969	2523	1357	2011	1823	13027	139	62	3168	1754	4922	-20	156		
(M14.a) Eingriffe an Schulter, Oberarm und Ellbogen	2011 350	2015 412	2020 191	541	-89	10	646	402	1048	3	27	999	284	586	1310	535	3714	-641	24	639	423	536	341	508	441	2888	-136	62	767	1002	1769	254	424		
(M14.b) Eingriffe an Unterarm, Handwurzel und Hand	2011 181	2015 233	2020 104	285	-50	5	519	303	822	-19	23	485	152	447	915	347	2346	-281	15	317	309	301	216	303	318	1764	-32	26	483	418	901	60	157		
(M14.c) Endoprothetik Schulter, Ellbogen, Hand, Sprunggelenk, Mittelfuß und Zehen	2011 36	2015 52	2020 18	54	-21	1	75	46	121	-12	3	89	23	61	120	48	341	-131	2	121	77	58	39	80	111	486	15	4	67	53	120	20	5		
(M14.d) Teilendoprothetik des Hüftgelenks	2011 143	2015 136	2020 82	225	-13	1	211	144	355	-7	5	249	51	152	331	105	888	-43	5	179	108	116	78	117	99	697	12	6	187	106	293	1	12		
(M14.e) Totalendoprothetik des Hüftgelenks	2011 362	2015 433	2020 213	575	-108	4	717	507	1224	-56	1	902	390	648	1111	665	3716	-770	10	684	400	545	351	506	448	2934	83	19	711	416	1127	22	20		
(M14.f) Endoprothetik des Kniegelenks	2011 430	2015 487	2020 269	699	-47	1	799	495	1294	-24	2	954	418	688	1318	655	4033	-965	0	908	564	645	472	641	540	3770	85	12	917	442	1359	56	16		
(M14.g) Wechsel von Prothesenteilen	2011 35	2015 22	2020 10	45	-14	0	49	26	75	0	1	37	23	42	88	41	231	-41	1	46	35	22	23	19	35	180	11	1	32	23	55	-2	1		
(M14.h) Eingriffe an Knie und Unterschenkel	2011 424	2015 532	2020 177	601	-74	16	744	691	1435	-22	117	1098	360	709	1466	720	4353	-952	35	792	668	767	434	651	552	3864	-126	75	853	1635	2488	308	831		
(M14.i) Eingriffe an Fuß, Mittelfuß und Zehen	2011 267	2015 314	2020 126	393	-126	3	588	383	971	-70	5	613	146	468	883	326	2436	-768	10	562	378	291	298	320	216	2065	39	9	534	340	874	16	15		
(M14.j) Amputationen	2011 75	2015 291	2020 59	134	8	1	149	67	216	-12	2	181	94	139	283	180	877	-105	4	161	86	124	118	76	79	644	9	3	68	44	112	10	7		
(M14.k) Komplexe Eingriffe am Bewegungsapparat	2011 10	2015 14	2020 3	13	-11	0	31	10	41	-7	3	33	11	20	48	13	125	-57	1	20	20	23	13	19	17	112	-18	4	38	18	56	14	21		
(M14.l) Eingriffe an Hüfte und Oberschenkel	2011 286	2015 314	2020 159	445	2	4	502	333	835	-8	55	596	265	437	815	303	2416	-141	18	463	317	341	247	347	285	2000	-42	36	506	436	942	40	188		
(M14.m) Komplexe plastische Eingriffe, Lappenchirurgie, Replantationseingriffe	2011 28	2015 50	2020 20	48	-37	1	83	42	125	-11	3	78	29	66	87	48	308	-102	2	140	71	85	49	66	62	473	-40	3	192	69	261	99	19		
(M14.n) Diagnostische und therapeutische Arthroskopien	2011 960	2015 1239	2020 607	1567	-412	10	2172	1874	4046	69	14	2510	785	2112	3540	1596	10543	-2740	19	1621	1152	1440	995	1538	1272	8018	-239	25	2247	1782	4029	438	166		
(M14.o) Eingriffe an Bewegungsapparat und Haut	2011 400	2015 585	2020 185	585	-273	1	949	527	1476	-68	13	1034	317	674	1379	546	3950	-1459	8	1055	506	730	452	581	536	3860	-86	36	1485	782	2267	278	159		

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Versorgungsmatrix"

VMMHG (Aufenthalte)	Versorgungsregionen (mit VR-Code) Bundesland																																																										
	Jahr	Burgenland-Nord		Burgenland-Süd		Burgenland	Burgenland - davon inländ. Gastpat.*)		Burgenland - davon ausländ. Gastpat.		VR 21 Kärnten-Ost		VR 22 Kärnten-West		Kärnten	Kärnten - davon inländ. Gastpat.*)		Kärnten - davon ausländ. Gastpat.*)		VR 31 NÖ Mitte	VR 32 Waldviertel	VR 33 Weinviertel	VR 43 Thermenregion	VR 35 Mostviertel	Niederösterreich	NÖ - davon inländ. Gastpat.*)		NÖ - davon ausländ. Gastpat.*)		VR 41 OÖ Zentralraum Linz	VR 42 OÖ Zentralraum Wels	VR 43 Mühlviertel	VR 44 Pyhrn-Eisenwurzen	VR 45 Traunviertel-Salzkammergut	VR 46 Innviertel	Oberösterreich	OÖ - davon inländ. Gastpat.*)		OÖ - davon ausländ. Gastpat.*)		VR 51 Salzburg-Nord	VR 52 Pinzgau-Pongau-Lungau	Salzburg	Salzburg - davon inländ. Gastpat.*)		Salzburg - davon ausländ. Gastpat.*)													
		2011	2015	2020	2011		2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020		2011	2015	2020	2011							2015	2020	2011	2015								2020	2011	2015	2020				2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011	2015	2020	2011
(M14.p) Entfernung von Osteosynthesematerial	2011 263	2015 438	2020 228	194	666	677	457	-78	8	772	582	1354	-58	14	834	263	648	1235	618	3598	-721	10	735	580	657	476	753	674	3875	-7	38	1047	820	1867	169	118																							
(M14.q) Endoprothetik - Spezialprothesen	2011 11	2015 8	2020 0	0	12	12	11	-3	0	9	2	11	-6	0	8	5	10	28	4	55	-41	0	10	2	15	4	7	5	43	-5	1	3	2	5	-4	0																							
(M15.a) Plastische Eingriffe am äußeren Auge	2011 93	2015 227	2020 12	56	149	385	-62	0	530	304	834	-23	0	495	135	334	415	265	1644	-503	1	684	356	384	232	318	391	2365	39	3	491	288	779	119	32																								
(M15.b) Eingriffe an der Orbita und am Bulbus	2011 12	2015 16	2020 25	5	17	25	-16	1	31	16	47	-5	1	35	10	17	39	28	129	-32	2	38	21	32	18	18	21	148	-16	1	27	26	53	18	14																								
(M15.c) Schiel-Operationen	2011 35	2015 28	2020 43	12	47	47	-47	0	45	37	82	-33	0	67	15	52	76	33	243	-58	0	57	41	54	28	21	28	224	3	0	64	26	90	29	14																								
(M15.d) Glaukom-Operationen	2011 16	2015 34	2020 56	11	27	56	-27	0	26	21	47	-17	0	49	24	28	69	22	192	-88	0	30	64	19	15	84	47	259	0	1	56	14	70	29	11																								
(M15.e) Katarakt-Operationen	2011 1549	2015 2018	2020 3406	796	2345	1084	-1018	4	3619	2692	6311	-226	2	4129	1598	3833	5161	2575	17296	-5918	0	4613	1618	2819	1566	2283	1798	14697	1894	4	2842	1569	4411	613	55																								
(M15.f) Eingriffe an der Hornhaut	2011 11	2015 49	2020 77	5	16	16	-13	0	108	87	195	-36	1	48	17	30	53	66	214	-146	0	131	115	109	70	87	61	573	22	1	103	57	160	121	8																								
(M15.g) Eingriffe an der Netzhaut	2011 130	2015 159	2020 263	53	183	243	-183	0	197	131	328	-29	1	329	115	249	397	178	1268	-639	0	299	183	194	105	140	109	1030	86	5	204	76	280	33	33																								
(M16.a) Resektionen an der Mamma	2011 272	2015 285	2020 453	164	436	436	-162	3	699	397	1096	22	2	532	209	400	787	293	2221	-688	1	342	256	266	155	300	208	1527	20	1	399	145	544	88	14																								
(M16.b) Plastische Eingriffe an der Mamma	2011 37	2015 78	2020 121	15	52	117	-44	0	184	129	313	38	2	105	20	63	166	87	441	-255	0	254	126	125	132	118	89	844	-96	2	243	96	339	97	11																								
(M17.a) Lymphadenektomien	2011 65	2015 64	2020 103	30	95	98	-37	2	129	79	208	4	2	101	22	67	159	55	404	-167	2	155	71	76	36	97	78	513	3	3	185	74	259	52	28																								
(M18.a) Organtransplantation und begleitende Maßnahmen	2011 9	2015 20	2020 35	14	23	23	-13	0	23	12	35	-35	0	19	10	20	42	15	106	-106	0	28	13	17	18	10	23	109	-33	1	25	8	33	-31	0																								
(M19.a) Radiochirurgie mit Gammastrahlen	2011 11	2015 15	2020 23	2	13	23	-13	0	3	1	4	-4	0	28	18	27	28	8	109	-109	0	4	1	2	2	1	2	12	-12	0	4	0	4	-4	0																								
(M20.a) Interventionelle Radiologie an den Gefäßen	2011 269	2015 365	2020 623	117	386	558	-65	4	543	252	795	-30	5	404	166	540	719	303	2132	-706	5	845	460	490	413	321	380	2909	137	12	371	304	675	20	14																								
(M20.b) Radiofrequenztherapie	2011 7	2015 8	2020 14	1	8	14	-7	0	24	12	36	-4	0	6	0	2	23	0	31	-10	0	14	12	2	3	3	6	40	1	0	7	2	9	-8	0																								
(M21.a) Interventionelle Kardiologie - Koronarsystem	2011 1053	2015 1148	2020 1866	294	1347	1752	-479	7	2150	1199	3349	-51	48	2607	796	2022	2725	1686	9836	-1192	41	2851	1505	1905	863	1275	2044	10443	526	550	1585	1210	2795	298	112																								
(M21.b) Interventionelle Kardiologie - Rhythmologie	2011 49	2015 52	2020 82	13	62	79	-62	0	81	46	127	-126	0	163	46	127	195	78	609	-221	4	154	47	110	49	74	46	480	196	0	85	30	115	-3	2																								
(M21.c) Interventionelle Kardiologie - Vitientherapie	2011 6	2015 12	2020 19	3	9	19	-9	0	8	9	17	-16	0	18	6	19	35	8	86	-75	0	34	13	12	20	5	12	96	43	16	16	13	29	2	0																								
(M22.a) Chemotherapie bei malignen Erkrankungen	2011 2522	2015 2585	2020 4261	1264	3786	4261	-1283	7	4512	2939	7451	-201	29	2805	897	3231	5407	1455	13795	-9676	1	5013	2411	2892	2176	3212	2564	18268	357	16	5024	2318	7342	1141	141																								

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 - "Versorgungsmatrix"

Table with columns for VMMHG (Aufenthalte), Versorgungsregionen (mit VR-Code) Bundesland, and Sonderbereiche (Belagstage) bzw. VR-Code. Rows include years 2011-2020 and various service categories like (M32.a) Behandlung in der PSO im Turnus and (S01.a) Remobilisation/Nachsorge (RNS).

Leistungsmatrix (LM) - Legende

VS Versorgungsstufe

BV Basisversorgungsleistungen sind solche, die ohne besondere Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur und das Komplikationsmanagement am KA-Standort (auch stationär) erbracht werden können.

J MEL ist eine Basisversorgungsleistung

N MEL ist keine Basisversorgungsleistung

MVS Mindestversorgungsstruktur:

dTK dislozierte Tagesklinik (Sonderform der ROF); in dTK zulässige MEL definiert ^{x)}

ROF reduzierte Organisationsformen, bezogen auf Fachschwerpunkt oder Department

ABT Fachabteilung

RFZ Referenzzentrum; RFZ für KAR ist in Bezug auf Kinder <15a als RFZ für KKAR (vgl. Kap. 2.5.6) zu interpretieren

dWK dislozierte Wochenklinik ist keine eigene MVS-Kategorie, sondern unselbständiger Teil einer ABT an anderem KA-Standort mit Leistungsspektrum beschränkt auf Basisversorgungsleistungen (BV = J)

^{x)} sonstige **tagesklinische** Leistungserbringung prinzipiell für alle MEL gemäß LKF-Tagesklinik-Katalog zulässig, wenn entsprechende MVS (d. h. RFZ, ABT, ROF) in der betreffenden KA vorhanden sind

KTyp Mindest-KA-Typ in Bezug auf die Vorhaltung von **Strukturen für KI / KCH**:

1 "Kinderzentrum" mit KI und sichergestellter KCH-Versorgung sowie PICU/NICU

2 Abteilung für KI >20 Betten, ohne KCH-Versorgung, PIMCU/NIMCU sicherzustellen

3 "reduzierte KI" mit 14<Betten<=20, ohne KCH-Versorgung, ohne PIMCU/NIMCU

4 ohne KI und ohne KCH-Versorgung, z.B. UKH

KOZ Leistungserbringung vorzugsweise im **kinderorthopädischen Zentrum** (für schwerwiegende orthopädische Krankheiten bei Kindern, derzeit LKH Stolzalpe und KH Wien Speising) oder aber in KA mit KTyp 1 und Abteilung für OR in der KA; pädiatrische (Konsiliar)versorgung sowie Verfügbarkeit PI(M)CU sicherzustellen;

MEL mit K-Typ 1 und KOZ = Versorgung Weichteile durch KCH/TCH, Knöcherner Apparat durch KOZ

Festlegung **KTyp und KOZ gültig** für Personen im Alter **< 15 Jahre** (vgl. Kap. 2.4.2.1, 2.4.2.2); **bei Traumen im Akutfall** Erbringung sämtlicher MEL der LM unabhängig vom definierten "KTyp" - in Abteilungen bzw. Departments für UC zulässig. Elektivoperationen nach Traumen sollen den Anforderungen im Hinblick auf den KTyp entsprechen.

INT Intensivmedizinische Versorgung am KA-Standort:

IS Intensivbehandlungseinheit

UE Überwachungseinheit

HP Möglichkeit der intraoperativen **histopathologischen Befundung** mittels Gefrierschnitt von der leistungserbringenden Krankenanstalt/vom KA-Standort (inkl. Telepathologie) sicherzustellen (Diagnosestellung Tumor)

MFS Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalten-Standort (siehe auch Anm. 3 und nächste Seite)

n.d. **nicht definiert**; bei K-Typ: MEL in der Regel nicht relevant im Kindesalter

NUB Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

Anmerkungen zur LM:

Anmerkung 1 Bei **Notfällen** sind grundsätzlich **Abweichungen** von den Bestimmungen der Leistungsmatrix **möglich**.

Anmerkung 2 Bei MEL, die in dTK zulässig aber auch ambulant erbringbar (im KAL enthalten) sind, kann durch die Definition als Basisversorgungsleistung kein Präjudiz für eine intramurale Erbringung abgeleitet werden.

Anmerkung 3 Zur Umsetzung von "**MFL**" (Mindestfrequenz pro Jahr und Leistungserbringer, d. h. Arzt bzw. Team) weitere juristische / datenschutzrechtliche Abklärungen erforderlich; daher in der vorliegenden LM noch keine MFL definiert.

Anmerkung 4 Bei Erbringung von MEL der Basisversorgung oder von MEL in den Bereichen Diagnostik bzw. nichtchirurgische Therapie an Personen <15 Jahre sind unabhängig von der LM sämtliche Bestimmungen für Kinder/Jugendliche gemäß Kapitel 2.3 bis 2.6 des ÖSG einzuhalten.

Anmerkungen zu einzelnen MEL:

* Zu weiteren Qualitätskriterien bzw. Regelungen für die betreffende MEL vgl. Kapitel 2.4 bis 2.6

** Beide Kriteriumswerte l (gynäkologische Eingriffe) und m (Entbindung) müssen in ABT für GGH erreicht werden, - Evaluierung der Entwicklung jeder der beiden Mindestfrequenzen über einen Zeitraum von rund fünf Jahren, - Festlegungen zur geburtshilflichen Mindestfrequenz unter der Voraussetzung, dass Risikogeburten ausnahmslos an Zentren der Versorgungsstufen 1 und 2 (vgl. Kapitel 2.4.6) versorgt werden.

*** MFS/RFZ-KAR: Diagnostik 800 in V1 bzw. 400 in V2 / Interventionen 300 in V1 bzw. 100 in V2

**** Institutionalisierte Zusammenarbeit mit einer Neurologie und MR

***** bei institutionalisierter Zusammenarbeit mit einem KAR und Vorhandensein von mind. 2 Kardiologen am Standort in auf Landesebene zu bestimmenden Ausnahmefällen auch in der MVS ABT erbringbar (keine neuen Standorte)

Zur Definition der Qualitätskriterien für "Referenzzentren (RFZ)" inkl. medizinisch-technische Großgeräte vgl. ÖSG Kap. 2.5 und 4

Leistungsmatrix (LM) - Legende (Fortsetzung)

Darstellung der MFS (gültig für Personen im Alter ≥ 15 Jahre):

MFS in der Regel für Bündel von MEL (jeweils mit Kenn-Buchstaben gekennzeichnet); MFS zu verstehen als Vorschläge von medizinischen Experten / Fachgesellschaften als unverbindliche medizinische und ökonomische Richtwerte im Sinne einer Diskussionsgrundlage bzw. Basis für weiterführende Evaluierung bzw. Weiterentwicklung; **jedoch verbindliche Richtwerte für j und bb - MFS als Jahresmittel im Durchrechnungszeitraum von 3 Jahren**

MFS-Code:

Buchstabensystem zur Darstellung der MFS (sämtliche in der Rubrik "MFS" dem jeweiligen Buchstaben-Code zugeordneten MEL sind pro KA-

b = Operationen Wirbelsäule / Bandscheiben (MFS pro bettenführender Einheit definiert)

c = Korrektur kraniofazialer Deformitäten

d = Eingriffe im Thorax

e = Brustkrebsoperationen (MFS pro bettenführender Einheit definiert)

f = Herzschrittmacher-Implantation

g = Herzchirurgie

h = Eingriffe an der Aorta

i = Schilddrüsenoperationen

verbindlich j = Ösophaguschirurgie - ab 2013: Anhebung MFS von 5 auf 10, Überleitungsfrist bis Ende 2014

k = Magenoperationen

l = Gynäkologische Eingriffe

m = Entbindung (unter der Voraussetzung, dass Risikogeburten ausnahmslos an Zentren der Versorgungsstufen 1 und 2 (vgl. Kap. 2.4.6) versorgt werden)

n = Eingriffe an Schulter / Oberarm / Ellbogen

o = Eingriffe an Unterarm / Handwurzel / Hand

p = Endoprothetik Schultergelenk

q = Endoprothetik Ellbogengelenk

r = Endoprothetik Hand

s = Endoprothetik Hüfte

t = Endoprothetik Knie

u = Endoprothetik Sprunggelenk

v = Eingriffe Knie / Unterschenkel / Fuß / Mittelfuß / Zehen

x = Eingriffe an Becken / Hüfte / Oberschenkel

y = Arthroskopien

z = (Knochen-) Transplantationen

aa = Eingriffe an der Leber / Leberresektionen

verbindlich bb = Eingriffe am Pankreas

cc = Eingriffe am Rektum

dd = Strahlentherapie (Angabe der MFS in Pat./LIN)

ee = kardiologische Diagnostik / Interventionen

ff = Leistungen der Schlafmedizin

gg = Leistungen der allogenen Stammzelltransplantation (Angabe der MFS in Pat.)

hh = Leistungen der autologen Stammzelltransplantation (Angabe der MFS in Pat.)

ii = Chronische Hämodialyse

jj = Peritonealdialyse

kk = Entfernung Osteosynthesematerial

ll = Eingriffe Haut / Lappenchirurgie

mm = komplexe orthopädische Eingriffe

nn = Implantation Spezialprothesen

oo = Eingriffe Bindegewebe / Weichteile / Periphere Nerven

pp = Tumor-Orthopädie

qq = Adipositas-Chirurgie

In der Leistungsmatrix nicht erfasste MEL:

1) MEL bezogen auf Chemotherapien

2) MEL im Bereich der Diagnostik und der Intensivmedizin, Radiologie, Nuklearmedizin (soweit diese kein RFZ erfordern)

3) MEL in Sonderbereichen, definiert gem. LKF-Modell (Bereiche mit tageweiser oder pauschaler Abrechnung)

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
AA040	Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) (LE=je Aufenthalt)	N	ABT	SU	n. d.						
AA050	Durchtrennung funktioneller Bahnen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
AA060	Resektion epileptogener Herde (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
AA070	Funktionelle Hemisphärektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AA080	Entfernung einer intrazerebralen Raumforderung der Großhirnhemisphären (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AA090	Entfernung einer intrazerebralen Raumforderung des Balkens und Mittelhirns (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AA100	Entfernung einer Raumforderung des Hirnstammes (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AA110	Entfernung einer intrazerebellären Raumforderung (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AA120	Implantation einer oder mehrerer subduraler(n) Streifen- oder Plattenelektrode(n) (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
AA130	Implantation einer oder mehrerer Foramen Ovale-Elektrode(n) (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
AA140	Elektrodenimplantation zur Tiefenhirnstimulation, einseitig (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
AA150	Elektrodenimplantation zur Tiefenhirnstimulation, beidseitig (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
AA158	Stereotaktisch geführte Biopsie von Hirngewebe (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AA160	Stereotaktisch geführte Destruktion von Hirngewebe (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AA170	Stereotaktische Radiochirurgie mit Gamma-Einheit (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
AC020	Anlage eines Ventrikelshunts (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
AC030	Revision eines Ventrikelshunts (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
AC040	Endoskopische Ventrikulostomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AC050	Entfernung von extrazerebralen Tumoren an der Kalotte (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AC060	Entfernung von extrazerebralen Tumoren an der Hirnbasis (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AC070	Endoskopische Entfernung von Raumforderungen aus dem Ventrikel (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AC080	Endonasale Duraplastik (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE				
AC090	Otochirurgische Duraplastik (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE				
AD010	Implantation einer intrakraniellen Drucksonde durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
AD020	Anlage einer externen Ventrikel Drainage durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
AD030	Osteoklastische Entlastungskraniotomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
AD040	Entleerung eines Epiduralhämatoms (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
AD050	Entleerung eines Subduralhämatoms durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
AD060	Entleerung eines Subduralhämatoms durch Kraniotomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
AD070	Entleerung einer intrazerebralen Blutung (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AE010	Teildestruktion des Ganglion trigeminale (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
AE020	Rekonstruktion des Nervus facialis (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						
AE030	Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression des Nervus opticus (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS				
AE040	Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression des Nervus facialis (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS				
AE050	Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression des Nervus trigeminus (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS				
AE060	Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression anderer Strukturen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS				
AF010	Entfernung einer intramedullären Raumforderung (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AF020	Neurolyse bei Tethered Cord Syndrom (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
AF030	Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 4-polig (LE=je Applikation)	N	ABT		n. d.						
AF040	Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 8-polig (LE=je Applikation)	N	ABT		n. d.						
AF059	Sonstige Operation – Rückenmark/ Rückenmarkshäute (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
AG010	Anlage eines lumboperitonealen Shunts (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
AG020	Entfernung einer epiduralen Raumforderung im Bereich der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	b	100	
AG030	Entfernung einer subduralen extramedullären Raumforderung (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AG040	Kraniozervikale Erweiterungsplastik der Dura (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS				
AG050	Verschluss des Rückenmarkskanals (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
AG060	Verschluss des Rückenmarkskanals und Rekonstruktion des Gewebsdefektes durch plastische Deckung (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
AG070	Implantation eines Pumpensystems zur Schmerztherapie (LE=je Sitzung)	N	ROF		1		UE				
AH030	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – einkanlig (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
AH040	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – zweikanlig (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
AH045	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 16-polig, nicht wiederaufladbar (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
AH050	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – mehrkanlig, wiederaufladbar (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
AH069	Sonstige Operation – intrakraniell (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
AJ010	Einfache Naht peripherer Nerven an der oberen Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		1						
AJ020	Einfache Naht peripherer Nerven an der unteren Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		1						
AJ030	Einfache Naht peripherer Nerven an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)	J	ROF		1						
AJ040	Interfaszikuläre Naht peripherer Nerven (LE=je Sitzung)	N	ROF		1						
AJ050	Rekonstruktion eines peripheren Nerven mit autologen Transplantaten (LE=je Sitzung)	N	ROF		1						
AJ060	Rekonstruktion eines peripheren Nervenplexus (LE=je Seite)	N	ABT		1						
AJ070	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)	J	ROF		1				oo	100	50
AJ080	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)	J	ROF		1				oo	100	50
AJ090	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – offen (LE=je Seite)	J	ROF		1				oo	100	50
AJ100	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)	J	ROF		1				oo	100	50
AJ110	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – offen (LE=je Seite)	J	ROF		1				oo	100	50
AJ120	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)	J	ROF		1				oo	100	50
AJ130	Entfernung eines Tumors an peripheren Nerven (LE=je Sitzung)	J	ROF		1			X	pp	30	30
AJ140	Perkutane Destruktion peripherer Nervenfasern (LE=je Sitzung)	N	ROF		1						
AJ150	Operative Destruktion schmerzleitender Fasern an Nervenwurzeln und Rückenmark (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
AJ189	Sonstige Operation – periphere Nerven (LE=je Sitzung)	J	ROF		4						
AK010	Perkutane Destruktion vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)	N	ROF		1						
AK020	Resektion vegetativer Ganglien – offen (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.		UE				
AK030	Resektion vegetativer Ganglien – endoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.						
AK040	Thorakale oder lumbale Sympathektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
AK050	Thorakale oder lumbale Sympathektomie – thorakoskopisch/laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.						
AK060	Implantation eines Systems zur Stimulation des Nervus vagus (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
AN010	Polysomnographie im Schlaflabor (LE=je Behandlungstag)	N	ABT		2 3					n.d.	
AN011	Polysomnographie mit Schlafmikrostruktur- und Motorikanalyse (LE=je Aufenthalt)	N	ABT		2 3					n.d.	
AP020	Implantation eines Epiduralkatheters mit Port (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
BA010	Korrektur des Augenlids (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BA020	Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BA039	Sonstige Operation – Lider und Augenbrauen (LE=je Seite)	J	dTK		4			X			
BB010	Rekonstruktion der Tränenwege – offen (LE=je Seite)	J	ROF		4						
BB020	Rekonstruktion der Tränenwege – endoskopisch, endoluminal (LE=je Seite)	N	ROF		4						
BB039	Sonstige Operation – Tränenapparat (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BC010	Resektion eines Pterygiums (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BD010*	Keratotomie (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BD020	Hornhauttransplantation (perforierend, lamellär) (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						
BD039	Sonstige Operation – Kornea (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BE010	Glaukomoperation (LE=je Seite)	J	ROF		2 3						
BE020	Anlage eines Kammerwassershunts (LE=je Seite)	N	ROF		2 3						
BE039	Sonstige Operation – Iris, Ziliarkörper, Skleren, Vorderkammer (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BF010	Intrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)	J	dTK		2 3						

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
BF020	Extrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)	J	dTK		2 3						
BF030	Isolierte Implantation oder Wechsel einer Linse (LE=je Seite)	J	dTK		2 3						
BF049	Sonstige Operation – Linse (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BG010	Panretinale Laserkoagulation der Retina (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BG020	Photodynamische Therapie der Makula (LE=je Sitzung)	J	dTK		n. d.						
BG030	Intravitreale Injektion mit anti-VEGF (LE=je Seite)	J	dTK		n. d.						
BG038	Vordere Vitrektomie (LE=je Seite)	N	ROF		2 3						
BG040*	Vitrektomie ohne Endotamponade (LE=je Seite)	N	ROF		2 3						
BG050*	Vitrektomie mit Endotamponade (LE=je Seite)	N	ROF		2 3						
BG060*	Retinotomie, Retinektomie (LE=je Seite)	N	ROF		2 3						
BG070	Fixation der Netzhaut durch eindellende Maßnahmen (LE=je Seite)	N	ROF		2 3						
BG080*	Totalresektion der Choroidea (LE=je Seite)	N	ABT		2 3			X			
BG090	Brachytherapie am Auge mit chirurgischer Fixation des Applikators (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3						
BG109	Sonstige Operation – Retina, Glaskörper, hinterer Augenabschnitt (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BH010	Bulbusnaht (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						
BH020*	Silikonölenentfernung (LE=je Seite)	N	ROF		4						
BH030	Intraokulare Fremdkörperentfernung (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						
BH040	Eviszeration des Bulbus (LE=je Seite)	N	ROF		2 3						
BH050	E nukleation des Bulbus ohne Prothese (LE=je Seite)	N	ROF		2 3			X			
BH060	E nukleation des Bulbus mit Prothese (LE=je Seite)	N	ROF		2 3			X			
BH079	Sonstige Operation – Augapfel (LE=je Seite)	N	ROF		4						
BJ010	Naht der Augenmuskeln (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						
BJ020	Korrekturoperation an den geraden Augenmuskeln (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BJ030	Kombinierte Korrekturoperation an den geraden und schrägen Augenmuskeln (LE=je Seite)	J	dTK		4						
BK010	Teilresektion der Orbita (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE	X			
BK020	Exenteration der Orbita (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE				
BK039	Sonstige Operation – Orbita (LE=je Seite)	N	ROF		4						
BZ010	Rekonstruktion eines Auges (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						
CA010	Ohranlegeplastik (LE=je Seite)	J	dTK		4						
CA020	Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel (LE=je Seite)	N	ROF		2 3						
CA030	Replantation der Ohrmuschel (LE=je Seite)	N	ABT		4						
CA040	Resektion am äußeren Gehörgang (LE=je Seite)	J	dTK		4			X			
CA050	Gehörgangsplastik (LE=je Seite)	N	ROF		2 3			X			
CA069	Sonstige Operation – äußeres Ohr (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
CB010	Paracentese (LE=je Seite)	J	dTK		4						
CB020	Myringoplastik (LE=je Seite)	J	ROF		4						
CB030	Tympanoplastik mit Kettenrekonstruktion (LE=je Seite)	N	ROF		4						
CB040	Stapesplastik (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						
CB050	Revision des Mastoids (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						
CB060	Radikale Resektion des Schläfenbeines (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		IS	X			
CB070	Implantation eines elektronischen Mittelohrimplantates (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						
CB089	Sonstige Operation – Mittelohr (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
CC010	Resektion einer Raumforderung am inneren Gehörgang (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		IS				
CC020	Labyrinthektomie (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE				
CC030	Dekompression oder Drainage des Saccus endolymphaticus (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE				
CC040	Verschluß einer perilymphatischen Fistel (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE				
CC050	Implantation eines Cochlearimplantates (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						
CC069	Sonstige Operation – Innenohr (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
DA030	Invasive Abklärung angeborener kardialer Vitien (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE	ee	***		
DA040	Myokardbiopsie (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR/HCH	1		IS	ee	***		
DA060	Ballonatrioseptostomie (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE				
DA070	Resektion eines Herzventrikulaneurysmas (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	n. d.		IS	g	300		
DA080	Perkutaner Verschluss von Defekten des intrakardialen Septums (ASD, VSD) (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE				
DA090	Resektion eines intracavitären Herztumors (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DA100	Korrektur angeborener Herzfehler ohne Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS				
DA110	Korrektur angeborener Herzfehler mit Herzlungenmaschine (isolierter ASD, isolierter VSD) (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS				
DA120	Korrektur angeborener komplexer Herzfehler mit Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS				
DB010	Perkutane Valvuloplastie (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR/HCH	1		IS	ee	***		
DB020	Implantation einer Pulmonalklappe – perkutan (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR/HCH	1		IS				
DB021	Ersatz der Aortenklappe – perkutan, interventionell (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR/HCH	1		IS				
DB030	Rekonstruktion der Aortenklappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB040	Rekonstruktion der Mitralklappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB050	Rekonstruktion der Trikuspidalklappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB055	Rekonstruktion der Pulmonalklappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB060	Ersatz der Aortenklappe mit pulmonalem Autograft (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB070	Ersatz der Aortenklappe mit stentloser Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB080	Ersatz der Aortenklappe mit gestenteter Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB082	Ersatz der Aortenklappe mit künstlicher mechanischer Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB090	Ersatz der Mitralklappe mit stentloser Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB100	Ersatz der Mitralklappe mit gestenteter Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB102	Ersatz der Mitralklappe mit künstlicher mechanischer Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB110	Ersatz der Trikuspidalklappe mit stentloser Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB120	Ersatz der Trikuspidalklappe mit gestenteter Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB122	Ersatz der Trikuspidalklappe mit künstlicher mechanischer Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB130	Ersatz der Pulmonalklappe mit stentloser biologischer Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB140	Ersatz der Pulmonalklappe mit gestenteter biologischer Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DB142	Ersatz der Pulmonalklappe mit künstlicher mechanischer Klappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS	g	300		
DC010	Perikardfensterung – offen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS				
DC020	Perikardfensterung – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS				
DC030	Perikardektomie ohne Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS				
DC040	Perikardektomie mit Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	n. d.		IS				
DD010	Katheterangiographie der Koronargefäße (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE	ee	***		
DD020	Intrakoronare Druckmessung ("pressure wire") (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	n. d.		UE				
DD030	Intrakoronarer Ultraschall (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	n. d.		UE				
DD040	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) (LE=je Gefäß)	N	RFZ	KAR	1		UE	ee	***		
DD050	Implantation eines Stents in die Koronargefäße (LE=je Stent)	N	RFZ	KAR	1		UE	ee	***		
DD060	Implantation eines medikamentenbeschichteten Stents in die Koronargefäße (LE=je Stent)	N	RFZ	KAR	1		UE	ee	***		
DD070	Rotationsangioplastie der Koronargefäße (LE=je Gefäß)	N	RFZ	KAR	n. d.		UE	ee	***		
DD080	Intrakoronare Thrombusaspiration (LE=je Gefäß)	N	RFZ	KAR	n. d.		UE	ee	***		
DD090	PTCA mit Cutting Balloon (LE=je Gefäß)	N	RFZ	KAR	n. d.		UE	ee	***		
DD100	Perkutane transluminale Atherektomie einer Koronararterie (LE=je Applikation)	N	RFZ	KAR/HCH	n. d.		IS	ee	***		
DD110	Distale Protektion bei koronaren Interventionen (LE=je Gefäß)	N	RFZ	KAR	n. d.		UE	ee	***		
DD120	Anlage eines koronaren Einfachbypasses ohne Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	n. d.		IS	g	300		
DD130	Anlage eines koronaren Einfachbypasses mit Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	n. d.		IS	g	300		
DD140	Anlage eines koronaren Mehrfachbypasses ohne Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	n. d.		IS	g	300		

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS							MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
DD150	Anlage eines koronaren Mehrfachbypasses mit Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	n. d.		IS		g	300	
DD160	Anlage eines koronaren Mehrfachbypasses mit arteriellem Freegraft ohne Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	n. d.		IS		g	300	
DD170	Anlage eines koronaren Mehrfachbypasses mit arteriellem Freegraft mit Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	n. d.		IS		g	300	
DD180	Anlage eines koronaren Einfachbypasses ohne Herzlungenmaschine – minimalinvasiv (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	n. d.		IS		g	300	
DD190	Anlage eines koronaren Mehrfachbypasses mit Herzlungenmaschine – minimalinvasiv (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	n. d.		IS		g	300	
DE010	Kardioversion mit externem Kardioverter in Narkose (LE=je Sitzung)	J	ABT		1						
DE020	Anlage eines temporären intrakardialen Schrittmachers (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3		UE				
DE030	Diagnostische Ventrikelstimulation (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE		ee	***	
DE040	Katheteruntersuchung des kardialen Reizleitungssystems (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE		ee	***	
DE050	Katheterablation des kardialen Reizleitungssystems (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE		ee	***	
DE060	Katheterablation des kardialen Reizleitungssystems im Bereich der Pulmonalvenen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE		ee	***	
DE062	Chirurgische Ablation des kardialen Reizleitungssystems im Bereich der Pulmonalvenen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS				
DE070	Implantation eines kardialen Monitors (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
DE071	Implantation eines kardialen Monitors, MR-tauglich (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
DE080	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE		f	50	
DE090	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE		f	50	
DE091	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, MR-tauglich (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE		f	50	
DE100****	Implantation eines Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE				
DE110****	Implantation eines automatischen Kardioverter-Defibrillators (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE				
DE120****	Implantation eines automatischen Kardioverter-Defibrillators mit kardialer Resynchronisationsfunktion (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE				
DE130	Wechsel von Schrittmachersonden (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE		f	50	
DE140	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Einkammersystem (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE		f	50	
DE150	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Zweikammersystem (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE		f	50	
DE151	Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Zweikammersystem, MR-tauglich (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
DE160****	Aggregatwechsel bei einem System zur kardialen Resynchronisationstherapie (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE				
DE170****	Aggregatwechsel bei einem automatischen Kardioverter-Defibrillator (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE				
DE180****	Aggregatwechsel bei einem automatischen Kardioverter-Defibrillator mit kardialer Resynchronisationsfunktion (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE				
DF010	Rechtsherzkatheteruntersuchung (LE=je Sitzung)	N	ABT		1				ee	***	
DF020	Katheterangiographie der Pulmonalarterien (LE=je Sitzung)	N	n. d.		1						
DF030	Katheterangiographie und lokale Lyse der Pulmonalarterie (LE=je Sitzung)	N	n. d.		1		UE				
DF050	Embolektomie der Pulmonalarterien ohne Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH/GCHZ	1		IS		h	10	
DF060	Embolektomie der Pulmonalarterien mit Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH/GCHZ	1		IS		h	10	
DG010	Katheterangiographie – Aorta (LE=je Sitzung)	N	n. d.		1						
DG020	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – Aorta (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS				
DG030	Implantation eines Stentgrafts – Aorta thorakal (LE=je Applikation)	N	RFZ	HCH/GCHZ	1		IS		h	10	
DG040	Implantation eines Stentgrafts – Aorta abdominal (LE=je Applikation)	N	RFZ	GCHZ	1		IS		h	10	
DG050	Implantation eines Stentgrafts – Aortenbifurkation (LE=je Applikation)	N	RFZ	GCHZ	1		IS		h	10	
DG060	Implantation einer intraaortalen Ballonpumpe (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS		ee	***	
DG070	Rekonstruktion der Aorta ascendens ohne Aortenklappenersatz/-rekonstruktion (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS		g	300	
DG080	Rekonstruktion der Aorta ascendens ohne Aortenklappenersatz in Kreislaufstillstand (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS		g	300	
DG090	Rekonstruktion der Aorta ascendens mit Aortenklappenersatz (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS		g	300	
DG100	Rekonstruktion der Aorta ascendens mit Aortenklappenersatz in Kreislaufstillstand (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS		g	300	
DG110	Rekonstruktion der Aorta ascendens mit Rekonstruktion der Aortenklappe (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS		g	300	
DG120	Rekonstruktion der Aorta ascendens mit Rekonstruktion der Aortenklappe in Kreislaufstillstand (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS		g	300	

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
DG130	Partielle Rekonstruktion des Aortenbogens in Kreislaufstillstand (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS		g	300	
DG140	Totale Rekonstruktion des Aortenbogens in Kreislaufstillstand (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS		g	300	
DG150	Rekonstruktion der Aorta thoracica descendens mit Gefäßinterponat (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS		h	10	
DG160	Rekonstruktion der Aorta thorakoabdominalis mit Gefäßinterponat (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS		h	10	
DG170	Rekonstruktion der Aorta abdominalis ohne Gefäßinterponat (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS		h	10	
DG180	Rekonstruktion der Aorta abdominalis mit Gefäßinterponat (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS		h	10	
DG190	Rekonstruktion der Aortenbifurkation mit Gefäßinterponat (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS		h	10	
DH030	Perkutane Implantation eines Kavaschirms (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
DH040	Implantation eines Langzeit-Zentralvenenkatheters mit Port (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3						
DH050	Rekonstruktion der Vena cava (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	n. d.		IS				
DL030	Kurzfristige Kreislaufunterstützung mit Zentrifugalpumpe oder axialer Flusspumpe (LE=je Aufenthalt)	N	RFZ	HCH	1		IS				
DL040	Mittelfristige Kreislaufunterstützung mit parakorporaler Membranpumpe (LE=je Seite)	N	RFZ	HCH	1		IS				
DL050	Langfristige Kreislaufunterstützung mit implantierbarem System (LE=je Aufenthalt)	N	RFZ	HCH	1		IS				
DZ030	Perkutaner Verschluss eines offenen Ductus arteriosus Botalli (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR/HCH	1		IS				
DZ040	Perkutaner Verschluss von aortopulmonalen, atriopulmonalen, arteriovenösen oder venovenösen Kollateralgefäßen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR/HCH	1		IS				
DZ050	Stentimplantation in Pulmonalgefäße oder einen offenen Ductus arteriosus Botalli (LE=je Sitzung)	N	RFZ	KAR	1		UE				
DZ060	Naht einer Verletzung des Herzens (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
DZ070	Implantation des Herzens (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TXC	1		IS				
DZ080	Implantation von Herz und Lunge (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TXC	1		IS				
DZ099	Sonstige Operation – Herz und herznahe Aorta (LE=je Sitzung)	N	RFZ	HCH	1		IS				
EA020	Intravaskuläres Coiling intrakranieller Gefäße (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
EA030	Clippung eines intrakraniellen Aneurysmas (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
EA040	Entfernung eines intrakraniellen Angiomes (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
EB010	Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)	N	n. d.		1		UE				
EB020	Katheterangiographie und lokale Lyse kranieller Gefäße (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
EB022	Katheterembolisation – kraniale Gefäße (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
EB030	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – extrakranielle Gefäße des Kopfes und Halses (LE=je Sitzung)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EB040	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – extrakranielle Gefäße des Kopfes und Halses (LE=je Sitzung)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EB050	Arteriennaht – extrakranielle Gefäße des Kopfes und des Halses (LE=je Sitzung)	J	ROF		1		UE				
EB060	Rekonstruktion der Arteria carotis (Thrombendarterektomie, Gefäßinterponat) (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		IS				
EC010	Katheterangiographie – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)	N	n. d.		1		UE				
EC020	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EC030	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EC040	Katheterembolisation – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EC050	Arteriennaht – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)	J	ABT		1		UE				
EC060	Endarterektomie, Thrombendarterektomie – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EC070	Revaskularisation von Arterien der oberen Extremität, des Thorax (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EC080	Transposition der Arteria Subklavia (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS				
ED008	Katheterangiographie – Spinalgefäße (LE=je Sitzung)	N	n. d.		1		UE				
ED010	Katheterangiographie – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)	N	n. d.		1		UE				
ED020	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS				
ED030	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS				
ED040	Revaskularisation einer Viszeralarterie (LE=je Seite)	N	RFZ	GCHZ	1		IS		h	10	
ED050	Katheterembolisation – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS				
ED054	Katheterangiographie – Beckenarterien (LE=je Seite)	N	n. d.		n. d.		UE				

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
ED056	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – Beckenarterien (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	n. d.		UE				
ED058	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – Beckenarterien (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	n. d.		UE				
ED060	Katheterembolisation – Beckenarterien (LE=je Sitzung)	N	ABT	GCHS	1		UE				
ED070	Arteriennaht – Abdomen, Becken (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
ED080	Revaskularisation einer Beckenarterie ohne Gefäßinterponat (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE		h	10	
ED090	Endarterektomie, Thrombendarterektomie – Abdomen, Becken (LE=je Seite)	N	RFZ	GCHZ	1		IS				
ED100	Revaskularisation einer Beckenarterie mit Prothese (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	n. d.		UE		h	10	
ED110	Revaskularisation einer Nierenarterie (LE=je Seite)	N	RFZ	GCHZ	1		IS		h	10	
EF010	Katheterangiographie – untere Extremität (LE=je Seite)	N	n. d.		1		UE				
EF020	Katheterembolisation – untere Extremität (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EF030	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EF040	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – untere Extremität (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EF050	Arteriennaht – untere Extremität (LE=je Seite)	J	ABT		1		UE				
EF060	Endarterektomie, Thrombendarterektomie – untere Extremität (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EF070	Extraanatomische Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit Gefäßinterponat (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EF080	Extraanatomische Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit Kunststoff (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EF090	Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit Gefäßinterponat (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EF100	Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit Kunststoff (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EF110	Revaskularisation einer Kniekehlenarterie mit Gefäßinterponat (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EF120	Revaskularisation einer Kniekehlenarterie mit Kunststoff (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EF130	Revaskularisation von Unterschenkelarterien mit Gefäßinterponat (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EF140	Revaskularisation von Unterschenkelarterien mit Kunststoff (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EH010	Implantation eines abdomino- oder pleurovenösen Shunts (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
EH020	Ligatur der Vena spermatica – offen (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
EH030	Ligatur der Vena spermatica – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
EJ010	Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung ohne Leberbiopsie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X			
EJ020	Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung mit Leberbiopsie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X			
EJ030	Anlage eines transjugulären portosystemischen Shunts (TIPS) (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
EJ040	Anlage einer portosystemischen Anastomose (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS				
EK030	Endoskopische Dissektion der Perforansvenen (LE=je Seite)	J	dTK		n. d.						
EK035	Endovenöse Obliteration der Venae saphenae (LE=je Seite)	J	dTK		n. d.						
EK040	Revision des Hiatus saphenus bei Rezidiv-Varikose (LE=je Seite)	J	dTK		n. d.						
EK050	Radikale Varizenoperation (Stripping) (LE=je Seite)	J	dTK		n. d.						
EK060	Rekonstruktion einer Becken- oder Oberschenkelvene (LE=je Sitzung)	N	RFZ	GCHZ	1		IS				
EK079	Sonstige Operation – Venen (LE=je Seite)	J	ABT		2 3						
EP010	Katheterangiographie mit lokaler Lyse an peripheren Gefäßen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
EP020****	Perkutane transluminale Embolektomie, Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung an extrakraniellen Gefäßen (LE=je Sitzung)	N	ABT	GCHS	n.d.		IS				
EP030****	Perkutane transluminale Rekanalisation extrakranieller Gefäße, andere Verfahren (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	n.d.		IS				
EP040	Arterielle Embolektomie oder Thrombektomie (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	n.d.		UE				
EP050	Implantation von Kathetern zur arteriellen regionalen Chemotherapie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
EP069	Sonstige Operation – Arterien (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3						
EQ010	Venöse Embolektomie oder Thrombektomie (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EQ020	Verschluss einer arterio-venösen Fistel (LE=je Seite)	N	ABT	GCHS	1		UE				
EZ010	Katheterangiographie arteriovenöser Shunts (LE=je Sitzung)	N	n. d.		1		UE				
EZ020	Anlage eines arteriovenösen Dialysesshunts ohne Kunststoff (LE=je Sitzung)	J	dTK		1						
EZ030	Anlage eines arteriovenösen Dialysesshunts mit Kunststoff (LE=je Sitzung)	J	dTK		1						
EZ040	Thrombektomie eines Dialysesshunts (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS			
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF	
FA010	Adenotomie (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
FA020	Tonsillotomie (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
FA030	Tonsillektomie (LE=je Sitzung)	J	ROF		4							
FA040	Operative Blutstillung einer Nachblutung nach Tonsillektomie/ Adenotomie (LE=je Sitzung)	J	ROF		4							
FB010	Thymektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	d	50		
FB020	Thymektomie – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	d	50		
FC018	Entfernung des Sentinellymphknotens (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	d	50		
FC020	Regionale Lymphadenektomie als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
FC030	Selektive zervikale Lymphadenektomie (LE=je Seite)	N	ROF		2 3			X				
FC040	Radikale zervikale Lymphadenektomie (LE=je Seite)	N	ABT		1		UE	X				
FC060	Radikale supraclaviculäre Lymphadenektomie (LE=je Seite)	N	ABT		1			X				
FC070	Radikale axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)	N	ABT		1			X				
FC080	Radikale mediastinale Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	n. d.		IS					
FC090	Radikale paraaortale Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X				
FC100	Retroperitoneale Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
FC110	Radikale retroperitoneale Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
FC120	Radikale paragastrale Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X				
FC130	Radikale pelvine Lymphadenektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X				
FC140	Radikale pelvine Lymphadenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X				
FC150	Radikale inguinale Lymphadenektomie (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.			X				
FC169	Sonstige Operation – Lymphknoten, Lymphgefäße (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
FF020	Milzklebung, Milznaht (LE=je Sitzung)	J	ROF		1		UE					
FF030	Teilsplenektomie – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		1		UE					
FF040	Teilsplenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE					
FF050	Splenektomie – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		1		UE					
FF060	Splenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE					
FZ010	Verabreichung von Spenderlymphozyten nach allogener Stammzelltransplantation – unverwandter Spender (LE=je Aufenthalt)	N	RFZ	SZT/all	1		IS					
FZ020	Therapie der Graft versus Host-Disease auf einer KMD-Nachsorgestation ohne spezifische Medikamente (LE=je Aufenthalt)	N	RFZ	SZT/all	1		IS					
FZ030	Therapie der Graft versus Host-Disease auf einer KMD-Nachsorgestation mit spezifischen Medikamenten (Antilymphozytenglobulin /monoklonale Antikörper) (LE=je Aufenthalt)	N	RFZ	SZT/all	1		IS					
FZ040	Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut – ohne Purgung (LE=je Mobilisierungszyklus)	N	RFZ	SZT/aut	1		IS					
FZ050	Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut – mit Purgung (LE=je Mobilisierungszyklus)	N	RFZ	SZT/aut	1		IS					
FZ060	Autologe Stammzelltransplantation (LE=je vollständiger Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung)	N	RFZ	SZT/aut	1		IS		hh	10		
FZ070	Allogene Stammzelltransplantation mit reduzierter Konditionierungstherapie – ohne Implantatzukauf (LE=je vollständiger Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung)	N	RFZ	SZT/all	1		IS		gg	10		
FZ080	Allogene Stammzelltransplantation mit Hochdosis-/aplasierender Konditionierungstherapie – ohne Implantatzukauf (LE=je vollständiger Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung)	N	RFZ	SZT/all	1		IS		gg	10		
FZ090	Allogene Stammzelltransplantation mit reduzierter Konditionierungstherapie – bei Zukauf eines Implantats (LE=je vollständiger Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung)	N	RFZ	SZT/all	1		IS		gg	10		
FZ100	Allogene Stammzelltransplantation mit Hochdosis-/aplasierender Konditionierungstherapie – bei Zukauf eines Implantats (LE=je vollständiger Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung)	N	RFZ	SZT/all	1		IS		gg	10		
FZ101	Einsatz von zugekauften blutbildenden Stammzellen aus Knochenmark/Blut (LE=je vollst. Stammzell-Tx)	N	RFZ	SZT/all	1		IS					
FZ102	Einsatz von zugekauften blutbildenden Stammzellen aus Nabelschnurblut (LE=je single pack)	N	RFZ	SZT/all	1		IS					
GA020	Korrektur der äußeren Nase (Rhinoplastik) (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
GA030	Korrektur des Nasenseptums (Septumplastik) (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
GA040	Korrektur des Nasenseptums und der äußeren Nase (Septorhinoplastik) (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
GA050	Plastische Rekonstruktion des Rhinopharynx (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		IS					
GA069	Sonstige Operation – Nase (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS			
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF	
GB010	Ausräumung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – offen (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3							
GB020	Ausräumung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
GB030	Ausräumung der Nasennebenhöhlen der 2. Reihe – offen (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3							
GB040	Ausräumung der Nasennebenhöhlen der 2. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
GB059	Sonstige Operation – Nasennebenhöhlen (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
GC010	Resektion von Raumforderungen am Epipharynx (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3			X				
GD010	Glottiserweiterung (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE					
GD020	Medialisation der Stimmlippen (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE					
GD035	Mikrochirurgischer Eingriff am Larynx (LE=je Sitzung) (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3							
GD050	Teilresektion des Larynx (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS					
GD060	Totalresektion des Larynx (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS					
GD070	Erweiterte Resektion des Pharynx und Larynx mit Rekonstruktion (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X				
GD080	Rekonstruktion des Larynx (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		IS					
GD090	Korrektur angeborener Defekte des Larynx (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
GD109	Sonstige Operation – Larynx (LE=je Sitzung)	N	ROF		4							
GE020	Therapeutische Lavage der Lunge (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
GE030	Endoskopische Resektion an Trachea und Bronchien (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE					
GE040	Endoskopische Stentimplantation – Trachea, Bronchien (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE					
GE050	Resektion der Trachea – zervikal (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
GE060	Resektion der Trachea – transthorakal (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS					
GE070	Resektion der Trachealbifurkation (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS					
GE089	Sonstige Operation – Trachea (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3							
GF030	Thorakoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X	d	50		
GF040	Thorakoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE		d	50		
GF050	Thorakotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS		d	50		
GF060	Rethorakotomie nach operativem Eingriff (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS					
GF070	Keilresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GF080	Keilresektion – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	d	50		
GF090	Anatomische Segmentresektion der Lunge (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GF100	Volume Reduction der Lunge – offen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GF110	Volume Reduction – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GF120	Lobektomie oder Bilobektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GF130	Lobektomie oder Bilobektomie – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GF140	Lobektomie mit Bronchusmanschettenresektion (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GF150	Lobektomie mit Bronchus- und Gefäßmanschettenresektion (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	n. d.		IS		d	50		
GF160	Erweiterte Pneumektomie (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	n. d.		IS		d	50		
GF170	Intraperikardiale Pneumektomie (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	n. d.		IS		d	50		
GF180	Extraperikardiale Pneumektomie (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	n. d.		IS		d	50		
GF190	Implantation der Lunge (LE=je Seite)	N	RFZ	TXC	n. d.		IS					
GF209	Sonstige Operation – Bronchien, Lunge (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3							
GG010	Pleurektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GG020	Pleurale Dekortikation – offen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GG030	Pleurale Dekortikation – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GH010	Resektion mediastinaler Raumforderungen – offen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GH020	Resektion mediastinaler Raumforderungen – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1		IS		d	50		
GL010	Implantation eines Zwerchfellschrittmachers (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	n. d.		IS					
GL020	Aggregatwechsel eines Zwerchfellschrittmachers (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	n. d.		IS					
GL060	Implantation eines Systems zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
HA010	Resektion im Bereich der Lippen mit Rekonstruktion durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3			X			
HA020	Resektion im Bereich der Mundhöhle und der Kiefer mit Rekonstruktion durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE	X			
HA030	Lippenverschluss, Gaumenverschluss, Fistelverschluss (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3						
HA040	Gewebersatz oder Rekonstruktion mit gestielter Lappenplastik im Bereich der Mundhöhle (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE	X			
HA050	Gewebersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik im Bereich der Mundhöhle (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE	X			
HA069	Sonstige Operation – Mundhöhle (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
HC010	Teilresektion der Parotis (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3			X			
HC020	Resektion der Parotis mit Erhaltung des N. facialis (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3			X			
HC030	Resektion der Parotis mit autologer Nerventransplantation (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.			X			
HC040	Exstirpation der Glandula sublingualis (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3						
HC050	Exstirpation der Glandula submandibularis (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3						
HC080	Endoskopische Extraktion oder Fragmentation eines Speichelsteines (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
HC069	Sonstige Operation – Speicheldrüsen (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
HD020	Endoskopische Schwellendurchtrennung mit Laser (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3						
HD030	Pharyngotomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE				
HD040	Myotomie des Muskulus constrictor pharyngis (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
HD050	Transzervikale Resektion eines Pharynxdivertikels (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
HD060	Resektion von Raumforderungen am Oro-/Hypopharynx (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3			X			
HD070	Teilresektion des Pharynx (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE				
HD080	Teilresektion des Pharynx mit Rekonstruktion (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS				
HD090	Velopharynxplastik (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3		UE				
HD100	Uvulo-Palato-Pharyngealplastik (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE				
HD111	Exzision einer Halsfistel (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3						
HD112	Exzision einer Halszyste (LE=je Sitzung)	J	ROF		4						
HD129	Sonstige Operation – Pharynx, Tonsillen (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
HE010	Radiologisch geführte Stentimplantation – Ösophagus (LE=je Sitzung)	N	n. d.		1						
HE022	Schleimhautabtragung (submuköse Resektion, Radiofrequenzablation, PDT) am distalen Ösophagus bei höhergradiger Dysplasie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
HE030	Endoskopische Stentimplantation – Ösophagus (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
HE040	Naht, Übernähung am Ösophagus (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X			
HE050	Sperroperation des Ösophagus – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
HE060	Sperroperation des Ösophagus – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
HE070	Myotomie am Ösophagus – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X			
HE080	Myotomie am Ösophagus – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X			
HE090	Exzision am Ösophagus – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
HE100	Exzision am Ösophagus – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
HE110	Resektion des Ösophagus – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	j	10	
HE120	Resektion des Ösophagus – laparoskopisch/thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	j	10	
HE130	Resektion des Ösophagus – abdomino-thorakal (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	j	10	
HE140	Korrektur angeborener Fehlbildungen des Ösophagus (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
HE150	Implantation einer Ösophagus-Endoprothese – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE		j	10	
HE169	Sonstige Operation – Ösophagus (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3						
HF010	Radiologisch geführte Stentimplantation – Magen, Duodenum (LE=je Sitzung)	N	n. d.		n. d.						
HF020	Endoskopische Stentimplantation – Magen, Duodenum (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
HF030	Anlage oder Wechsel einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3						
HF040	Übernähung der Magen- oder Duodenalwand – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		1		UE				
HF050	Übernähung der Magen- oder Duodenalwand – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
HF070	Gastrojejunostomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
HF080	Gastrojejunostomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
HF090	Proximale Magenresektion – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF100	Proximale Magenresektion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF110	Proximale Magenresektion mit Dünndarminterponat (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF120	Atypische Magenresektion – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF130	Atypische Magenresektion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF140	Distale Magenresektion – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF150	Distale Magenresektion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF160	Distale Magenresektion mit Lymphadenektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF170	Distale Magenresektion mit Lymphadenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF180	Subtotale oder totale Magenresektion mit Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF190	Subtotale oder totale Magenresektion (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF200	Korrekturoperation des operierten Magens (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	k	10	
HF210	Erweiterte Magenresektion mit Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	k	10	
HF220	Sleeve Gastrektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS		qq	n.d.	
HF230	Sleeve Gastrektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS		qq	n.d.	
HF240	Magenbypass – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS		qq	n.d.	
HF250	Magenbypass – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS		qq	n.d.	
HF254	Biliopankreatische Diversion – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS		qq	n.d.	
HF255	Biliopankreatische Diversion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS		qq	n.d.	
HF260	Gastric banding – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE		qq	n.d.	
HF270	Gastric banding – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE		qq	n.d.	
HF280	Korrektur angeborener Fehlbildungen des Magens und Duodenums (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
HF290	Pylorotomie bei Pylorushypertrophie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
HF300	Pylorotomie bei Pylorushypertrophie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
HF311	Pyloroplastik – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
HF312	Pylorusresektion – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
HF321	Pyloroplastik – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
HF322	Pylorusresektion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
HF330	Partielle Duodenalresektion (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
HF349	Sonstige Operation – Magen, Duodenum (LE=je Sitzung)	J	ABT		1						
HG040	Radiologisch geführte Stentimplantation – Dünndarm (LE=je Sitzung)	N	n. d.		n. d.						
HG050	Enterotomie (LE=je Sitzung)	J	ABT		1		UE				
HG060	Intestinale Dekompression des Dünndarms (LE=je Sitzung)	J	ABT		1		UE				
HG070	Teilresektion des Dünndarms mit Anastomosierung – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		1		UE				
HG080	Teilresektion des Dünndarms mit Anastomosierung – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
HG090	Anlage eines kontinenten Ileostomas (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
HG100	Anlage eines ileoanalen Pouch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
HG110	Revision eines Ileostomas (LE=je Sitzung)	J	ABT		1						
HG120	Verschluss eines Ileostomas (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3						
HG130	Strikturoplastik am Dünndarm (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE				
HG140	Implantation des Dünndarmes (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TXC	n. d.		IS				
HG150	Korrektur von Fehlbildungen des Dünndarms (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
HG169	Sonstige Operation – Dünndarm (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3						
HH010	radiologisch geführte Stentimplantation – Dickdarm (LE=je Sitzung)	N	n. d.		n. d.						
HH020	Endoskopische Polypektomie – Kolon (LE=je Sitzung)	J	n. d.		2 3						
HH030	Endoskopische Stentimplantation – Kolon (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
HH040	Appendektomie – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		4						

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS			
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF	
HH050	Appendektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	ABT		4							
HH060	Resektion des Ileozökum – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3		UE					
HH070	Resektion des Ileozökum – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE					
HH080	Resektion des rechten Hemikolon – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X				
HH090	Resektion des rechten Hemikolon – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X				
HH100	Resektion des Kolon transversum – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X				
HH110	Resektion des Kolon transversum – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X				
HH120	Resektion des linken Hemikolon ohne primäre Anastomose (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X				
HH130	Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X				
HH140	Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X				
HH150	Subtotale oder totale Resektion des Kolons – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
HH160	Subtotale oder totale Resektion des Kolons – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
HH170	Proktokolektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
HH180	Proktokolektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
HH190	Intestinale Dekompression des Kolons (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE					
HH200	Anlage eines entero-enteralen Bypasses (LE=je Sitzung)	J	ABT		1		UE					
HH210	Revision oder Verschluss eines Kolostomas – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		1							
HH220	Revision oder Verschluss eines Kolostomas – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1							
HH230	Intestinale Rekonstruktion bei endständiger Kolostomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
HH240	Intestinale Rekonstruktion bei endständiger Kolostomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
HH250	Korrektur von Fehlbildungen des Kolons (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
HH269	Sonstige Operation – Kolon (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3							
HJ010	Rektopexie ohne Resektion – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE					
HJ020	Rektopexie ohne Resektion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X	cc	15		
HJ030	Rektopexie mit Resektion – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE					
HJ040	Rektopexie mit Resektion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X	cc	15		
HJ050	Transanale Teilresektion der Rektumwand (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE					
HJ060	Resektion des Rektum ohne totale mesorektale Exzision – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	cc	15		
HJ070	Resektion des Rektum ohne totale mesorektale Exzision – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	cc	15		
HJ080	Resektion des Rektum mit totaler mesorektaler Exzision – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	cc	15		
HJ090	Resektion des Rektum mit totaler mesorektaler Exzision – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	cc	15		
HJ100	Abdomino-perineale Rektumamputation – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	cc	15		
HJ110	Abdomino-perineale Rektumamputation – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	cc	15		
HJ120	Korrektur von Fehlbildungen des Rektums (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
HJ139	Sonstige Operation – Rektum (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3							
HK010	Inzision bei anorektalem Abszess (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
HK020	Hämorrhoidektomie (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
HK030	Exzision einer Analfissur (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
HK040	Sanierung einer Analfistel mit Rekonstruktion des Sphinkterapparates (LE=je Sitzung)	N	ABT		1							
HK050	Sanierung einer Analfistel ohne Rekonstruktion des Sphinkterapparates (LE=je Sitzung)	J	dTK		1							
HK060	Anale Rekonstruktion bei Inkontinenz (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.							
HK070	Korrektur einer Fehlbildung des Anus (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
HK089	Sonstige Operation – Anus (LE=je Sitzung)	J	ABT		4							
HL010	Radiofrequenzablation von primären Lebermalignomen / Lebermetastasen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	ONK	n. d.		IS					
HL020	Lebernaht, Leberklebung (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.		IS					
HL030	Leberteilresektion – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	aa	10		
HL040	Leberteilresektion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	aa	10		

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
HL050	Hemihepatektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	aa	10	
HL060	Implantation der Leber (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TXC	1		IS				
HL079	Sonstige Operation – Leber (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
HM010	Retrograde Cholangioskopie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
HM020	Perkutane transhepatische Cholangiographie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
HM030	Perkutane Implantation eines Gallengangstents (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
HM040	Radiologisch geführte Stentimplantation – Gallenwege, Pankreasgang (LE=je Sitzung)	N	n. d.		n. d.						
HM060	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE				
HM070	Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE				
HM080	Implantation eines Stents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
HM090	Endoskopische photodynamische Therapie – Gallenwege (LE=je Sitzung)	N	RFZ	ONK	1		IS				
HM100	Cholezystektomie – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3						
HM110	Cholezystektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3						
HM120	Gallengangsrevision – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X			
HM130	Gallengangsrevision – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
HM140	Biliodigestive Anastomose – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X			
HM150	Biliodigestive Anastomose – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE	X			
HM160	Korrektur von Fehlbildungen der Gallenblase und Gallenwege (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
HN010	Nekrosektomie des Pankreas – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS				
HN020	Nekrosektomie des Pankreas – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS				
HN030	Exstirpation eines endokrin aktiven Tumors des Pankreas – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	bb	10	
HN040	Exstirpation eines endokrin aktiven Tumors des Pankreas – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	bb	10	
HN050	Pankreasteilresektion links – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	bb	10	
HN060	Pankreasteilresektion links – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	bb	10	
HN070	Pankreasteilresektion rechts mit Erhaltung des Pylorus (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	bb	10	
HN080	Pankreasteilresektion rechts mit Erhaltung des Duodenums (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	bb	10	
HN090	Totale Pankreatektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	bb	10	
HN100	Partielle Duodenopankreatektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	bb	10	
HN110	Erweiterte Duodenopankreatektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	bb	10	
HN120	Pankreatiko – digestive Anastomose (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X	bb	10	
HN130	Implantation des Pankreas (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TXC	n. d.		IS				
HN149	Sonstige Operation – Pankreas (LE=je Sitzung)	N	ABT		1						
HP010	Laparotomie – diagnostisch (LE=je Sitzung)	J	ROF		1		UE				
HP020	Laparoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung)	J	ROF		1		UE				
HP030	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3		UE				
HP040	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3		UE				
HP050	Relaparotomie nach operativem Eingriff (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3		UE				
HP060	Relaparoskopie nach operativem Eingriff (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3		UE				
HP070	Relaparotomie und Anlage/Wechsel einer intraabdominellen Vakuumversiegelung (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
HP080	Korrektur einer intestinalen Malrotation (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS				
HP100	Verschluss einer Leistenhernie beim Kind – laparoskopisch (LE=je Seite)	N	ABT		4						
HP119	Sonstige Operation – Peritoneum (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3						
HP190	Verschluss einer Leistenhernie beim Kind – offen (LE=je Seite)	N	ABT		4						
HZ010	Endoskopische Blutstillung am GI-Trakt (LE=je Sitzung)	J	n. d.		2 3		UE				
HZ020	Endoskopische Bougierung am GI-Trakt (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3						
HZ030	Endoskopische Fremdkörperentfernung am oberen GI-Trakt (LE=je Sitzung)	J	n. d.		2 3						
JA030	Nierennaht (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE				

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
JA040	Nephropexie – offen (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE				
JA050	Nephropexie – laparoskopisch (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE				
JA060	Marsupialisation einer Nierenzyste – laparoskopisch (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE				
JA070	Teilnephrektomie – offen (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE	X			
JA080	Teilnephrektomie – laparoskopisch (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE	X			
JA090	Nephrektomie mit Autotransplantation (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE	X			
JA100	Nephrektomie – offen (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE	X			
JA110	Nephrektomie – laparoskopisch (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE	X			
JA120	Erweiterte Teilnephrektomie – offen (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE	X			
JA130	Erweiterte Teilnephrektomie – laparoskopisch (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		IS	X			
JA140	Erweiterte Nephrektomie – offen (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		IS	X			
JA150	Erweiterte Nephrektomie – laparoskopisch (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		IS	X			
JA160	Heminephroureterektomie (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		IS	X			
JA170	Nephroureterektomie (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		IS	X			
JA180	Implantation einer Niere (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TXC	1		IS				
JA199	Sonstige Operation – Nieren, Nierenbecken (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3						
JB010	Perkutane Nephrolitholapaxie (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3		UE				
JB020	Pyelotomie mit Konkremententfernung (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE				
JB030	Nierenbeckenplastik – offen (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE				
JB040	Nierenbeckenplastik – laparoskopisch (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE				
JC030	Ureterorenoskopie (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
JC040	Endoskopische Extraktion eines Uretersteines (LE=je Sitzung)	J	ROF		4						
JC050	Implantation eines permanenten metallischen Stents – Ureter (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3						
JC060	Unterspritzung des Ureterostiums – endoskopisch (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3						
JC070	Extraktion eines Uretersteines – offen (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE				
JC080	Ureterolyse – offen (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE				
JC090	Ureterolyse – laparoskopisch (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE				
JC100	Ureteranastomose (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE	X			
JC110	Ureterozystoneostomie (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE	X			
JC120	Ureterokutaneostomie (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE	X			
JC130	Verschluss der Ureterokutaneostomie (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE	X			
JC140	Intramurale Verlagerung des Harnleiters (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE				
JC150	Ureterersatz (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		IS	X			
JC160	Inzision einer Ureterozele (LE=je Seite)	J	ROF		2 3		UE				
JC170	Ureterozystoneostomie und Resektion eines Megaureter (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE				
JC180	Ureterozystoneostomie und Resektion einer Ureterozele (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE				
JC199	Sonstige Operation – Ureter (LE=je Seite)	J	dTK		2 3						
JD010	Transurethrale Resektion der Blase (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3		UE	X			
JD020	Naht der Harnblase (LE=je Sitzung)	J	ROF		n. d.						
JD030	Zystotomie (LE=je Sitzung)	J	ROF		n. d.		UE				
JD040	Blasenteilresektion, Divertikelexstirpation – offen (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE				
JD050	Blasenteilresektion, Divertikelexstirpation – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE				
JD060	Zystektomie, Zystoprostatektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X			
JD070	Zystektomie, Zystoprostatektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS	X			
JD080	Blasenaugmentation – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE	X			
JD090	Blasenaugmentation – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE	X			
JD100	Blasenersatz mit Darm (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		IS	X			
JD110	Implantation einer Sphinkterprothese (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3						
JD120	Implantation eines Blasenschrittmachers (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS			
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF	
JD130	Exzision einer Urachusfistel (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE					
JD140	Verschluss einer Harnblasenfistel (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE					
JD150	Verschluss einer Blasenektropie (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3			X				
JD169	Sonstige Operation – Harnblase (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3							
JE010	Strikturresektion und Anastomose der Urethra (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE					
JE020	Urethrektomie (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.		UE					
JE030	Rekonstruktion der Urethra (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.		UE					
JE040**	Faszienzügelplastik der Urethra bei der Frau (LE=je Sitzung)	J	ROF		n. d.				I	80	80	
JE050**	Schlingensuspension der Urethra bei der Frau (LE=je Sitzung)	J	ROF		n. d.				I	80	80	
JE051	Schlingensuspension der Urethra beim Mann (LE=je Sitzung)	J	ROF		n. d.							
JE069	Sonstige Operation – Urethra (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3							
JF010	Entfernung retroperitonealer Raumforderungen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
JF029	Sonstige Operation – Retroperitoneum (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3							
JG010	Permanente Implantation von radioaktiven Seeds zur Behandlung des frühen Prostatakarzinoms (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.							
JG020	Transurethrale Resektion der Prostata (LE=je Sitzung)	J	ROF		n. d.							
JG030	Prostatektomie – offen (LE=je Sitzung)	J	ROF		n. d.		UE					
JG040	Prostatektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.		UE					
JG050	Radikale Prostatektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X				
JG060	Radikale Prostatektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X				
JG070	Radikale Prostatektomie mit pelviner Lymphadenektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X				
JG080	Radikale Prostatektomie mit pelviner Lymphadenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X				
JG099	Sonstige Operation – Prostata (LE=je Sitzung)	J	dTK		n. d.							
JH010	Exploration mit Fixierung des Hodens ohne Verlagerung (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
JH020	Exploration mit Verlagerung und Fixierung des Hodens (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
JH030	Autotransplantation des Hodens und mikrochirurgische Anastomose (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE					
JH040	Offene Exploration des Hoden mit Exzision (LE=je Sitzung)	J	dTK		4			X				
JH050	Teilresektion des Hodens (LE=je Sitzung)	J	dTK		4			X				
JH060	Ablatio testis über skrotalen Zugang (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
JH070	Ablatio testis über inguinalen Zugang (LE=je Sitzung)	J	ROF		4			X				
JH080	Implantation einer Hodenprothese (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
JH090	Vasektomie (LE=je Sitzung)	J	dTK		n. d.							
JH100	Durchtrennung der Vasa Spermatica – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3							
JH110	Anastomosierung des Samenleiters (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.							
JH120	Zirkumzision (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
JH130	Penisteilamputation (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.			X				
JH140	Penisamputation (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.			X				
JH150	Emaskulation (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
JH160	Penisrevaskularisation bei erektiler Dysfunktion (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.							
JH170	Plastische Rekonstruktion des Penis (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
JH180	Korrektur des Penis bei Epispadie (LE=je Sitzung)	N	ABT		1							
JH190	Korrektur des Penis bei Hypospadie, Divertikel, Fistel (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE					
JH200	Implantation einer semirigiden Penisprothese (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.							
JH210	Implantation einer hydraulischen Penisprothese (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.							
JH229	Sonstige Operation – Hoden, Nebenhoden, Samenwege, Penis, Skrotum (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
JJ006**	Salpingotomie – offen, abdominal (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3			X	I	80		
JJ008**	Salpingotomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3			X	I	80		
JJ010**	Teilentfernung der Adnexen – offen, abdominal (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3			X	I	80		
JJ020**	Teilentfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3			X	I	80		

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
JJ030**	Entfernung der Adnexen – offen, abdominal (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3			X	I	80	
JJ040**	Entfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3			X	I	80	
JJ050	Tubenunterbrechung – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	dTK		n. d.						
JJ060	Tubenunterbrechung – offen (LE=je Sitzung)	J	dTK		n. d.						
JJ070**	Detorsion und Pexie des Ovars – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3				I	80	
JJ080**	Detorsion und Pexie des Ovars – offen, abdominal (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3				I	80	
JJ090**	Evertierung des distalen Tubenendes – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3				I	80	
JJ100**	Evertierung des distalen Tubenendes – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3				I	80	
JJ110**	Anastomosierung der Tuben – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3				I	80	
JJ120**	Anastomosierung der Tuben – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3				I	80	
JJ139	Sonstige Operation – Ovarien, Tuben, Adnexe (LE=je Sitzung)	J	ABT		4						
JK010	Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
JK020	Konisation (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
JK030	Curettagage (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
JK040	Ablation des Endometriums (nicht hysteroskopisch) (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
JK050**	Hysteropexie – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.				I	80	
JK060	Myomentfernung – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.						
JK070**	Hysteropexie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.				I	80	
JK080**	Myomentfernung – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	dTK		n. d.				I	80	
JK090**	Laparoskopische suprazervikale Hysterektomie (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.				I	80	
JK100**	Laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH) (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.				I	80	
JK110**	Abdominale Hysterektomie (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.				I	80	
JK120**	Vaginale Hysterektomie (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.				I	80	
JK130	Laparoskopisch assistierte radikale vaginale Hysterektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
JK140	Erweiterte abdominale Hysterektomie mit Entfernung der Parametrien (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
JK150	Erweiterte vaginale Hysterektomie mit Entfernung der Parametrien (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
JK160**	Korrektur von Fehlbildungen des Uterus (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE		I	80	
JK179	Sonstige Operation – Uterus (inkl. Cervix) (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.						
JL010	Kolpektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
JL020**	Kolposuspension, Kolpopexie – vaginal (LE=je Sitzung)	J	ROF		n. d.				I	80	80
JL030	Kolposuspension, Kolpopexie – abdominal (LE=je Sitzung)	J	ROF		n. d.						
JL040**	Kolposuspension, Kolpopexie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	J	ROF		n. d.				I	80	80
JL050	Kolporrhaphie (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.						
JL060	Verschluss einer Scheidenfistel (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE				
JL070	Rekonstruktion von Vulva und Vagina (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE				
JL089	Sonstige Operation – Vagina (LE=je Sitzung)	J	ROF		4						
JM010**	Suspensionsplastik des Beckenbodens (LE=je Sitzung)	J	ROF		n. d.				I	80	80
JM020	Radikale Vulvektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X			
JM039	Sonstige Operation – Vulva, Perineum (LE=je Sitzung)	J	ROF		4						
JN010	Cerclage (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
JN020**	Entbindung (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE		m	365	
JN030**	Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE		m	365	
JN040**	Entbindung durch Sectio Cäsarea (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE		m	365	
JN050**	Entbindung durch Vakuumextraktion, Zangenextraktion (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE		m	365	
JN060	Naht einer Uterusruptur (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE				
JN079	Sonstige Operation – Geburt (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.						
JP010	Plazentapunktion, Chorionzottenbiopsie, Nabelschnurpunktion (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.						
JP020	Amniozentese – diagnostisch (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.						

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS			
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF	
JP030	Therapeutischer Eingriff an Plazenta, Chorion, Amnion, Fruchtwasser, Nabelschnur (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.							
JP031	Fetoskopische Ablation fetaler Gefäßanastomosen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.							
JP032	Intrauterine Nabelschnurokklusion (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.							
JQ010	Fetoskopie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.							
JQ020	Therapeutische Eingriffe am Feten (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.							
KA010	Partielle oder totale Hypophysektomie – transkranial (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
KA020	Partielle oder totale Hypophysektomie – transsphenoidal (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
KC030	Radionuklidtherapie mit niedrig dosiertem Jod ohne vorheriger vorbereitender Gabe von rekombinantem TSH (LE=je Sitzung)	N	n. d.		n. d.							
KC040	Radionuklidtherapie mit hoch dosiertem Jod ohne vorheriger vorbereitender Gabe von rekombinantem TSH (LE=je Sitzung)	N	RFZ	NUKT	n. d.							
KC050	Radionuklidtherapie mit niedrig dosiertem Jod mit vorheriger vorbereitender Gabe von rekombinantem TSH (LE=je Sitzung)	N	RFZ	NUKT	n. d.							
KC060	Radionuklidtherapie mit hochdosiertem Jod mit vorheriger vorbereitender Gabe von rekombinantem TSH (LE=je Sitzung)	N	RFZ	NUKT	n. d.							
KC070	Partielle Thyreoidektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE	X	i	30		
KC080	Partielle Thyreoidektomie mit Sternotomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X	i	30		
KC090	Totale Thyreoidektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE	X	i	30		
KC100	Totale Thyreoidektomie mit Sternotomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE	X	i	30		
KC110	Totale Thyreoidektomie mit Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE	X	i	30		
KC120	Erweiterte Thyreoidektomie mit Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE	X	i	30		
KD020	Parathyreoidektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE	X				
KD030	Parathyreoidektomie – endoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE	X				
KD040	Parathyreoidektomie mit Autotransplantation (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3		UE	X				
KE010	Adrenalektomie – offen (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		IS	X				
KE030	Adrenalektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		IS	X				
KH019	Sonstige Operation – endokrine Drüsen (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3							
LA010	Hebung einer Impressionsfraktur des Schädeldaches (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
LA020	Exzision einer extraduralen Raumforderung am Schädelknochen ohne Duraplastik (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
LA030	Exzision einer extraduralen Raumforderung am Schädelknochen mit Duraplastik (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X				
LA040	Rekonstruktion von Defekten des Gehirnschädels mit autologem Knochen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1							
LA050	Rekonstruktion des Gehirnschädels mit einfachem Implantat (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
LA060	Rekonstruktion von Defekten des Gehirnschädels mit CAD-Implantat (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
LA070	Nahtresektion und Umformung des Gehirnschädels ohne frontobasalen Vorschub (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
LA080	Nahtresektion und Umformung des Gehirnschädels mit frontobasalem Vorschub (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
LA090	transkranieller Eingriff zur Korrektur von kraniofazialen Deformitäten (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS		c	5		
LA100	Einfache Osteotomie am Oberkiefer (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LA110	Osteotomie im Bereich Le Fort II, Le Fort III (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE		c	5		
LA120	Mehrfache Osteotomie am Oberkiefer (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LA130	Kombinierte Osteotomien am Ober- und Unterkiefer (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LA140	Rekonstruktion der Orbitawand (LE=je Seite)	N	ROF		2 3		UE					
LA150	Osteosynthese einer Stirnbeinfraktur (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LA160	Osteosynthese einer lateralen Mittelgesichtsfraktur (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LA170	Osteosynthese einer zentralen oder zentral-lateralen Mittelgesichtsfraktur (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LA180	Osteosynthese kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE					
LA199	Sonstige Operation – Gehirnschädel und Dura (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LB010	Einfache Osteotomie am Unterkiefer (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LB020	Mehrfache Osteotomie am Unterkiefer (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LB030	Osteosynthese einer einfachen Unterkieferfraktur (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LB040	Osteosynthese einer mehrfachen Unterkieferfraktur (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien						MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF	
LB050	Osteosynthese einer Gelenksfortsatzfraktur des Unterkiefers (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LB060	Resektion des Kiefergelenks (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LB070	Arthroplastik des Kiefergelenks (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LB080	(aufbauende) Alveolarkammplastik (LE=je Sitzung)	N	ROF		1							
LC010	Pexie des Mundwinkels (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
LD010	Skalenotomie mit Rippenresektion (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.							
LD020	Dekompression einer zervikalen Nervenwurzel – ventral (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE		b	100		
LD030	Dekompression einer zervikalen Nervenwurzel – dorsal (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE		b	100		
LD040	Implantation einer zervikalen Bandscheibenprothese (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE					
LD051	Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule (LE=je Etage)	N	ABT		n. d.		UE		b	100		
LG010	Resektion eines Sakralteratoms mit intraabdominalem Anteil (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
LH010	Perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.				b	100	100	
LH020	Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.							
LH021	Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion (LE=je Sitzung)	N	ROF		n. d.							
LH030	Interarcuäre Dekompression des Spinalkanals (LE=je Sitzung)	N	ROF			X			b	100	100	
LH040	Dekompression lumbaler Nervenwurzeln (LE=je Sitzung)	N	ROF			X			b	100	100	
LH051	Resektion und Ersatz eines Wirbelkörpers (LE=je Wirbelkörper)	N	ABT			X	UE		b	100		
LH060	Mikroskopisch transspinale, bilaterale Dekompression des Spinalkanals (LE=je Sitzung)	N	ABT			X	UE		b	100		
LH070	Ventrale Verblockung der Wirbelsäule mit Knochenmaterial (LE=je Sitzung)	N	ABT			X	UE		b	100		
LH071	Cageimplantation an der Wirbelsäule (LE=je Etage)	N	ABT			X	UE		b	100		
LH080	Dynamische dorsale Stabilisierung der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)	N	ABT			X	UE		b	100		
LH081	Osteosynthese an den Facettengelenken/der Lamina (LE=je Sitzung)	N	ABT			n.d.	UE					
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (LE=je Etage)	N	ABT			X	UE		b	100		
LH110	Langstreckige Osteosynthese an der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)	N	ABT			X	IS		b	100		
LH129	Sonstige Operation – Wirbelsäule (LE=je Sitzung)	N	ABT			X						
LJ010	Sternumresektion (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS		d	50		
LJ020	Thorakoplastik (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1	X	IS		d	50		
LJ030	Korrektur angeborener Fehlbildungen der Thoraxwand – offen (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1	X	IS		d	50		
LJ040	Korrektur angeborener Fehlbildungen der Thoraxwand – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	RFZ	TCH	1	X	IS		d	50		
LJ050	Osteosynthese der Rippen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS					
LJ059	Sonstige Operation – Thorax, Thoraxwand (LE=je Sitzung)	J	ABT		2 3							
LL010	Skalenotomie ohne Rippenresektion (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.							
LM010	Naht einer Zwerchfellruptur – offen (LE=je Sitzung)	J	ABT		n. d.		UE					
LM020	Naht einer Zwerchfellruptur – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		UE					
LM030	Fundoplikatio / Hiatusplastik – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE					
LM040	Fundoplikatio / Hiatusplastik – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE					
LM050	Verschluss eines Zwerchfeldefektes – offen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		UE					
LM060	Verschluss eines Zwerchfeldefektes – laparoskopisch, thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		1							
LM070	Verschluss eines Zwerchfeldefektes beim Neugeborenen (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
LM080	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite)	J	dTK		4							
LM090	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – laparoskopisch (LE=je Seite)	J	dTK		4							
LM100	Verschluss einer Ventralhernie – offen (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
LM110	Verschluss einer Ventralhernie- laparoskopisch (LE=je Sitzung)	N	ABT		4							
LM120	Verschluss angeborener Defekte der Abdominalwand (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS					
LM139	Sonstige Operation – Abdominalwand (LE=je Sitzung)	J	ROF		4							
LZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)	J	ROF		4				kk	100	50	
LZ031	Exzision am Knochen an Kopf, Hals und Rumpf als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3			X	pp	30	30	

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
LZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3		UE		oo	100	50
LZ041	Resektion maligner Knochen- und Weichteiltumore am Rumpf (LE=je Sitzung)	N	ABT		1		IS	X	pp	30	
LZ049	Sonstige Operation – Gesichtsschädel (LE=je Sitzung)	J	dTK		4						
MA010	Osteosynthese der Klavikula (LE=je Seite)	J	ROF		4				n	50	30
MA020	Osteosynthese der Skapula (LE=je Seite)	J	ROF		4				n	50	30
MA030	Subakromiale Dekompression – offen (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.						
MA040	Subakromiale Dekompression – arthroskopisch (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.				y	100	50
MB010	Osteosynthese am proximalen Oberarm (LE=je Seite)	J	ROF		4				n	50	30
MB020	Osteosynthese am Oberarmschaft (LE=je Seite)	J	ROF		4				n	50	30
MB030	Osteosynthese am distalen Oberarm (LE=je Seite)	J	ROF		4						
MB040	Osteotomie am Oberarm (LE=je Seite)	N	ROF			X			n	50	30
MC010	Osteosynthese am proximalen Unterarm (LE=je Seite)	J	ROF		4						
MC020	Osteosynthese am Unterarmschaft (LE=je Seite)	J	ROF		4						
MC030	Osteosynthese am distalen Unterarm (LE=je Seite)	J	ROF		4						
MC040	Resektion des Radiusköpfchens (LE=je Seite)	J	ROF			X			n	50	30
MC050	Osteotomie am Unterarm (LE=je Seite)	N	ROF			X			o	50	30
MD010	Osteosynthese der Handwurzelknochen (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				o	50	30
MD020	Osteosynthese eines Mittelhandknochens, Fingers (LE=je Seite)	J	ROF		4						
MD030	Osteosynthese mehrerer Mittelhandknochen, Finger (LE=je Seite)	J	ROF		4						
ME010	Rekonstruktion des Sternoklavikulargelenks (LE=je Seite)	N	ROF		2 3				n	50	30
ME020	Resektionsarthroplastik des AC-Gelenks – offen (LE=je Seite)	N	ROF		2 3				n	50	30
ME030	Resektionsarthroplastik des AC-Gelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)	N	ROF		2 3				n	50	30
ME040	Rekonstruktion des AC-Gelenks mittels Zuggurtung oder Verschraubung (LE=je Seite)	N	ROF		2 3				n	50	30
ME050	Diagnostische Arthroskopie – Schultergelenk (LE=je Seite)	J	ROF		2 3						
ME060	Arthroskopische Operation des Schultergelenks (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				y	100	50
ME070	Komplette Synovektomie des Schultergelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.						
ME080	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.						
ME090	Arthrodesse des Schultergelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.				n	50	30
ME100	Arthrolyse des Schultergelenks – offen (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.						
ME110	Komplette Synovektomie des Schultergelenks – offen (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.						
ME120	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – offen (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.						
ME130	Implantation einer Teiledoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE		p	25	25
ME140	Explantation einer Teiledoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE		p	25	25
ME150	Reimplantation einer Teiledoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE		p	25	25
ME160	Wechsel eines Teils einer Endoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE		p	25	25
ME170	Implantation einer Totalendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE		p	25	25
ME180	Reimplantation einer Totalendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE		p	25	25
ME190	Explantation einer Totalendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE		p	25	25
ME200	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		UE		nn	30	
MF010	Diagnostische Arthroskopie des Ellbogens (LE=je Seite)	N	ROF		2 3				y	100	50
MF020	Komplette Synovektomie des Ellbogengelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)	N	ROF			X			n	50	30
MF030	Arthrodesse des Ellbogengelenks (LE=je Seite)	N	ROF			X			n	50	30
MF040	Arthroskopische Operation des Ellbogengelenks (LE=je Seite)	N	ROF		2 3				y	100	50
MF050	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Ellbogengelenks (LE=je Seite)	J	ROF			X			n	50	30
MF060	Arthrolyse des Ellbogengelenks – offen (LE=je Seite)	N	ROF			X			n	50	30
MF070	Komplette Synovektomie des Ellbogengelenks – offen (LE=je Seite)	N	ROF			X			n	50	30
MF080	Arthroplastik des Ellbogengelenks – offen (LE=je Seite)	N	ROF			X			n	50	30
MF090	Implantation einer Endoprothese des Radiusköpfchens (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.				q	10	

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
MF100	Explantation einer Endoprothese des Radiusköpfchens (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.				q	10	
MF110	Implantation einer Endoprothese des Ellbogengelenks (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.				q	10	
MF120	Explantation einer Endoprothese des Ellbogengelenks (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.				q	10	
MF130	Reimplantation einer Endoprothese des Ellbogengelenks (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.				q	10	
MF140	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Ellbogengelenks (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		UE		nn	30	
MG010	Diagnostische Arthroskopie – Handgelenk (LE=je Seite)	N	ROF		2 3						
MG020	Arthroskopische Operation des Handgelenks (LE=je Seite)	N	ROF		4				y	100	50
MG030	Komplette Synovektomie des Handgelenks, der Handwurzel – arthroskopisch (LE=je Seite)	N	ROF			X			o	50	30
MG040	Arthrodese des Handgelenks (LE=je Seite)	N	ROF			X			o	50	30
MG050	Teilarthrodese des Handgelenks (LE=je Seite)	N	ROF			X			o	50	30
MG060	Arthrolyse des Handgelenks, der Handwurzel – offen (LE=je Seite)	N	ROF			X			o	50	30
MG070	Komplette Synovektomie des Handgelenks, der Handwurzel – offen (LE=je Seite)	N	ROF			X			o	50	30
MG080	Arthroplastik des Handgelenks (LE=je Seite)	N	ROF			X			o	50	30
MG090	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Handgelenks (LE=je Seite)	N	ROF			X			o	50	30
MG100	Implantation einer Endoprothese des Ulnaköpfchens (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.				r	20	20
MG110	Explantation einer Endoprothese des Ulnaköpfchens (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.				r	20	
MG120	Implantation einer Endoprothese des Handgelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.				r	20	20
MG130	Explantation einer Endoprothese des Handgelenks (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.				r	20	
MG140	Reimplantation einer Endoprothese des Handgelenks (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.				r	20	
MG150	Implantation einer Endoprothese des Daumensattelgelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.				r	20	20
MG160	Explantation einer Endoprothese des Daumensattelgelenks (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.				r	20	
MH010	Arthrodese – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				o	50	30
MH020	Arthrolyse an Gelenken von Mittelhand und Fingern – offen (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				o	50	30
MH030	Komplette Synovektomie der Mittelhand-, Fingergelenke (LE=je Seite)	N	ROF		2 3				o	50	30
MH040	Arthroplastik – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)	N	ROF		2 3				o	50	30
MH050	Resektionsarthroplastik des Daumensattelgelenks (LE=je Seite)	N	ROF			X			o	50	30
MH060	Implantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)	N	ROF		n. d.				r	20	20
MH070	Explantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)	N	ABT		n. d.				r	20	
MH080	Reimplantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)	N	ABT		n. d.				r	20	
MJ010	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette – offen (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.				n	50	30
MJ020	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette – arthroskopisch (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.				n	50	30
MJ030	Proximale Refixation der Bizepssehne – offen (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.				n	50	30
MJ040	Proximale Refixation der Bizepssehne – arthroskopisch (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.				n	50	30
MJ050	Distale Refixation der Bizepssehne (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.				n	50	30
MJ060	Naht, knöcherne Refixation einer Beugesehne der Hand (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50
MJ070	Naht, knöcherne Refixation mehrerer Beugesehnen der Hand (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50
MJ080	Naht, knöcherne Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50
MJ090	Naht, knöcherne Refixation mehrerer Strecksehnen an der oberen Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50
MJ100	Sehnentransfer, -transplantation an der oberen Extremität (LE=je Seite)	N	ROF		2 3				oo	100	50
MJ110	Muskeltransfer, -transplantation an der oberen Extremität (LE=je Seite)	N	ROF			X	UE		oo	100	50
MJ120	Ringbandspaltung (LE=je Seite)	J	dTK		4						
MJ130	Tenolyse und Tenosynovektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50
MJ140	Faszienspaltung an der oberen Extremität (LE=je Seite)	J	ROF			X	UE				
MJ150	Palmar Fasziektomie (LE=je Seite)	J	ROF		2 3						
MJ160	Ausräumung einer Phlegmone der Hand (LE=je Seite)	J	ROF		2 3						
MJ170	Bandnaht, Bandrefixation an der oberen Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50
MZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		4				kk	100	50
MZ020	Exstirpation einer Synovialzyste an der oberen Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
MZ031	Exzision am Knochen an Arm, Handwurzel und Mittelhand als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)	J	ROF		2 3			X	pp	30	30
MZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe an der oberen Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3		UE		oo	100	50
MZ041	Resektion maligner Knochen- und Weichteiltumore an der oberen Extremität (LE=je Seite)	N	ABT		1	X	IS	X	pp	30	
MZ050	Korrektur einer einfachen Handfehlbildung (LE=je Seite)	N	ROF		1	X			o	50	30
MZ060	Korrektur einer komplexen Handfehlbildung (LE=je Seite)	N	ABT			X	UE		o	50	
MZ070	Exartikulation im Schultergelenk (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE				
MZ080	Oberarmamputation (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE				
MZ090	Exartikulation im Ellbogengelenk (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.						
MZ100	Unterarmamputation (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE				
MZ110	Amputation im Handgelenk oder distal (exkl. Finger) (LE=je Seite)	N	ROF		2 3						
MZ120	Replantation – Schultergelenk (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		IS				
MZ130	Replantation des Oberarmes (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		IS				
MZ140	Replantation des Unterarms (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		IS				
MZ150	Replantation – Handgelenk mit Mittelhand und Finger (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		IS				
MZ160	Replantation eines Fingers (LE=je Seite)	N	ABT		2 3		UE				
MZ170	Replantation mehrerer Finger (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		IS				
MZ180	Freier Finger- oder Zehentransfer (LE=je Seite)	N	ABT		2 3						
MZ190	Gestielter Finger-/ Teilfingertransfer (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.						
MZ209	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite)	J	dTK		4						
NA010	Osteosynthese des vorderen Beckenrings (LE=je Sitzung)	N	ABT			X	IS				
NA020	Osteosynthese des hinteren Beckenrings (LE=je Sitzung)	N	ABT			X	IS				
NA030	Osteosynthese des Azetabulums (LE=je Sitzung)	N	ABT			X	IS		x	50	
NA040	Osteotomie am Beckengürtel (LE=je Sitzung)	N	ABT			X	IS		x	50	
NA050	Dreifachosteotomie am Beckengürtel (LE=je Sitzung)	N	ABT			X	IS		x	50	
NA060	Pfannendachplastik (LE=je Seite)	N	ROF			X			x	50	30
NA070	Hemipelvektomie (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		IS		x	50	
NB010	Osteosynthese des Schenkelhalses (LE=je Seite)	J	ROF		2 3		UE		x	50	30
NB020	Pertrochantäre / subtrochantäre Osteosynthese (LE=je Seite)	J	ROF		2 3		UE				
NB030	Osteosynthese am Oberschenkelschaft (LE=je Seite)	J	ROF		2 3		UE		x	50	30
NB040	Osteosynthese am distalen Oberschenkel (LE=je Seite)	J	ROF		2 3		UE		x	50	30
NB050	Osteosynthese des Oberschenkels bei periprothetischer Fraktur (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.						
NB060	Osteosynthese der Patella (LE=je Seite)	J	ROF		4				v	100	50
NB070	Osteotomie am proximalen Oberschenkel (LE=je Seite)	N	ROF			X	UE		x	50	30
NB080	Osteotomie am distalen Oberschenkel (LE=je Seite)	N	ROF			X			x	50	30
NC010	Osteosynthese des proximalen Unterschenkels (LE=je Seite)	J	ROF		4				v	100	50
NC020	Osteosynthese des Unterschenkelschaftes (LE=je Seite)	J	ROF		4				v	100	50
NC030	Osteosynthese des distalen Unterschenkels (Pilon) (LE=je Seite)	J	ROF		4						
NC040	Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite)	J	ROF		4						
NC050	Osteotomie am Unterschenkel (LE=je Seite)	N	ABT			X			v	100	
NC060	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Unterschenkels (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		UE		nn	30	
ND010	Osteosynthese der Fußwurzel (LE=je Seite)	J	ROF		2 3						
ND020	Osteosynthese der Mittelfußknochen (LE=je Seite)	J	ROF		2 3						
ND030	Osteotomie an der Fußwurzel (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				v	100	50
ND040	Umstellungsosteotomie des ersten Strahls am Fuß (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				v	100	50
ND050	Osteotomie des 2.-5. Strahls am Fuß (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				v	100	50
NE010	Diagnostische Arthroskopie – Hüftgelenk (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.				y	100	50
NE020	Arthroskopische Operation des Hüftgelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.				y	100	50
NE030	Komplette Synovektomie des Hüftgelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)	N	ROF			X	UE		x	50	30

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF
NE040	Reposition des Hüftgelenks – offen (LE=je Seite)	J	ROF			X	UE		x	50	30
NE050	Arthrolyse des Hüftgelenks – offen (LE=je Seite)	N	ROF			X	UE		x	50	30
NE060	Arthrodesse des Hüftgelenks (LE=je Seite)	N	ABT			X	UE		x	50	
NE070	Komplette Synovektomie des Hüftgelenks – offen (LE=je Seite)	N	ROF			X	UE		x	50	30
NE078	Resektionsarthroplastik des Hüftgelenks (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		UE				
NE080	Implantation einer Teilendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		s	100	50
NE090	Explantation einer Teilendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		s	100	50
NE100	Reimplantation einer Teilendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		s	100	50
NE110	Wechsel nicht knochenverankerter Prothesenteile – Hüftgelenk (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		s	100	50
NE120	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		s	100	50
NE130	Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		s	100	50
NE140	Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		s	100	50
NE150	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)	N	ABT			X	IS		nn	30	
NF010	Diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks (LE=je Seite)	J	ROF		4						
NF020	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite)	J	ROF		4				y	100	50
NF030	Mosaikplastik – arthroskopisch (LE=je Seite)	N	ABT		2 3				v	100	
NF040	Meniskusrefixation – arthroskopisch (LE=je Seite)	J	ROF		4				y	100	50
NF050	Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite)	J	ROF		4				v	100	50
NF060	Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite)	N	ABT		4				v	100	
NF070	Komplette Synovektomie des Kniegelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)	N	ROF			X			v	100	50
NF080	Rekonstruktion des vorderen und hinteren Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite)	N	ABT		4				v	100	
NF090	Arthrodesse des Kniegelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.				v	100	50
NF100	Arthrolyse des Kniegelenks – offen (LE=je Seite)	J	ROF		4				v	100	50
NF110	Komplette Synovektomie des Kniegelenks – offen (LE=je Seite)	N	ROF			X			v	100	50
NF120	Mosaikplastik – offen (LE=je Seite)	N	ABT		2 3				v	100	
NF140	Meniskusrefixation – offen (LE=je Seite)	J	ROF		4				v	100	50
NF150	Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – offen (LE=je Seite)	J	ROF		4				v	100	50
NF160	Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes – offen (LE=je Seite)	N	ABT		4				v	100	
NF170	Rekonstruktion des vorderen und hinteren Kreuzbandes – offen (LE=je Seite)	N	ABT		4				v	100	
NF180	Implantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		t	100	50
NF190	Explantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		t	100	50
NF200	Reimplantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		t	100	50
NF210	Implantation eines Patellagleitflächen-Ersatzes (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.				t	100	50
NF220	Inlaywechsel/Achswechsel einer Endoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		t	100	50
NF230	Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE		t	100	50
NF240	Explantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)	J	ABT		n. d.		UE		t	100	
NF250	Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)	J	ABT		n. d.		UE		t	100	
NF260	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)	N	ABT			X	UE		nn	30	
NG010	Diagnostische Arthroskopie des Sprunggelenks (LE=je Seite)	J	ROF		4						
NG020	Arthroskopische Operation des Sprunggelenks (LE=je Seite)	J	ROF		4				y	100	50
NG030	Arthrodesse des Sprunggelenks (LE=je Seite)	N	ROF			X			v	100	50
NG040	Komplette Synovektomie des Sprunggelenks (LE=je Seite)	N	ROF			X			v	100	50
NG050	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des oberen Sprunggelenks (LE=je Seite)	J	ROF		4				v	100	50
NG060	Implantation einer Endoprothese des Sprunggelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.				u	20	20
NG070	Explantation einer Endoprothese des Sprunggelenks (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.				u	20	20
NG080	Reimplantation einer Endoprothese des Sprunggelenks (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.				u	20	
NH010	Arthrodesse an Mittelfuß und Zehen (LE=je Seite)	J	ROF			X			v	100	50
NH020	Komplette Synovektomie an Mittelfuß und Zehen (LE=je Seite)	N	ROF			X			v	100	50

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien						MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF	
NH030	Arthroplastik am Mittelfuß (LE=je Seite)	N	ROF			X			v	100	50	
NH040	Implantation einer Endoprothese an Mittelfuß und Zehen (LE=je Prothese)	N	ROF		n. d.							
NH050	Explantation einer Endoprothese an Mittelfuß und Zehen (LE=je Prothese)	N	ROF		n. d.							
NH060	Reimplantation einer Endoprothese an Mittelfuß und Zehen (LE=je Prothese)	N	ROF		n. d.							
NJ010	Rekonstruktion der Quadrizepssehne (LE=je Seite)	J	ROF			X						
NJ020	Korrektur am Streckapparat des Kniegelenks (LE=je Seite)	J	ROF		4				v	100	50	
NJ030	Rekonstruktion der Achillessehne (LE=je Seite)	J	ROF			X			v	100	50	
NJ040	Naht, knöcherne Refixation einer Sehne an der unteren Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50	
NJ050	Naht, knöcherne Refixation mehrerer Sehnen an der unteren Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50	
NJ060	Sehnentransfer – Unterschenkel und Fuß (LE=je Seite)	N	ROF			X			oo	100	50	
NJ070	Muskeltransfer, -transplantation an der unteren Extremität (LE=je Seite)	N	ROF			X	UE		oo	100	50	
NJ080	Tenolyse und Tenosynovektomie an der unteren Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50	
NJ090	Faszienspaltung an der unteren Extremität (LE=je Seite)	J	ROF			X	UE					
NJ100	Korrektur komplexer Fehlstellungen der unteren Extremitäten (LE=je Sitzung)	N	ROF			X	UE		mm	30	30	
NJ110	Bandnaht, Bandrefixation an der unteren Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50	
NJ120	Plantare Fasziektomie (LE=je Seite)	J	ROF		2 3							
NZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		4				kk	100	50	
NZ020	Exstirpation einer Synovialzyste an der unteren Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3				oo	100	50	
NZ031	Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)	J	ROF		2 3			X	pp	30	30	
NZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe an der unteren Extremität (LE=je Seite)	J	ROF		2 3		UE		oo	100	50	
NZ041	Resektion maligner Knochen- und Weichteiltumore an der unteren Extremität (LE=je Seite)	N	ABT		1	X	IS	X	pp	30		
NZ050	Knochenverlängerungsoperation – untere Extremität (LE=je Seite)	N	ABT			X			mm	30		
NZ051	Knochenverlängerungsoperation mit voll implantierbarer motorisierter teleskopischer Distraktionsvorrichtung – untere Extremität (LE=je Seite)	N	ABT			X			mm	30		
NZ060	Korrektur einer einfachen Fehlbildung des Fußes (LE=je Seite)	N	ROF		1				v	100	50	
NZ070	Korrektur einer komplexen Fehlbildung des Fußes (LE=je Seite)	N	ABT			X			v	100		
NZ080	Exartikulation im Hüftgelenk (LE=je Seite)	N	ROF			X	IS					
NZ090	Oberschenkelamputation (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE					
NZ100	Exartikulation im Kniegelenk (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE					
NZ110	Unterschenkelamputation (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.		UE					
NZ120	Amputation – Vorfuß, Mittelfuß (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.							
NZ130	Vorfußverschmälerung (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.							
NZ140	Replantation – Oberschenkel (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		IS					
NZ150	Replantation – Unterschenkel (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		IS					
NZ160	Replantation im Fußbereich (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		IS					
NZ179	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
PA030	Korrekturosteotomie an den Wachstumsfugen – jede Lokalisation (LE=je Seite)	N	ABT			X			mm	30		
PA040	Defektauffüllung mit homologem Knochen oder Ersatzmaterialien (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3				z	50	50	
PA050	Entnahme von autologem Knochen zur Defektauffüllung (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3				z	50	50	
PB010	Intraartikuläre Therapie mit offenen Radionukliden zur Radiosynovioorthese (LE=je Applikation)	N	n. d.		n. d.							
PZ019	Sonstige Operation – Bewegungsapparat (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
QA010	Naht multipler Weichteilverletzungen im Gesicht (LE=je Sitzung)	J	ROF		4							
QA020	Narbenkorrektur im Gesichtsbereich (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3							
QA030	Exzision einer zervikalen Lipomatose (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
QA040	Resektion im Gesichtsbereich mit Rekonstruktion durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3			X				
QA050	Rekonstruktion von Gewebsdefekten im Gesichtsbereich mit gestielter myokutaner Lappenplastik (LE=je Sitzung)	N	ABT		2 3							
QA060	Rekonstruktion von Gewebsdefekten im Gesichtsbereich mit freier Lappenplastik (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien					MFS			
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF	
QA079	Sonstige Operation – Haut und Weichteilgewebe des Gesichts (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
QB010	Dermolipektomie – Abdomen (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS					
QD010	Dermolipektomie – Oberschenkel (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.		IS					
QE020	Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite)	J	dTK		n. d.			X				
QE030	Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)	J	dTK		n. d.			X				
QE040	Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.			X	e	50		
QE050	Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.			X	e	50		
QE060	Subkutane Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.			X	e	50		
QE070	Subkutane Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.			X	e	50		
QE080	Totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.			X	e	50		
QE090	Totale Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.			X	e	50		
QE100	Reduktionsplastik der Mamma (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.							
QE110	Mammarekonstruktion mit Implantat (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.							
QE120	Mammarekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Seite)	N	ROF		n. d.		UE					
QE130	Mammarekonstruktion mit gestielter myocutaner Lappenplastik (LE=je Seite)	N	ABT		n. d.		UE					
QE140	Wechsel eines Implantates der Mamma (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.							
QE150	Rekonstruktion der Mamille (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.							
QE160	Mastopexie ohne Prothese (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.							
QE170	Mastopexie mit Prothese (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.							
QE180	Mammaaugmentation (LE=je Seite)	J	ROF		n. d.							
QZ010	Großflächige Nekrosektomie an der Haut (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		IS					
QZ020	Resektion von Haut und Weichteilgewebe mit Rekonstruktion durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung)	J	dTK		2 3			X				
QZ030	Narbenkorrektur und -resektion (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3							
QZ040	Expandereinlage zur Dermisdehnung (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3							
QZ050	Spalthauttransplantation (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3				z	50	50	
QZ060	Vollhauttransplantation (LE=je Sitzung)	J	ROF		2 3				z	50	50	
QZ070	Gewebersatz oder Rekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE		II	50	50	
QZ080	Gewebersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3		UE					
QZ090	Korrektur von Lappenplastiken (LE=je Sitzung)	N	ROF		2 3							
QZ109	Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung)	J	dTK		4							
XA120	Onkologische Therapie – radioaktiv markierter monoklonaler Antikörper anti-CD20 (Ibritumomab) (LE=je Applikation)	N	RFZ	NUKT	n. d.							
XN020	Implantation eines Systems zur kardialen Kontraktilitätsmodulation (LE=je Sitzung)	N	n. d.	NUB	n. d.		IS					
XN030	Implantation eines Stentgrafts in die Aorta ascendens (LE=je Sitzung)	N	n. d.	NUB	n. d.		IS					
XN040	Ventilimplantation in das Bronchialsystem (LE=je Sitzung)	N	n. d.	NUB	n. d.		IS					
XN050	Implantation eines Mitralklappenclips – perkutan (LE=je Sitzung)	N	n. d.	NUB	n. d.		IS					
XN060	Katheterablation des renalen Sympathikus-Nervengeflechtes (LE=je Sitzung)	N	n. d.	NUB	n. d.							
XN070	Perkutane transluminale Thrombektomie intrakranieller Gefäße (LE=je Sitzung)	N	n. d.	NUB	n. d.							
XN080	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) an intrakraniellen Gefäßen (LE=je Sitzung)	N	n. d.	NUB	n. d.							
XN090	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation an intrakraniellen Gefäßen (LE=je Sitzung)	N	n. d.	NUB	n. d.							
ZN120	Bestrahlungsplanung und Simulation Teletherapie – einfach (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU50))	N	ABT		1							
ZN130	Bestrahlungsplanung und Simulation Teletherapie – 3D (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU50))	N	ABT		1							
ZN140	Konventionelle Röntgentherapie (Oberflächentherapie) (LE=jedes Feld pro Sitzung)	N	ABT		n. d.							
ZN150	Intraoperative Radiotherapie am Linearbeschleuniger (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.				dd	300		
ZN160	Linear- und Kreisbeschleunigerbehandlung (LE=jedes Feld pro Sitzung)	N	ABT		1				dd	300		
ZN170	Konformationsbestrahlung mit individueller Abschirmung (LE=jedes Feld pro Sitzung)	N	ABT		1				dd	300		
ZN180	Stereotaktische Strahlentherapie, einzeitig (LE=je Sitzung)	N	ABT		n. d.				dd	300		
ZN190	Stereotaktische Strahlentherapie, fraktioniert (LE=jedes Feld pro Sitzung)	N	ABT		1				dd	300		

ÖSG - Leistungsmatrix auf Basis LKF-Modell 2013

MEL	Medizinische Einzelleistung	VS		Qualitätskriterien						MFS		
		BV	MVS	RFZ/VS	KTyp	KOZ	INT	HP	Code	ABT	ROF	
ZN200	Bestrahlungsplanung und Simulation Brachytherapie – einfach (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU50))	N	ABT		1							
ZN210	Bestrahlungsplanung und Simulation Brachytherapie – 3D (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU50))	N	ABT		n. d.							
ZN220	Brachycurie-Therapie interstitiell (LE=je vollständige Behandlung)	N	ABT		n. d.							
ZN230	Brachycurie-Therapie intracavitär, endoskopisch (LE=je vollständige Behandlung)	N	ABT		n. d.							
ZN240	Brachycurie-Therapie Kontaktbestrahlungen (Moulagen, Flab) (LE=je vollständige Behandlung)	N	ABT		n. d.							
ZN350	Radionuklidtherapie mit Sr-89, Sm-153 EDTMP, Re-186 HEDP, J-131 MIBG, Ra-224, Y-90 Rezeptorliganden, J-131 Lipiodol, Y-90 Mikrosphären (LE=je vollständige Behandlung)	N	RFZ	NUKT	n. d.							
ZN351	Radionuklidtherapie mit Lu177-DOTA-Tate (LE=je Sitzung)	N	RFZ	NUKT	n.d.							
ZN352	Radionuklidtherapie mit Y90-DOTA-Toc (LE=je Sitzung)	N	RFZ	NUKT	n.d.							
ZZ040	Behandlung auf einer AIDS-Station (LE=je Behandlungstag)	N	ABT		2 3							

Ambulanter Sonderbereich (prävalente Patientinnen/Patienten)	
Chronische Nierenersatztherapie (Hämo- und Peritonealverfahren)	ii (HD: 3000) jj (PDia: 10 Pat.)

ÖSG 2012 - Kapazitätsplanung auf Ebene der Bundesländer BURGENLAND

Angaben zur Kapazitätsplanung für Fonds- bzw. alle Akut-Krankenanstalten gemäß
aktuell verfügbarem RSG-Monitoring ersichtlich unter

http://bmq.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring

sowie anhand der unter diesem Link bereit gestellten weiteren Informationen über einzelne RSG

Burgenland - GGP							
GG in Fonds-KA insgesamt	CT ¹	MR	COR ²	STR	ECT ³	PET	
GG 2011	5	2	1	0	1	0	
GGP	5	2	1	0	1	0	
GG in Akut-KA insgesamt	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	5	2	1	0	1	0	
GGP	5	2	1	0	1	0	
GG im extram. Bereich	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	4	2	0	0	2	0	
GGP	3	1	0	0	2	0	
GG in Rehabilitationszentren	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	0	0	0	0	1	0	
GGP	0	0	0	0	1	0	
GG im Bundesland insgesamt	CT	MR ⁴	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	9	4	1	0	4	0	
GGP	8	3	1	0	4	0	

Burgenland - GGP (extramurale Standorte)						
Standorte	CT		MR		ECT	
	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP
Bruckneudorf	-	-	-	-	1	1
Neusiedl/See	1	1	1	1	-	-
Güssing	1	1	1	0	1	1
Oberpullendorf	1	1	-	-	-	-
Oberwart	1	0	-	-	-	-
Burgenland GG extramural insgesamt	4	3	2	1	2	2

¹ exkl. Funktionsgerät: 1 CT

² COR in Fonds-KA insgesamt: DSA/COR-Kombinationsgerät (im KH Eisenstadt K102)

³ ECT in Fonds-KA insgesamt: Kooperation KH Eisenstadt (K102) mit KH Wr. Neustadt (K356)

⁴ MR, GG insgesamt: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (extramuraler Standort, Oberpullendorf)

ÖSG 2012 - Kapazitätsplanung auf Ebene der Bundesländer KÄRNTEN

Angaben zur Kapazitätsplanung für Fonds- bzw. alle Akut-Krankenanstellen gemäß
aktuell verfügbarem RSG-Monitoring ersichtlich unter

http://bm.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring

sowie anhand der unter diesem Link bereit gestellten weiteren Informationen über einzelne RSG

Kärnten - GGP						
GG in Fonds-KA insgesamt	CT ¹	MR	COR	STR ⁴	ECT	PET
GG 2011	9	5	2	3	3	1
GGP	10	5	2	3	5	1
GG in Akut-KA insgesamt	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2011	11	7	2	3	4	1
GGP	12	7	2	3	6	1
GG im extram. Bereich	CT ²	MR ³	COR	STR	ECT	PET
GG 2011	6	3	0	0	0	0
GGP	6	3	0	0	1	0
GG in Rehabilitationszentren	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2011	0	0	0	0	0	0
GGP	0	0	0	0	0	0
GG im Bundesland insgesamt	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2011	17	10	2	3	4	1
GGP	18	10	2	3	7	1

Kärnten - GGP (extramurale Standorte)⁵						
Standorte	CT ²		MR ³		ECT	
	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP
Klagenfurt	2	2	3	3*	-	-
St. Veit an der Glan ²	*	*	-	-	-	-
Spittal an der Drau ³	1	1	*	*	0	1
Villach	2	2	-	-	-	-
Wolfsberg ³	1	1	*	*	-	-
Kärnten GG extramural insgesamt	6	6	3	3	0	1

¹ exkl. Funktionsgeräte: 3 CT (Ist-Stand)

² CT im extram. Bereich *: exklusive 1 Kooperation mit Akut-KA (St. Veit/Glan BBR KH, K214)

³ MR im extram. Bereich *: exklusive 3 Kooperationen mit Akut-KA (Klagenfurt LKH, K205; Spittal/Drau KH, K215; Wolfsberg LKH, K219)

⁴ STR: Geräteanzahl inkl. intraoperativ genutztem Gerät; Prüfung in Hinblick auf Einsatz als Funktionsgerät vorzunehmen

⁵ GGP (extramurale Standorte): Zusatzinformation für Standorte mit mehr als einem Großgerät im IST-Stand:

CT: Klagenfurt: 2 CT an 2 Betreiberstandorten; Villach: 2 CT an 2 Betreiberstandorten

MR: Klagenfurt: 3 MR an 2 Betreiberstandorten

ÖSG 2012 - Kapazitätsplanung auf Ebene der Bundesländer NIEDERÖSTERREICH

Angaben zur Kapazitätsplanung für Fonds- bzw. alle Akut-Krankenanstalten gemäß
aktuell verfügbarem RSG-Monitoring ersichtlich unter

http://bm.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring

sowie anhand der unter diesem Link bereit gestellten weiteren Informationen über einzelne RSG

Niederösterreich - GGP							
GG in Fonds-KA insgesamt							
	CT ¹	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	24	10	7	5	5	2	
GGP	24	11	7	6	7	2	
GG in Akut-KA insgesamt							
	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	24	10	7	5	5	2	
GGP	24	11	7	6	7	2	
GG im extram. Bereich							
	CT ^{2,3}	MR ⁴	COR	STR	ECT ⁶	PET	
GG 2011	18	13	0	0	5	1	
GGP	15	12	0	0	6	0	
GG in Rehabilitationszentren							
	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	0	0	1	0	1	0	
GGP	0	0	1	0	1	0	
GG im Bundesland insgesamt							
	CT	MR ⁵	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	42	23	8	5	11	3	
GGP	39	23	8	6	14	2	

Niederösterreich - GGP (extramurale Standorte) ⁷						
Standorte	CT ^{2,3}		MR ⁴		ECT ⁶	
	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP
Amstetten ^{2,4}	1	1	*	*	-	-
Baden	1	1	1	1	-	-
Gänserndorf	1	1	1	1	-	-
Gmünd	1	1	1	0	-	-
Horn ^{3,4}	*	*	*	*	-	-
Krems	2	1	1	1	-	-
Mistelbach ⁶	-	-	-	-	0	1
Mödling	2	1	1	1	1	1
Neunkirchen ⁶	1	1	-	-	1	1
Scheibbs	1	1	-	-	-	-
Schwechat	1	1	-	-	-	-
St.Pölten	2	2	3	3	1	1
Stockerau	1	1	1	1	1	1
Waidhofen/Thaya	1	1	1	1	-	-
Waidhofen/Ybbs ³	1*	1*	1	1	1	1
Wr.Neustadt	1	1	1	1	-	-
Zwettl	1	0	1	1	-	-
Niederösterreich GG extramural insgesamt	18	15	13	12	5	6

¹ exkl. Funktionsgeräte: 2 CT

² CT im extram. Bereich: inkl. 1 Kooperation mit Akut-KA (LK Mostviertel Amstetten, K303)

³ CT im extram. Bereich *: exkl. 2 Kooperationen mit Akut-KA (LK Mostviertel Waidhofen/Ybbs, K354; Waldviertelklinikum Horn, K377)

⁴ MR im extram Bereich *: exkl. 2 Kooperationen mit Akut-KA (LK Mostviertel Amstetten, K303; Waldviertelklinikum Horn, K377)

⁵ MR, GG insgesamt: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (extramuraler Standort, Baden)

⁶ ECT im extram. Bereich: inkl. 2 Kooperationen mit Akut-KA (LK Weinviertel Mistelbach, K335; Neunkirchen KH, K338)

⁷ GGP (extramurale Standorte): Zusatzinformation für Standorte mit mehr als einem Großgerät im IST-Stand:

CT: Krems: 2 CT an 2 Betreiberstandorten; Mödling: 2 CT an 2 Betreiberstandorten; St. Pölten: 2 CT an 2 Betreiberstandorten

MR: St. Pölten: 3 MR an 2 Betreiberstandorten

ÖSG 2012 - Kapazitätsplanung auf Ebene der Bundesländer OBERÖSTERREICH

Angaben zur Kapazitätsplanung für Fonds- bzw. alle Akut-Krankenanstellen gemäß
aktuell verfügbarem RSG-Monitoring ersichtlich unter

http://bm.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring

sowie anhand der unter diesem Link bereit gestellten weiteren Informationen über einzelne RSG

Oberösterreich - GGP							
GG in Fonds-KA insgesamt							
	CT ¹	MR ¹	COR ⁶	STR	ECT	PET	
GG 2011	23	12	7	7	17	4	
GGP	21	13	6	7	18	4	
GG in Akut-KA insgesamt							
	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	26	13	7	7	17	4	
GGP	22	14	6	7	18	4	
GG im extram. Bereich							
	CT ²	MR ^{2,3,4}	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	9	8	0	0	1	0	
GGP	9	8	0	0	0	0	
GG in Rehabilitationszentren							
	CT	MR	COR ⁷	STR	ECT	PET	
GG 2011	0	0	1	0	2	0	
GGP	0	0	1	0	2	0	
GG im Bundesland insgesamt							
	CT	MR ⁵	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	35	21	8	7	20	4	
GGP	31	22	7	7	20	4	

Oberösterreich - GGP (extramurale Standorte) ⁸						
Standorte	CT ²		MR ^{2,3,4}		ECT	
	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP
Braunau ³	-	-	1	1	-	-
Freistadt	1	1	-	-	-	-
Gmunden ³	-	-	1	1	-	-
Linz	4	4	3	3	1	0
Ried ²	1	1	1	1	-	-
Steyr	1	1	1	1	-	-
Vöcklabruck	1	1	-	-	-	-
Wels ⁴	1	1	1	1	-	-
Oberösterreich GG extramural insgesamt	9	9	8	8	1	0

¹ exkl. Funktionsgeräte: 3 CT, 1 MR

² CT, MR im extram. Bereich: inklusive 1 Kooperation mit einer Akut-KA (Ried im Innkr BSRV KH, K427)

³ MR im extram. Bereich: inklusive 2 Kooperationen mit Akut-KA (Braunau SSR KH, K405; Gmunden LKH, K411).

⁴ MR im extram. Bereich, Standort Wels: eingeschränkt auf die Versorgung von klaustrophobischen und übergewichtigen Patient/inn/en.

⁵ MR, GG insgesamt: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (extramuraler Standort, Rutzenmoos)

⁶ COR in Fonds-KA insgesamt: Der Abbau der COR-Anlage im KH der BHS Linz (K418) erfolgt bis spätestens 31.12.2016.

⁷ COR in RZ: DSA/COR-Kombinationsgerät

⁸ GGP (extramurale Standorte): Zusatzinformation für Standorte mit mehr als einem Großgerät im IST-Stand:

CT: Linz: 4 CT an 4 Betreiberstandorten

MR: Linz: 3 MR an 3 Betreiberstandorten

ÖSG 2012 - Kapazitätsplanung auf Ebene der Bundesländer SALZBURG

Angaben zur Kapazitätsplanung für Fonds- bzw. alle Akut-Krankenanstellen gemäß
aktuell verfügbarem RSG-Monitoring ersichtlich unter

http://bm.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring

sowie anhand der unter diesem Link bereit gestellten weiteren Informationen über einzelne RSG

Salzburg - GGP							
GG in Fonds-KA insgesamt							
	CT ¹	MR ²	COR	STR ⁴	ECT	PET	
GG 2011	9	4	3	4	5	1	
GGP	9	5	3	4	5	1	
GG in Akut-KA insgesamt							
	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	11	5	3	4	5	1	
GGP	11	6	3	4	5	1	
GG im extram. Bereich							
	CT	MR ²	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	6	3	1	0	0	0	
GGP	5	3	0	0	0	0	
GG in Rehabilitationszentren							
	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	0	0	0	0	1	0	
GGP	0	0	0	0	1	0	
GG im Bundesland insgesamt							
	CT	MR ³	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	17	8	4	4	6	1	
GGP	16	9	3	4	6	1	

Salzburg - GGP (extramurale Standorte) ⁵						
Standorte	CT		MR ²		COR	
	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP
	Bad Dürnborg	1	0	-	-	-
Bischofshofen	1	1	-	-	-	-
Salzburg	3	3	3	3	1	0
Zell am See ²	1	1	*	*	-	-
Salzburg GG extramural insgesamt	6	5	3	3	1	0

¹ exkl. Funktionsgerät: 1 CT

² MR: K536 Zell/See KH: Kooperation mit dem extramuralen Bereich umzusetzen

³ MR, GG insgesamt: ergänzend 2 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (intramuraler Standort, sonstige Akut-KA: Radstadt; extramuraler Standort: Salzburg Stadt)

⁴ STR: Geräteanzahl inkl. intraoperativ genutztem Gerät; Prüfung in Hinblick auf Einsatz als Funktionsgerät vorzunehmen

⁵ GGP (extramurale Standorte): Zusatzinformation für Standorte mit mehr als einem Großgerät im IST-Stand:

CT: Salzburg: 3 CT an 3 Betreiberstandorten

MR: Salzburg: 3 MR an 3 Betreiberstandorten

ÖSG 2012 - Kapazitätsplanung auf Ebene der Bundesländer STEIERMARK

Angaben zur Kapazitätsplanung für Fonds- bzw. alle Akut-Krankenanstalten gemäß
aktuell verfügbarem RSG-Monitoring ersichtlich unter

http://bmq.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring

sowie anhand der unter diesem Link bereit gestellten weiteren Informationen über einzelne RSG

Steiermark - GGP							
GG in Fonds-KA insgesamt							
	CT ¹	MR ¹	COR	STR ⁵	ECT	PET	
GG 2011	26	12	5	4	8	2	
GGP	26	13	5	6	9	3	
GG in Akut-KA insgesamt							
	CT	MR ³	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	28	14	5	4	9	2	
GGP	28	14	5	6	9	3	
GG im extram. Bereich							
	CT ²	MR ⁴	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	15	13	0	0	4	0	
GGP	14	11	0	0	3	0	
GG in Rehabilitationszentren							
	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	0	0	0	0	0	0	
GGP	0	0	0	0	0	0	
GG im Bundesland insgesamt							
	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	43	27	5	4	13	2	
GGP	42	25	5	6	12	3	

Steiermark - GGP (extramurale Standorte) ⁶						
Standorte	CT ²		MR ⁴		ECT	
	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP
	Deutschlandsberg	1	0	-	-	-
Feldbach ⁴	-	-	*	*	-	-
Fürstenfeld	1	1	1	1	-	-
Graz	5	5	8	6	2	2
Hartberg ^{2,4}	*	*	*	*	-	-
Kapfenberg	1	1	1	1	-	-
Kindberg	-	-	-	-	2	1
Knittelfeld ⁴	1	1	*	*	-	-
Liezen	1	1	1	1	-	-
Leibnitz	1	1	-	-	-	-
Leoben ^{2,4}	1*	1*	1*	1*	-	-
Mureck	1	1	-	-	-	-
Voitsberg	1	1	1	1	-	-
Weiz	1	1	-	-	-	-
Steiermark GG extramural insgesamt	15	14	13	11	4	3

¹ exkl. Funktionsgeräte: 1 CT, 1 MR

² CT im extram. Bereich: exklusive drei Kooperationen mit Akut-KA (LKH Hartberg, K631, LKH Leoben, K638, LKH Mürrzuschlag-Mariazell, K640)

³ MR in Akut-KA insgesamt: Graz UKH (K614): In Kooperation mit BBR Eggenberg (K627)

⁴ MR im extram. Bereich: exklusive vier Kooperationen mit Akut-KA (LKH Feldbach, K608, LKH Hartberg, K631, LKH Leoben, K638, LKH Judenburg-Knittelfeld, K672)

⁵ STR: Geräteanzahl inkl. intraoperativ genutztem Gerät; Prüfung in Hinblick auf Einsatz als Funktionsgerät vorzunehmen

⁶ GGP (extramurale Standorte): Zusatzinformation für Standorte mit mehr als einem Großgerät im IST-Stand:

CT: Graz: 4 CT an 4 Betreiberstandorten

MR: Graz: 8 MR an 3 Betreiberstandorten (davon je 3 MR an 2 Betreiberstandorten)

ÖSG 2012 - Kapazitätsplanung auf Ebene der Bundesländer TIROL

Angaben zur Kapazitätsplanung für Fonds- bzw. alle Akut-Krankenanstalten gemäß
aktuell verfügbarem RSG-Monitoring ersichtlich unter

http://bm.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring

sowie anhand der unter diesem Link bereit gestellten weiteren Informationen über einzelne RSG

Tirol - GGP							
GG in Fonds-KA insgesamt							
	CT ¹	MR ²	COR ⁵	STR	ECT	PET	
GG 2011	16	10	4	4	6	1	
GGP	16	10	4	5	6	2	
GG in Akut-KA insgesamt							
	CT ³	MR ³	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	17	11	4	4	6	1	
GGP	17	11	4	5	6	2	
GG im extram. Bereich							
	CT	MR ²	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	8	7	0	0	2	0	
GGP	5	4	0	0	2	0	
GG in Rehabilitationszentren							
	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	0	0	0	0	0	0	
GGP	0	0	0	0	0	0	
GG im Bundesland insgesamt							
	CT	MR ⁴	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	25	18	4	4	8	1	
GGP	22	15	4	5	8	2	

Tirol - GGP (extramurale Standorte)⁶						
Standorte	CT		MR ²		ECT	
	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP
Innsbruck	4	2	3	2	1	1
Kitzbühel	1	0	-	-	-	-
Landeck	1	1	1	1	-	-
Lienz	1	1	-	-	-	-
Schwaz ²	-	-	2	1	-	-
St. Anton	-	-	1	0	-	-
Telfs	1	1	-	-	1	1
Tirol GG extramural insgesamt	8	5	7	4	2	2

¹ exkl. Funktionsgerät: 1 CT

² MR in Fonds-KA bzw. im extram. Bereich: inklusive 1 Kooperation mit einer Fonds-KA (BKH Schwaz, K720)

³ CT und MR in Nicht-Fonds-KA (San. Kettenbrücke, K708) auch extramural versorgungswirksam

⁴ MR, GG insgesamt: ergänzend 7 MR mit einer Feldstärke < 1 Testa eingerichtet (intramuraler Standort, sonstige Akut-KA: Innsbruck; extramurale Standorte: Imst, Innsbruck, Kitzbühel, Mayrhofen, Reith bei Kitzbühel, Sölden) und ein per 1.7.2012 anhängiges krankenanstaltenrechtliches Bewilligungsverfahren (intramuraler Standort: Schwaz)

⁵ COR in Fonds-KA insgesamt: inkl. einem DSA/COR-Kombinationsgerät

⁶ GGP (extramurale Standorte): Zusatzinformation für Standorte mit mehr als einem Großgerät im IST-Stand:

CT: Innsbruck: 4 CT an 4 Betreiberstandorten

MR: Innsbruck: 3 MR an 3 Betreiberstandorten

ÖSG 2012 - Kapazitätsplanung auf Ebene der Bundesländer VORARLBERG

Angaben zur Kapazitätsplanung für Fonds- bzw. alle Akut-Krankenanstalten gemäß
aktuell verfügbarem RSG-Monitoring ersichtlich unter

http://bm.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring

sowie anhand der unter diesem Link bereit gestellten weiteren Informationen über einzelne RSG

Vorarlberg - GGP							
GG in Fonds-KA insgesamt	CT ¹	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	5	2	1	2	3	1	
GGP	6	2	1	3	3	1	
GG in Akut-KA insgesamt	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	5	3	1	2	3	1	
GGP	6	2	1	3	3	1	
GG im extram. Bereich	CT	MR ³	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	1	4	0	0	0	0	
GGP	3	4	0	0	0	0	
GG in Rehabilitationszentren	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	0	0	0	0	0	0	
GGP	0	0	0	0	0	0	
GG im Bundesland insgesamt	CT ²	MR ⁴	COR	STR	ECT	PET	
GG 2011	6	7	1	2	3	1	
GGP	9	6	1	3	3	1	

Vorarlberg - GGP (extramurale Standorte)				
Standorte	CT		MR ³	
	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP
Bludenz ³	-	-	1	1
Bregenz ³	0	1	1	1
Dornbirn ³	0	1	1	1
Feldkirch	1	1	1	1
Vorarlberg GG extramural insgesamt	1	3	4	4

¹ exkl. Funktionsgerät: 1 CT

² CT im Bundesland insgesamt: Die Landesgesundheitsplattform (Kooperationsbereich) entscheidet jeweils über Standorte sowie Verwendungszweck (intramural/extramural) der für Bregenz und Dornbirn vorgesehenen Geräte.

³ MR im extram. Bereich: inklusive 3 Kooperationen mit Akut-KA (KH Bludenz, K802, LKH Bregenz, K803 und KH Dornbirn, K807)

⁴ MR, GG insgesamt: ergänzend 2 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (intramuraler Standort, sonstige Akut-KA: Lech; extramuraler Standort: Lech)

ÖSG 2012 - Kapazitätsplanung auf Ebene der Bundesländer WIEN

Angaben zur Kapazitätsplanung für Fonds- bzw. alle Akut-Krankenanstalten gemäß
aktuell verfügbarem RSG-Monitoring ersichtlich unter

http://bmq.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring

sowie anhand der unter diesem Link bereit gestellten weiteren Informationen über einzelne RSG

Wien - GGP							
GG in Fonds-KA insgesamt		CT ^{1,2}	MR ¹	COR	STR	ECT	PET
	GG 2011	27	17	12	11	24	4
	GGP	27	19	12	13	24	5
GG in Akut-KA insgesamt		CT	MR	COR	STR	ECT	PET
	GG 2011	32	21	13	11	25	4
	GGP	32	22	13	13	25	5
GG im extram. Bereich ^{4,5}		CT	MR	COR	STR	ECT	PET
	GG 2011	22	18	0	0	6	0
	GGP	19	14	0	0	5	0
GG in Rehabilitationszentren		CT	MR	COR	STR	ECT	PET
	GG 2011	0	0	0	0	0	0
	GGP	0	0	0	0	0	0
GG im Bundesland insgesamt		CT	MR ³	COR	STR	ECT	PET
	GG 2011	54	39	13	11	31	4
	GGP	51	36	13	13	30	5

Wien - GGP (extramurale Standorte) ^{4,5,6}							
Standorte		CT		MR		ECT	
		GG 2011	GGP	GG 2011	GGP	GG 2011	GGP
Wien, 1010		2	2	2	1	-	-
Wien, 1030		2	2	1	1	-	-
Wien, 1050		1	1	-	-	-	-
Wien, 1060		-	-	1	1	-	-
Wien, 1090		2	0	-	-	2	1
Wien, 1100		2	2	1	1	1	1
Wien, 1120		1	1	2	1	-	-
Wien, 1130		1	1	1	1	-	-
Wien, 1140		1	1	-	-	-	-
Wien, 1150		1	1	-	-	-	-
Wien, 1160		1	0	-	-	-	-
Wien, 1170		1	1	1	1	1	1
Wien, 1180		1	1	2	1	1	1
Wien, 1190		2	1	2	1	1	1
Wien, 1200		-	-	1	1	-	-
Wien, 1210		2	2	1	1	-	-
Wien, 1220		1	2	2	2	-	-
Wien, 1235		1	1	1	1	-	-
Wien GG extramural insgesamt		22	19	18	14	6	5

¹ exkl. Funktionsgeräte: 5 CT, 1 MR

² CT in Fonds-KA insgesamt: 1 CT an intramuralen Standorten (Hartmannspital; K915) von extramuralem Anbieter betrieben

³ MR, GG insgesamt: ergänzend 3 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (je ein Standort in Fonds-KA, sonstige Akut-KA sowie extramural)

⁴ Bis 2015 soll es in Wien im extramuralen Bereich 17 MR-Geräte und 17 CT-Geräte in 17 integrierten Schnittbildzentren geben (je 7 Zentren in den VR 91 und 92 sowie 3 Zentren in der VR 93). Jedes Zentrum soll je 1 CT- und 1 MR-Gerät sowie sämtliche radiologische Leistungen anbieten. Dies bedeutet eine Reduktion der Standorte für CT-Geräte sowie eine Ausweitung der Standorte für MR-Geräte im Vergleich zum Ist-Stand. Zwischen den Systempartnern Wiener Gebietskrankenkasse, Wirtschaftskammer Wien und Ärztekammer für Wien ist geplant, die Versorgungsregionen (VR) in Subregionen zu unterteilen und auf dieser Ebene den GGP im ÖSG schrittweise bis 2015 anzupassen. Nach 2015 soll in der VR 92 von 7 auf 6 Zentren reduziert werden.

⁵ GGP-Angaben zum extramuralen Bereich gemäß Beschlusslage der BGK vom 25.6.2010

⁶ GGP (extramurale Standorte): Zusatzinformation für Standorte mit mehr als einem Großgerät im IST-Stand:

CT: 1010 Wien: 2 CT an 2 Betreiberstandorten; 1030 Wien: 2 CT an 2 Betreiberstandorten; 1090 Wien: 2 CT an 2 Betreiberstandorten; 1100 Wien: 2 CT an 2 Betreiberstandorten; 1190 Wien: 2 CT an 2 Betreiberstandorten; 1210 Wien: 2 CT an 2 Betreiberstandorten
MR: 1010 Wien: 2 MR an 1 Betreiberstandort; 1120 Wien: 2 MR an 1 Betreiberstandort; 1180 Wien: 2 MR an 1 Betreiberstandort; 1190 Wien: 2 MR an 1 Betreiberstandort; 1220 Wien: 2 MR an 2 Betreiberstandorten
ECT: 1090 Wien: 2 ECT an 1 Betreiberstandort

ÖSG 2012 - Kapazitätsplanung auf Ebene der Bundesländer ÖSTERREICH

Angaben zur Kapazitätsplanung für Fonds- bzw. alle Akut-Krankenanstellen gemäß
aktuell verfügbarem RSG-Monitoring ersichtlich unter

http://bm.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring

sowie anhand der unter diesem Link bereit gestellten weiteren Informationen über einzelne RSG

Österreich - GGP							
GG in Fonds-KA insgesamt		CT	MR	COR	STR	ECT	PET
	GG 2011	144	74	42	40	72	16
	GGP	144	80	41	47	78	19
GG in Akut-KA insgesamt		CT	MR	COR	STR	ECT	PET
	GG 2011	159	86	43	40	75	16
	GGP	157	89	42	47	80	19
GG im extram. Bereich		CT	MR	COR	STR	ECT	PET
	GG 2011	89	71	1	0	20	1
	GGP	79	60	0	0	19	0
GG in Rehabilitationszentren		CT	MR	COR	STR	ECT	PET
	GG 2011	0	0	2	0	5	0
	GGP	0	0	2	0	5	0
GG in Österreich insgesamt		CT	MR ¹	COR	STR	ECT	PET
	GG 2011	248	157	46	40	100	17
	GGP	236	149	44	47	104	19

¹ MR, GG insgesamt: ergänzend 17 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet
(davon 1 MR in Fonds-KA, 4 MR in sonstigen Akut-KA sowie 12 MR im extramuralen Bereich)
und ein per 1.7.2012 anhängiges krankenanstellenrechtliches Bewilligungsverfahren (intramuraler Standort)

Funktionsgeräte - ÖSTERREICH

Bundesland \ Geräteart			
Burgenland	CT	MR	STR
GG 2011	0	-	-
GGP	1	-	-
Kärnten	CT	MR	STR
GG 2011	3	-	*
GGP	2	-	*
Niederösterreich	CT	MR	STR
GG 2011	2	-	-
GGP	2	-	-
Oberösterreich	CT	MR	STR
GG 2011	3	1	-
GGP	3	1	-
Salzburg	CT	MR	STR
GG 2011	1	-	*
GGP	1	-	*
Steiermark	CT	MR	STR
GG 2011	1	1	*
GGP	1	1	*
Tirol	CT	MR	STR
GG 2011	1	-	-
GGP	1	-	-
Vorarlberg	CT	MR	STR
GG 2011	1	-	-
GGP	1	-	-
Wien	CT	MR	STR
GG 2011	5	1	-
GGP	5	1	-
Österreich gesamt	CT	MR	STR
GG 2011	17	3	*
GGP	17	3	*

* STR: STR-Geräte für teilweisen oder permanenten intraoperativen Einsatz aktuell noch in GGP-Vorgaben enthalten.