Gesundheit Österreich GmbH

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012

inklusive Großgeräteplan

gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012 inkl. aktualisiertes Kapitel zur Rehabilitation gemäß Beschluss der B-ZK vom 28. Juni 2013

ÖSG 2012

Gesundheit Österreich GmbH

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012

inklusive Großgeräteplan

gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012 inkl. aktualisiertes Kapitel zur Rehabilitation gemäß Beschluss der B-ZK vom 28. Juni 2013

VERFASST VON DER GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH (GÖG)

IM AUFTRAG DER BUNDESGESUNDHEITSAGENTUR

Wien, im November 2012

Impressum:

Projektteam der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG):
Ines Czasný, 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 Qualitätskriterien 114

3.4 Weiterentwicklung der Rehabilitationsplanung 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
Rehabilitationsplanung
Kapazitätsplanung und Großgeräteplan

Abkürzungsverzeichnis

ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
AEE	ambulante Erstversorgungseinheit
AFB	Altenfachbetreuer/in
AG	Angehörigengruppe
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AM	Allgemeinmedizin
AN	Anästhesiologie und Intensivmedizin
ANG	Angiologie-Phlebologie
AP	Affiliierte Partner
ArbM	mobile Arbeitsunterstützung (z. B. Arbeitsassistenz, Jobcoaching, Mentoring)
ATZ	Arbeitstrainingszentrum
AU	Augenheilkunde
AZU	Arbeitsplätze für psychisch Kranke, zeitlich unbegrenzt
BÄ	Bettenäquivalent
BB	Bettenbericht des BMGF
BD	Bundesdurchschnitt
BLB	Besondere Leistungsbereiche der LAP
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMZ	Bettenmessziffer
BRA	Schwerbrandverletzten-Versorgung
BRZ	Brustzentrum
BSR	Bewegungs-/Stützapparat bzw. Rheumatologie
BTD	Belagstagedichte
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CF	Zystische Fibrose
CH	Chirurgie
CL	Konsiliar- und Liaisondienst
COB	Telekobalttherapiegeräte
COR	Herzkatheterarbeitsplätze
CPAP	Continuous positive airway pressure
CT	Computertomographiegeräte
dBD	durchschnittliche Belagsdauer
DEP	Department
DER	Dermatologie
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DIA	Chronische Hämodialyse
DKKS	Diplomierte Kinderkrankenschwester
DKKP	Diplomierte Kinderkrankenpfleger
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DSA	Digitale Subtraktions-Angiographieanlage
dTK	dislozierte Tagesklinik
dWK	dislozierte Wochenklinik
ECT	Emissions-Computer-Tomographiegeräte (inkl. ECT-CT)
ED	Ergotherapie
EEG	Elektroenzephalogramm
EH	Eingliederungshilfen zeitlich begrenzt (z. B. Arbeitstrainingszentren, sozioökonomische Beschäftigungsprojekte)
EKG	Elektrokardiographie
EKRI	Endokrinologie
EMG	Elektromyogramm
EPMS	Extrapyramidales Motorisches System
ERC	European Resuscitation Council
ESWL	Extrakorporale Stoßwellen-Lithotripsie
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
FÄ	Fachärztinnen und/oder–ärzte
FACS	Fluerescence-activated Cell Sorter
FDSB	Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer bzw. Diplom-Sozialbetreuerinnen/-betreuer inkl. Altenfachbetreuerinnen/-betreuer
FKA	Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt
FR	Fachrichtung
FSP	Fachschwerpunkt
GAS	Gastroenterologie
GCH	Gefäßchirurgie
GEM	Gemischter Belag
GG	Großgeräte
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
GGP	Großgeräteplan
GH	Geburtshilfe
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GYN	Gynäkologie
HCH	Herzchirurgie
HD	Hauptdiagnose
HDG	Hauptdiagnosen-Gruppe
HH	Heimhilfen
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HOS	Hospizbereich
HTX	Herztransplantation
HZV	Herzzeitvolumen
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICU	Intensive Care Unit
ICSD	International Classification of Sleep Disorders
IE	Intensiveinheit
IM	Innere Medizin
IMCU	Intermediate Care Unit
INT	Intensivmedizin bzw. Intensivbereich
IONKA	Assoziiertes Angebot für internistische Onkologie und Hämatologie
IONKS	Schwerpunkt für internist. Onkologie/Hämatologie
IONKZ	Zentrum für internistische Onkologie/Hämatologie
IPPB	Intermitted positive pressure breathing
IRVP	Integrative regionale Versorgungsplanung
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten/Kuranstalten
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
KAR	Kardiologie
KCH	Kinder- und Jugendchirurgie
KH	Krankenhaus
KHH	Krankenhaushäufigkeit
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
KIONK	Kinder- und Jugendonkologie
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KKAR	Kinderkardiologie
KLUB	Klubeinrichtungen
KP/GP	Klinische Psychologinnen/Psychologen / Gesundheitspsychologinnen/-psychologen
LAB	Labormedizin
LAP	Leistungsangebotsplanung
LBP	Labormedizin und Pathologie
LH	Laienhilfe
LIN	Linearbeschleuniger
LKAP	Landeskrankenanstaltenplan
LKF	Leistungsorientierte KA-Finanzierung
LM	Leistungsmatrix
LOG	Logopädie
LTX	Lebertransplantation
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
MKP	Mutter-Kind-Pass
MR	Magnetresonanz-Tomographiegeräte
MTF	Medizinisch-technischer Fachdienst
MVS	Mindestversorgungsstufe
NC	Neurochirurgie
NEO	Neonatologie
NEP	Nephrologie
NEU	Neurologie
NEU-ANB/B	Neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe B
NEU-ANB/C	Neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe C
NIBP	Non-invasive Blood Pressure
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NIMCU	Neonatal Intermediate Care Unit
NLG	Nervenleitgeschwindigkeit
NSM	Nahtstellenmanagement
NTA	Nulltagesaufenthalte
NTX	Nierentransplantation
NUK	Nuklearmedizin
NUKT	Nuklearmedizinische Therapie(-bettenstation)
ÖNR	Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitation
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ONK	Onkologische Versorgung
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PACS	Picture Archiving and Communication System
PAL	Palliativmedizin
PAT	Pathologie
PCH	Plastische Chirurgie
PCR	Polymerase Chain Reaction
PD	Physiotherapie
PDia	Peritonealdialyse
PET	Positronen-Emissions-Computertomographie (inkl. PET-CT)
PH	Pflegehelferin/Pflegehelfer
PICU	Paediatric Intensive Care Unit
PIMCU	Paediatric Intermediate Care Unit
PKA	Private, nicht gemeinnützige Akut-KA
PM	Planungsmatrix
PMR	Physikalische Medizin und Rehabilitation
PND	Psychosozialer Notdienst, Krisenninterventionsstelle, Krisenzimmer
PND	Psychosozialer Notdienst
PNS	Peripheres Nervensystem
PP	Pflegeplätze
PRIKRAF	Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds
PSB	Psychosoziale Beratung und Betreuung
PSO	Psychosomatik
PSOE	Psychosomatik für Erwachsene
PSOK	Psychosomatik für Kinder und Jugendliche
PSY	Psychiatrie
PT	Psychotherapeutinnen/-therapeuten
PTCA	Percutane Transluminale Coronarangioplastie
PUL	Pulmologie
QK	Qualitätskriterium
RAD	Radiologie-Diagnostik
RCU	Respiratory Care Unit
RFZ	Referenzzentrum
RHE	Rheumatologie
RIG	Rehabilitations-Indikationsgruppe
RNS	Remobilisation/Nachsorge
ROF	Reduzierte Organisationsform
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RZ	Rehabilitationszentrum
SA	Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter
SAN	Sanatorium
SB	Suchtberatung und Suchtprävention (überregional)
SHG	Selbsthilfegruppe
SKA	Sonderkrankenanstalt
SON	Sonstige
SPECT	Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie
SRN	Strahlentherapie-Radioonkologie / Nuklearmedizin
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie / Hochvolt-therapie; STR-Geräte
STV	Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten
SU	Stroke-Unit
SZT	Stammzelltransplantation
TCH	Thoraxchirurgie
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
TK	Tagesklinik
TP	Therapieplatz
TS	Tagesstruktur/Tagesbetreuung/Tagesstätten
TXC	Transplantationschirurgie
UbG	Unterbringungsgesetz
UC	Unfallchirurgie
UCNC	Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen
UE	Überwachungseinheit
UKH	Unfallkrankenhaus
URO	Urologie
VM	Versorgungsmatrix
VMMHG	Obergruppen der MHG in der Versorgungsmatrix
VR	Versorgungsregion
VU	Vorsorgeuntersuchung
VZ	Versorgungszone
VZÄ	Vollzeitäquivalent*
WOH	Wohnheime, Wohngemeinschaften, Übergangswohnen, mobil betreutes Wohnen
WP	Wohnplätze
ZA	Zusammenarbeit
ZAE	zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten
ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
ZNS	Zentrales Nervensystem
ZVD	Zentraler Venendruck

* 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 (Krankenanstalten gemäß Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz – KAKuG),
- den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen in den Akutkrankenanstalten 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).

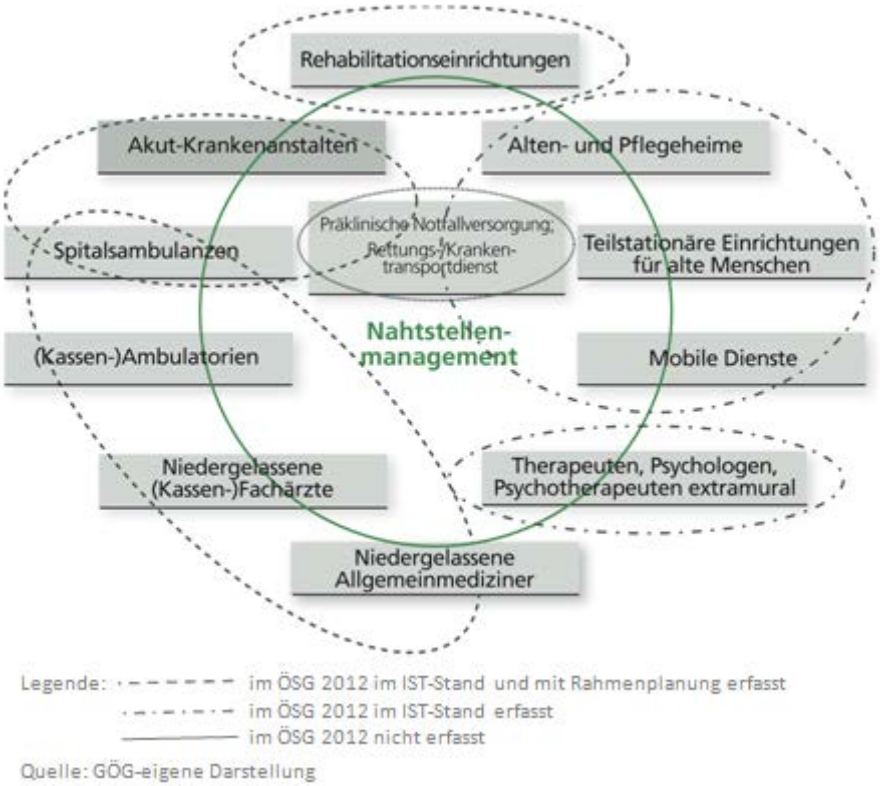
Im Sinne einer Patientenorientierung und der oben genannten Bestimmungen wird im ÖSG von der isolierten Betrachtung des Krankenhauses abgegangen und die gesamte Versorgung einer Region unter Berücksichtigung aller oben angeführten Bereiche in einem integrativen Ansatz abgebildet („Integrative regionale 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 Entlastungsmöglichkeiten der Akut-Krankenanstalten 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 (Akutkrankenanstalten 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“, „Entlassungscheckliste“, 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 Evaluierung[1] (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) alle versorgungswirksamen 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).

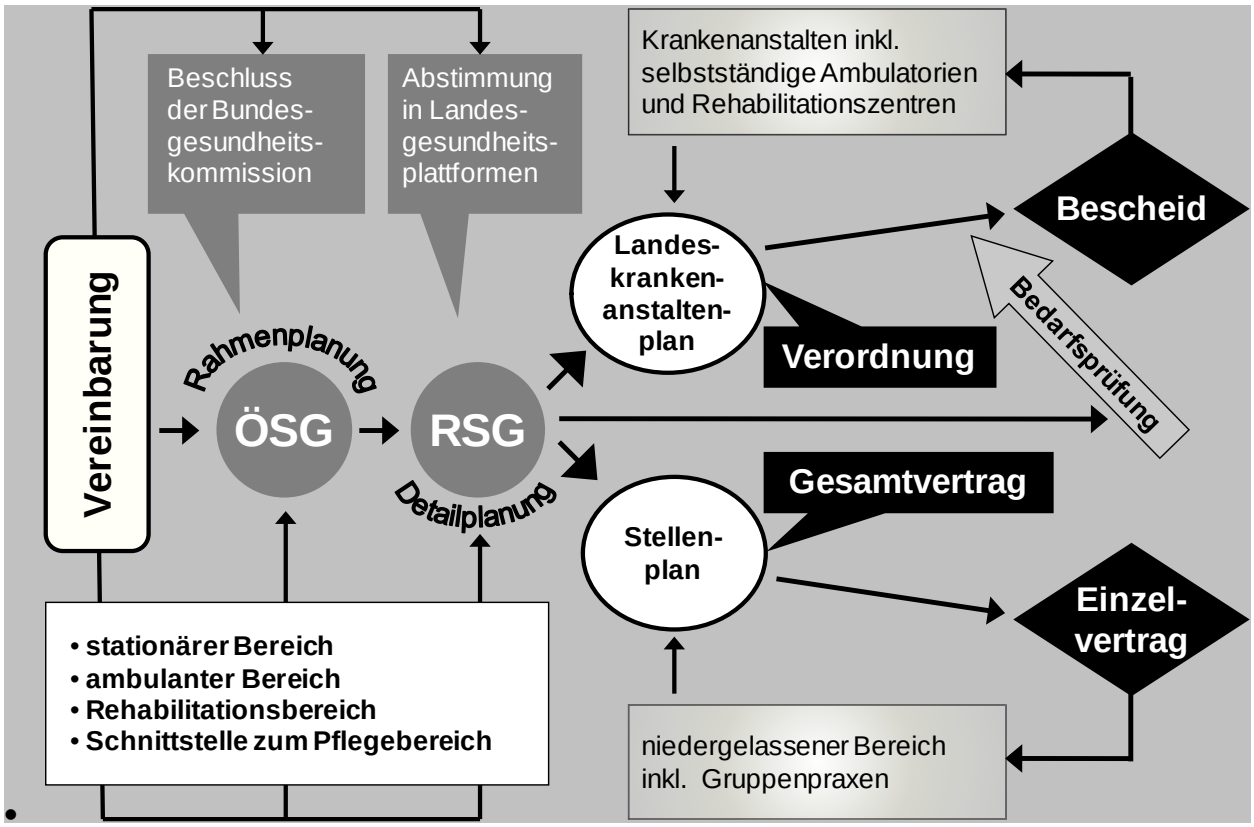
Für die Sozialversicherung legt das ASVG (§ 84a Abs 1) fest, dass sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen haben und die dabei abgestimmten Ergebnisse (z. B. ÖSG) in ihrem 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 wohnortnahen 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 Folgekosten-Abschätzung 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 Notfallgeschehens 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 Finanzierungskompetenzen 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 Besiedelungsdichte, 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 Versorgungszonen (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 Matrizeninhalte 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 Leistungsinanspruchnahme 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 Besiedelungsdichte 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 +/–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 leistungsanbietenden 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

*** leistungsanbietende Standorte bzw. ÄAVE: unmittelbar versorgungswirksame ärztliche Leistungserbringerinnen/-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 qualitätsvollen 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 Basisversorgungs-Leistungen 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 Diensteinteilungen) 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	**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).
	Abteilung (ABT) Bettenführende Einheiten in Akutkrankenanstalten im Sinne von § 2a (1) KAKuG, vorzuhalten unter Beachtung der im ÖSG festgelegten Mindestbettenanzahl (vgl. Kap. 2.1).
	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.
	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.
	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 Satelliteneinheit an einem anderen KA-Standort 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.
	Dislozierte Tagesklinik (dTK) Betten einer dTK ohne vollstationäre bettenführende Einheit derselben Fachrichtung 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.
Personalausstattung und -qualifikation	**Referenzzentrum** Personelle Ausstattung gemäß Vorgaben zu Referenzzentren (vgl. Kap. 2.5)
	Abteilung Ärztlicher Dienst gemäß § 8 (1) KAKuG sicherzustellen
	Department 3 Fachärztinnen/-ärzte (davon eine/einer als Leiterin/Leiter und einer als Stellvertreterin/Stellvertreter).
	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.

	Dislozierte Wochenklinik Leitung der dislozierten Wochenklinik im Zusammenwirken mit der Mutterabteilung an anderem KA-Standort in der Anstaltsordnung zu regeln: • 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.
	Dislozierte Tagesklinik Leitung der dislozierten Tagesklinik in der Anstaltsordnung zu regeln.
Leistungsangebote	**Referenzzentrum** Leistungsangebot gemäß aktueller Leistungsmatrix (vgl. „Leistungsmatrix“ – MEL-Zuordnung zu Mindestversorgungsstruktur RFZ)
	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
	Department Für UC eingeschränktes Leistungsangebot gemäß aktueller Leistungsmatrix, (vgl. „Leistungsmatrix“, MEL-Zuordnung zu Mindestversorgungsstruktur dTK und ROF) in der Regel- inkl. Akutversorgung.
	Fachschwerpunkt Auf elektive (planbare) Eingriffe eingeschränktes Leistungsangebot gemäß aktueller Leistungsmatrix (vgl. „Leistungsmatrix“, MEL-Zuordnung zu Mindestversorgungsstruktur dTK und ROF).
	Dislozierte Wochenklinik Auf Basisversorgung eingeschränktes Leistungsangebot gemäß Leistungsmatrix (vgl. „Leistungsmatrix“, MEL-Zuordnung zu Basisversorgung „BV“ - J)
	Dislozierte Tagesklinik Eingeschränktes Leistungsangebot vorrangig elektiver Art gemäß aktueller Leistungsmatrix (vgl. „Leistungsmatrix“; MEL-Zuordnung zu Mindestversorgungsstruktur dTK)
	Für alle: Dokumentation der Leistungserbringung im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD)
Sonstiges	**Abteilung** Zeitlich uneingeschränkt zu betreiben
	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
	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.
	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
	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

* 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	• 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 Pfle-

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 interdisziplinären[2] 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 Beiziehung 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	**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.
	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 Fachrichtungszuordnung der Betten 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.
	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.
	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).
	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
Personalausstattung und -qualifikation	**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.
	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 interdisziplinäre TK: 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.
	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 interdisziplinäre WK: Stationsführung durch darin qualifizierte Ärztin/Arzt mit ius practicandi für AM (AM oder Fachärztin/-arzt); WK im Rahmen einer Fachabteilung: Leitung aus zugehörigem Ärztestamm.
	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: • 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 Echosonographie • Kenntnisse in basaler Unfallversorgung • in Zentral-KA auch einschlägige Fachärztinnen/-ärzte ohne ius practicandi für AM mit o. a. Zusatzqualifikationen zulässig

Leistungsangebote	**Interdisziplinäre bettenführende Bereiche** Patientenspezifische Behandlung in medizinischer Hinsicht ohne Unterschied zu einer solchen in einer abteilungsbezogenen Pflegestation; dem Patientenerfordernis angepasste Behandlung und Pflegeleistung.
	Tagesklinik Elektive operative Leistungen der Basisversorgung aus dem LKF-Tagesklinikkatalog; ggf. auch Leistungen aus den konservativen Bereichen, die als TK-Leistung erbringbar sind
	Wochenklinik Vorrangig elektive operative Leistungen und ggf. solche aus den konservativen Bereichen mit erwartbarer Entlassungsfähigkeit innerhalb der definierten Betriebszeit
	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).
Infrastruktur	**Interdisziplinäre bettenführende Bereiche** Infrastruktur analog fachabteilungsbezogener Pflegeeinheit, ergänzt um administrative/technische Unterstützung einer multidisziplinären Belegungsorganisation samt den daraus resultierenden Anforderungen erhöhter Kommunikations-Intensität mit ärztlichem Personal der belegenden Fachstrukturen.
	Tagesklinik Infrastruktur am KA-Standort vorzuhalten: • Präanästhesie-Ambulanz • Postoperativer Aufwachbereich/Überwachungsmöglichkeit
	Wochenklinik Infrastruktur am KA-Standort vorzuhalten: • Präanästhesie-Ambulanz • Postoperativer Aufwachbereich/Überwachungsmöglichkeit
	Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit Infrastruktur am KA-Standort, im Fall dislozierter Satelliteneinheit vor Ort vorzuhalten: • Röntgen; im Fall dislozierter Satelliteneinheit mit Teleradiologie-Anbindung • Sonographie • 12-Kanal-EKG • Notfalllabor • Wundversorgung/Frakturbehandlung • im Aufnahmebereich Monitoring-Möglichkeit
Sonstiges	**Tagesklinik** • Betriebszeiten: fixe, am Bedarf orientierte Betriebszeiten; ausschließlicher Tagesbetrieb; außerhalb der Betriebszeiten: Sicherstellung der (postoperativen) Nachsorge • Standardisierte Prozessabläufe mit definierten Zuständigkeiten • Ergebnisqualitätsmessung
	Wochenklinik • Betriebszeiten: fixe, am Bedarf orientierte Betriebszeiten; Schließung am Wochenende; außerhalb der Betriebszeiten: Sicherstellung der (postoperativen) Nachsorge • Standardisierte Prozessabläufe mit definierten Zuständigkeiten • Ergebnisqualitätsmessung
	Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit • 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 oftmaligen 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

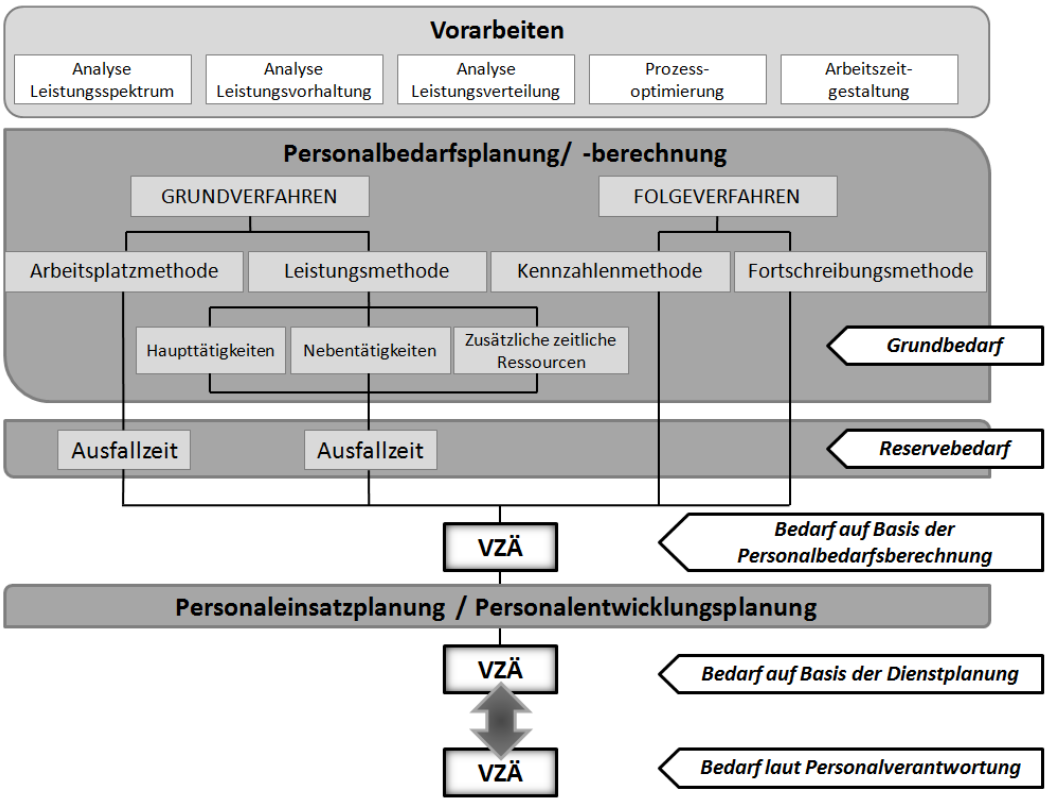
Bereits in den ersten Fassungen des ÖSG ab 2006 wurde die Personalausstattung in der Gesundheitsversorgung als ein wesentliches Element der Strukturqualität angeführt. Dem entsprechend war in den früheren ÖSG-Versionen vereinbart, zusätzlich zu den bereits definierten und für die LKF-Abrechnung relevanten Personalbedarfsfestlegungen weitere Personalbedarfe nach einer allgemeinen und objektivierbaren wissenschaftlichen Methodik bzw. in Form von Anhaltszahlen 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	**Analyse des Leistungsspektrums** • Ist-Erhebung (quantitativ und qualitativ, inkl. Leistungsbewertung) • Soll-Planung (inkl. Berücksichtigung gesundheitspolitischer Ziele, Versorgungsaufträge etc.) **Analyse der Leistungsvorhaltung** inkl. Berücksichtigung möglicher struktureller und personeller Optimierungen **Analyse der Leistungsverteilung** über den Tag in Bezug auf Art und Menge pro Berufsgruppe und Arbeitsbereich • Erstellung von Tagesbesetzungsprofilen (Leistungsarten, Leistungsmengen, Leistungszeiten, Reihenfolge der Leistungserbringung) • Abbildung/Schätzung der anfallenden Tätigkeiten im Tages-, Wochen- und Jahresverlauf • Erstellung von Leistungsverteilungsprofilen **Prozessoptimierung** • Analyse des Optimierungspotenzials auf Basis struktureller Gegebenheiten (insbesondere an Schnittstellen und in interdisziplinärer 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 **Arbeitszeitgestaltung** • 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	**Grundlagen** • Differenzierung nach Personalgruppen, Leistungsbereichen und Planungsperioden • Berechnung nach Personalgruppen mit auf ein Jahr bezogenen Durchschnittswerten auf (Plan-)Stellenebene • Stellenbeschreibungen mit Anforderungsprofil und Aufgabenbeschreibung **Anforderungen** Fortschreibung des Ist-Standes, sofern sich aus den Vorarbeiten kein Änderungsbedarf ergibt **Methode** 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
Personaleinsatzplanung	**Grundlagen** • 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 **Anforderungen** Kontinuierliche Überprüfung des Leistungsanfalls und Abstimmung mit dem Personaleinsatz
Personalent-wicklungsplanung	**Grundlagen** • Bildungsbedarfs- und Fluktuationsanalysen **Anforderungen** • 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	Perioperative Betreuung und Versorgung von operativen Patientinnen und Patienten aller Fachdisziplinen: • 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	**Pro Anästhesiearbeitsplatz als Standardausstattung für die Durchführung von Allgemein- und Regionalanästhesien:** • 1 Anästhesierespirator inklusive entsprechender Gasversorgung und Absaugeinheit sowie Möglichkeit der Messung des in- und endexspiratorischen CO_2 • Alle zur Narkoseführung notwendigen Instrumente und Medikamente inklusive etwaiger antagonisierender Medikation • Notfallinstrumente zur Luftwegssicherung In der operativen Einheit verfügbar: 1 Defibrillator **Standardmonitoring:** • EKG mit Extremitätenableitung • Nichtinvasive Blutdruckmessung • Pulsoxymetrie • Temperaturmessung (Verfügbarkeit) • Neuromuskuläres Monitoring (Verfügbarkeit) **Zusätzliche Ausstattung an Krankenanstalten mit Schwerpunktversorgung und Zentralversorgung:** • 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)

Versorgungs-strukturen	**AN-Versorgung von Kindern (gilt für KA-Typen 1–4)** • 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	**AN-Versorgung von Kindern im Alter < 3 Jahre nur unter folgenden Voraussetzungen (gilt für KA-Typen 1–4)** • >= 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	Führung eines Logbuchs über durchgeführte Kinder-Anästhesien; Nachweise über Fortbildungen und/oder Hospitation (s. o.); Teilnahme an „Critical Incident Reporting System".

Intensivversorgung

Definitionen, Zielgruppen	• 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:
	  • 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	• **Erwachsenen-Intensivbereiche**
	  • Differenzierung entsprechend dem dreistufigen LKF-Modell in Intensivbehandlungseinheiten (= Intensiv 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):
	  • 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	• **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	• **Intensivbehandlungseinheit (ICU) für Erwachsene**
	Wiederherstellung der Vitalfunktionen, die in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere intensivtherapeutische Maßnahmen aufrecht erhalten werden müssen
	• **Intensivüberwachungseinheit (IMCU) für Erwachsene**
	  • Überwachung und Behandlung von Patientinnen/Patienten, deren Vitalfunktionen gefährdet sind
	  • Sicherstellung der Möglichkeit zur kurzfristigen (auf einige Tage beschränkte) Intensivbehandlung (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)*

Leistungsangebote für pädiatrische/ neonatologische Intensivbereiche	• **Intensivbehandlungseinheit für Kinder und Jugendliche (PICU)**
	  • Kinder (Alter < 15 Jahre): Versorgung in kindgerechter Umgebung sicherzustellen;
	  Jugendliche (Alter 15–18 Jahre): Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenintensivbehandlungseinheit
	  • Wiederherstellung der Vitalfunktionen, die in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere intensivtherapeutische Maßnahmen aufrecht erhalten werden müssen
	• **Intensivüberwachungseinheit für Kinder und Jugendliche (PIMCU)**
	  • 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
	  • Keine Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen
	• **Intensivbehandlungseinheit für Früh- und Neugeborene (NICU)**
	  • Behandlung von Frühgeborenen in deren Mittelpunkt die Lebenserhaltung (Unterstützung von Atmung und Kreislauf, Ernährung, Abwehr von Infektionen) sowie die entwicklungsfördernde Betreuung stehen
	  • Behandlung von reifen Neugeborenen, wenn diese in ihren vitalen Funktionen eingeschränkt oder bedroht sind
	• **Intensivüberwachungseinheit für Früh- und Neugeborene (NIMCU)**
	  • Behandlung von Früh- und Neugeborenen ohne akute Gefährdung der vitalen Funktionen, welche eine kontinuierliche Überwachung benötigen
	  • Keine Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen, jedoch Sicherstellung der kurzfristigen Beatmungsmöglichkeit im Notfall bis zum Transfer in eine NICU.

Sonstiges	• 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) INT-Transformationsregel für PKA: 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. 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.

Qualitätskriterien Intensivbereiche – Anästhesiologie (AN)

		Intensivüber-wachungseinheit (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 Turnus ärztin/-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 Intensiveinheit[8]	n[7] minus 1 Gerät pro Intensiveinheit[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)*

		Intensivüber-wachungseinheit (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. 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[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 Bettröntgen	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 Ballongegenpulsation	–	–[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

		Intensivüber-wachungseinheit (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)

		Intensivüber-wachungseinheit (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 nichtivasive 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 Bettröntgen	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)*

		Intensivüber-wachungseinheit (UE/IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (IE/ICU)		
			Stufe I	Stufe II	Stufe III
Appara-tive Aus-stattung	• 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)*

		Intensivüber-wachungseinheit (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 Schritt-macher[11]	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
	• Transkutaner Schritt-macher[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 Mindestabteilungsgröße 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/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.

[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 Bettröntgen	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	• 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	• Leitung: Fachärztin/-arzt für Lungenkrankheiten mit Additivfach Intensivmedizin • Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit Intensivausbildung[1] *Angaben zu personellen Anforderungen in Ergänzung zu Vorhaltungen für Pulmologische Abteilung (vgl. Kap. 2.4.14)*		
Infrastruktur	*Apparative Ausstattung je Bett:* • Respiratoren (Intensiv- und Heim-) • Beatmung nicht invasiv • Beatmung invasiv	*Apparative Ausstattung in RCU verfügbar:* • Defibrillator/Kardioversion	*Apparative Ausstattung in KA verfügbar:* • C-Bogen
	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“		
Sonstiges	• Mindestbettenanzahl[2]: 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 Intensiveinheiten).

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	Konservative Versorgung von • Kindern (Alter < 15 Jahre, Versorgung in kindgerechter Umgebung sicherzustellen) und • Jugendlichen (Alter 15–18 Jahre, Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenabteilung) Aufgrund der Besonderheiten in der KI (z. B. Isolierpflicht und saisonale Schwankungen bei Infektionskrankheiten, altersspezifische Bettenbelegung) Auslastung von 75 % als Vollauslastung definiert
Versorgungsstrukturen	*Abgestufte Versorgungsstruktur* Vier Stufen der stationären Versorgung unter gemeinsamer Berücksichtigung der Sonderfächer KI und KCH (Grundlage für die Festlegung von Qualitätskriterien): • KA-Typ 1: KA mit Abteilung für KI > 25 Betten und 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) 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). *Mindestgröße* KA-Typ 1: > 25 Betten (Auslastung >= 75 %), zusätzlich NICU / PICU >= 6 Betten KA-Typ 2: > 20 Betten (Auslastung >= 75 %), zusätzlich NI(M)CU / PI(M)CU >= 4 Betten (Verfügbarkeit sicherzustellen) KA-Typ 3: > 14 Betten (Auslastung >= 75 %)
Personalausstattung und –qualifikation	*Ärztliches Personal* • 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 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 *Diplomiertes Pflegepersonal im Normalpflegebereich* Ausschließlich DGKP/Kinder- und Jugendlichenpflege; zur Personalausstattung von NI(M)CU / PI(M)CU in qualitativer Hinsicht vgl. Kap. 2.4.1. *Sonstige Berufsgruppen (in KA verfügbar)* • 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	*Räumliche Ausstattung (KA-Typ 1–3)* • 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) *Technisch-apparative Ausstattung* • Sonographiegerät(e) • Notfall-/Handlabor (für KI-Einheit verfügbar)

Leistungsangebote	Gewährleistung sämtlicher erforderlicher diagnostischer und therapeutischer 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). Versorgung von Kindern in Referenzzentren (RFZ) Zu KKAR, KIONK und SZT vgl. Kap. 2.5.

2.4.2.2 Kinder- und Jugendchirurgie (KCH)

Definitionen, Zielgruppen	Chirurgische Versorgung von • Kindern (Alter < 15 Jahre, Versorgung in kindgerechter Umgebung sicherzustellen) und • Jugendlichen (Alter 15–18 Jahre, Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenabteilung)
Versorgungsstrukturen	**Abgestufte Versorgungsstruktur** Vier Stufen der stationären Versorgung unter gemeinsamer Berücksichtigung der Sonderfächer KI und KCH (Grundlage für die Festlegung von Qualitätskriterien): • KA-Typ 1: KA mit Abteilung für KI > 25 Betten und 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) 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). **UC-Versorgung von Kindern** • 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) **OR-Versorgung von Kindern** • 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	**Ärztliches Personal** • 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). **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. **Sonstige Berufsgruppen (in KA verfügbar)** • 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	**Technisch-apparative Ausstattung** • Miniaturisierte diagnostische und therapeutische Apparate **Räumliche Ausstattung (KA-Typ 1)** • 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) **Zeitliche Verfügbarkeit** • KA des Typs 1: Fachärztin/-arzt für KCH rund um die Uhr anwesend • KCH-Satellitenbetreuung: Fachärztin/-arzt für KCH während fixer Zeiten anwesend
Leistungsangebote	**Leistungsspektrum (Abteilung für KCH)** • Abdominale, thorakale, urogenitale, traumatologische und onkologische KCH • Neugeborenchirurgie 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).
Sonstiges	Sicherstellung der postoperativen Nachbetreuung bei KCH-Satellitenbetreuung durch jene Abteilung, an der die Versorgung erfolgt.

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	Erkennung, Behandlung, und Begutachtung bei psychischen, psychosozialen, psychosomatischen und entwicklungsbedingten Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter Formale Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche von der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
Versorgungsstrukturen	Anforderungen an ein Versorgungssystem der KJP wie für die allgemeinpsychiatrische Versorgung formuliert (vgl. Kapitel 2.4.8). Folgende Strukturelemente sind erforderlich: • **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	• Überregional zu planendes Leistungsangebot; Berücksichtigung der Nahtstellen zur PSO-KJ durch Leistungsabstimmung und regionale Kooperation • Eine 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 eine ambulante KJP-Einheit für ein Einzugsgebiet von rund 250.000 EW
Personalausstattung und -qualifikation	**KJP-Abteilung** Interdisziplinär arbeitendes multiprofessionelles Team der Berufsgruppen • Ärztliche Leitung: Fachärztin/-arzt für KJP • Zusätzliches (fach)ärztliches Personal • Diplomiertes Pflegepersonal (Diplomiertes Psychiatrisches Pflegepersonal, Diplomiertes Kinderpflegepersonal) • Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Klinische Psychologinnen/Psychologen Verfügbarkeit • 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) **KJP-Tagesklinik** • Fachärztl. Personal / Psychologinnen/Psychologen / akadem. ausgeb. Pädagoginnen/Pädagogen • BMA/Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter • Dipl. Pflegepersonal / Pädagog. Personal ohne akadem. Abschluss
Infrastruktur	**Generelle Anforderungen** Räumliche Ausstattung entsprechend den Bedürfnissen unterschiedlicher Altersstufen (lebensweltnahe Gestaltung); Möglichkeit der Mehrfachnutzung von Räumen; Mitaufnahmemöglichkeit von Bezugspersonen (Eltern) • Eltern-Kind-Einheit(en) • 1 Therapieraum pro Vollzeittherapeut/in (ärztliches, psychologisches, psychotherapeutisches Personal) **Ausreichende räumliche Ausstattung für** • Einzel- und Gruppentherapie, Familientherapie, sonstige Therapien (bspw. Kreativtherapie, Ergotherapie, Logopädie), Therapieküche • Spiel- und Freizeitgestaltung • Entspannung und Biofeedback • Eigener Outdoorbereich (Spiel- und Bewegungsbereich im Freien) **Technisch-apparative Ausstattung** • Nach Möglichkeit ein Therapieraum mit einer audiovisuellen Anlage (Video und Einwegspiegel) • Die für die intensive KJP-Behandlung erforderliche spezifische räumlich-technische Ausstattung
Leistungsangebote	• 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)

Versorgungs-strukturen	Abteilung Referenzzentren für Herzchirurgie (HCH), Thoraxchirurgie (TCH) und Gefäßchirurgie (GCH)
Planung	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).
Sonstiges	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).

2.4.4 Neurochirurgie (NC)

Definitionen, Zielgruppen	**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
	Neurochirurgische Spezialzentren (im Rahmen von Abteilungen für Neurochirurgie): 1. **Spezialzentrum für Epilepsiechirurgie** Neurochirurgische Behandlung von Patientinnen/Patienten mit Epilepsie (in Kooperation mit Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik) 2. **Spezialzentrum für Neuro-Radiochirurgie** Stereotaktisch neuro-radiochirurgische Behandlung von neurochirurgischen Patientinnen/Patienten mit Gamma-Knife oder Linearbeschleuniger 3. **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 Médicines Spécialistes) 4. **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	**Neurochirurgische Standard-Abteilung** Normalpflegebereich, inkl. Möglichkeit der Einrichtung einer Überwachungseinheit mit >= 4 Betten Sicherstellung der jederzeitigen Verfügbarkeit einer Intensivbehandlungseinheit im Haus
	Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Gehirntumoren, Schädelhirntraumata, intrakraniellen Gefäßerkrankungen und Hydrozephalus Versorgung von Gehirntumoren, Schädel-Hirn- Traumata, intrakraniellen Gefäßerkrankungen und Hydrocephalus 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
	Neurochirurgische Spezialzentren (im Rahmen von Abteilungen für Neurochirurgie): 1. **Spezialzentrum für Epilepsiechirurgie** Enge Anbindung an Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik 2. **Spezialzentrum für Neuro-Radiochirurgie** Zugang zu Gamma-Knife oder Linearbeschleuniger 3. **Spezialzentrum für endovaskuläre Neurochirurgie** Zugang zu interventioneller Angiographieeinheit 4. **Spezialzentrum für EPMS-Chirurgie** Enge Anbindung an Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik
Personalausstattung und -qualifikation	**Neurochirurgische Standard-Abteilung –** Berufsgruppen: • 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, Sekundarärztinnen/-ärzte, Turnusärztinnen/-ärzte) • Physiotherapeuten/-innen • Ergotherapeuten/-innen • Logopäden/-innen
	1. **Spezialzentrum für Epilepsiechirurgie** Fachärztin/-arzt für NC mit Expertise in Epilepsiechirurgie 2. **Spezialzentrum für Neuro-Radiochirurgie** Fachärztin/-arzt für NC mit Expertise in Neuro-Radiochirurgie 3. **Spezialzentrum für endovaskuläre Neurochirurgie** Fachärztin/-arzt für NC mit Expertise in endovaskulärer Neurochirurgie 4. **Spezialzentrum für EPMS-Chirurgie** Fachärztin/-arzt für NC mit Expertise in funktioneller Stereotaxie und Mikroelektrodenableitung

Infrastruktur – technisch-apparative Ausstattung	**Neurochirurgische Standard-Abteilung** • OP-Verfügbarkeit: rund um die Uhr • Rund-um-die-Uhr-Zugang zu bildgebenden Verfahren (CT, MR, Angiographie oder MR- bzw. CT-Angiographie) OP-Bereich: • OP-Mikroskop (für jeden einer NC zugeordneten OP), Neuronavigation, Bildwandler, intraoperatives elektrophysiologisches Monitoring, Ultraschall-Gewebszertrümmerer, transkranielle Dopplersonographie, Stereotaxiesystem, intraoperative Bildgebung • Zugang zu neuropathologischer Befundung inklusive Schnellschnittbefundung Station: • Möglichkeit für ICP-Monitoring • Zugang zu intrakranieller Dopplersonographie
	1. Spezialzentrum für Epilepsiechirurgie • intraoperatives EEG **2. Spezialzentrum für Neuro-Radiochirurgie** • Gamma-Knife oder Linearbeschleuniger (einschl. Stereotaxiesystem), EDV-gestützte Eingriffsplanung **3. Spezialzentrum für endovaskuläre Neurochirurgie** • Interventionelle Angiographieeinheit (Rund-um–die-Uhr-Zugang) **4. Spezialzentrum für EPMS-Chirurgie** • Intraoperative Mikroelektrodenableitung

2.4.5 Innere Medizin (IM)

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

2.4.6 Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH)

Definitionen, Zielgruppen	Führung einer geburtshilflichen Abteilung ohne gleichzeitige gynäkologische Leistungserbringung unzulässig *Stufen der abgestuften geburtshilflichen Versorgung* • **Stufe 1, Maximalversorgung (Perinatalzentrum):** interdisziplinäre Einrichtung mit Schwerpunkt in der Geburtshilfe und Neonatologie (beide Einrichtungen in unmittelbar 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	Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung auf allen Stufen der geburtshilflichen Versorgung **Stufe 2: Schwerpunktversorgung** • 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 **Stufe 3: Grundversorgung** • 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) **Reduzierte Grundversorgung** • 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	**Stufe 1: Maximalversorgung (Perinatalzentrum)** • Neonatologie: mindestens sechs, idealerweise 10 bzw. maximal 16 neonatologische Intensivbetten **Stufe 2: Schwerpunktversorgung** • Neonatologie, die eine Beatmungsmöglichkeit sicherstellt; länger zu beatmende Neugeborene sind an ein Perinatalzentrum (Stufe 1) zu verlegen
Versorgungsstrukturen / Leistungsangebote	**Stufe 1: Maximalversorgung (Perinatalzentrum)** 1. Referenzzentrum für pränatale Diagnostik und Pränataltherapie: • 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. Geburtshilfe: gesamtes geburtshilfliches Leistungsspektrum der konservativen und operativen Schwangerenbetreuung 3. Neonatologie – 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.) **Stufe 2: Schwerpunktversorgung** 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. **Stufe 3: Grundversorgung** • 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) **Im Fall reduzierter Grundversorgung grundsätzlich zulässig:** • Geburtshilfe: Geburten reifer Einlinge in Terminnähe bei Frauen ohne ersichtliches Risiko und bei vaginalen Entbindungen ohne Voroperation am Uterus • Gynäkologie: gynäkologische Eingriffe inklusive Beherrschung der dafür typischen Komplikationen In allen Stufen der geburtshilflichen Versorgung: Still- und Laktationsberatung

Sonstiges	Teilnahme an **Ergebnisqualitäts-Registern** (österreichweites Geburtenregister, Perinatalerhebung) **Reduzierte Grundversorgung** • 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) Transformationsregel für PKA: 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.

2.4.7 Neurologie (NEU) und spezielle neurologische Versorgung

Definitionen, Zielgruppen	**Neurologische Standard-Abteilung** Basisversorgung in Bezug auf Diagnostik, Therapie und Rehabilitation
	• **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	**Neurologische Standard-Abteilung** • 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).
	Neurologische Spezialzentren (im Rahmen von Abteilungen für NEU) • **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	**Neurologische Standard-Abteilung** • 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
	Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik • Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie; Kenntnisse in der Therapie von Bewegungsstörungen, mind. 1 Fachärztin/-arzt mit Schwerpunktausbildung in klinischer Neurophysiologie • Fachärztinnen/-ärzte für Neurochirurgie (zumind. fixe Kooperation); Expertise in funktioneller Stereotaxie und Mikroelektrodenableitung • Fachärztinnen/-ärzte für Radiologie (zumind. fixe Kooperation) • Klinische Psychologen/-innen mit besonderen Kenntnissen in der Neuropsychologie **Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik** • Fachärztin/-arzt für Neurologie
Infrastruktur – technisch-apparative Ausstattung	**Neurologische Standard-Abteilung** • Elektrophysiologie (EEG, EMG, NLG) • Evozierte Potenziale • Neurosonographie • Zugang zu Neuroimaging-Verfahren (CT, MR u. Ä.)
	Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik • Intraoperatives Mikroelektrodenrecording • 1,5 TESLA-MR • Intraoperatives CT • Apparative Bewegungsanalyse **Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik** • Videometrie (im Zentrum verfügbar) • 1,5 TESLA MRT • Angiographie (DSA) • ECT (Zugang ist sicherzustellen); • PET (Zugang ist sicherzustellen)
Sonstiges	**Spezialzentren für prächirurgische EPMS-Diagnostik bzw. für prächirurgische Epilepsiediagnostik** Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern

2.4.7.1 Stroke-Unit (SU)

Definitionen, Zielgruppen	Patientinnen/Patienten mit Schlaganfall bzw. TIA* oder Verdacht auf Schlaganfall bzw. TIA ** TIA: Transitorische ischämische Attacke*
Versorgungs-strukturen	Mindestgröße: 4 SU-Betten
Planung	Abschätzung des Bedarfs laut beobachteter Inzidenz an akuten Schlaganfällen (Datenbasis: Diagnosen- und Leistungsdokumentation 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.
Personalausstattung und -qualifikation	• Ärztliches Personal – 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 Facharztausbildung 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	• Kontinuierliches Basismonitoring pro Bett: – EKG-Monitoring – Langzeit-Blutdruckmessgerät – Pulsoximetrie – Atmungsmonitoring • Infrastruktur in der Abteilung rund um die Uhr verfügbar: – spezielles Monitoring – EEG-Monitoring – CW-Doppler – Farbduplexsonographie • Infrastruktur in der Krankenanstalt rund um die Uhr verfügbar: – 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: – Magnetresonanztomographie – Magnetresonanzangiographie – arterielle zerebrale Angiographie • Infrastruktur täglich im Tagdienst in 30 Minuten Straßenindividualverkehr erreichbar: – transthorakale und transösophageale Echokardiographie • Infrastruktur rund um die Uhr in 60 Minuten im Straßenindividualverkehr erreichbar: – Neurochirurgie
Sonstige	• Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Register (bis spätestens 2012) • Medizinische Dokumentation: – Zum Aufnahmezeitpunkt 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: 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	• Neurologische Akut-Nachbehandlung und Frührehabilitation • Zielgruppen: Patientinnen/Patienten der NEU-ANB der Behandlungsphasen bzw. Stufen B und C im Sinne des LKF-Modells *Zielgruppen der Stufe B:* • 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. *Zielgruppen der Stufe C*: • 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.
Versorgungs-strukturen	• Einheiten für NEU-ANB (im Rahmen von Abteilungen für NEU, evtl. auch disloziert): *Stufe B:* 3–5 Betten (Richtintervall bezogen auf eine neurologische Standardabteilung) *Stufe C*: 8–12 Betten (Richtintervall bezogen auf eine neurologische Standardabteilung) Sicherstellung des nahtlosen Übergangs zwischen akutstationärem Bereich und NEU-ANB
Personalausstattung und -qualifikation	*Berufsgruppe* • 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	*Technisch-apparative Ausstattung* • 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
Leistungs-angebote	*Zusätzlich zum neurologischen Therapiebedarf* • 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	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 Anforderungen: • Bedürfnis- und Bedarfsgerechtheit • Gemeindenähe und -integration • „Ambulant vor stationär“ • Integration in die Grundversorgung • Regionalisierung, Vollversorgung und Vernetzung • Partizipation *Stationärer Bereich* • Vollabteilung: Mindestgröße 30 Betten • Tagesklinik • Konsiliar-/Liaison-Dienst • Ambulanz *Ambulante und komplementäre Einrichtungen und Dienste* • Psychosoziale Dienste • Wohnen • Arbeit • Tagesstruktur • Ambulant versorgungswirksame Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie Ausreichende Anzahl ambulanter und komplementärer Einrichtungen und Dienste in jeder Versorgungsregion Koordination mit der stationären Referenzeinrichtung (Vollabteilung)	
Planung	Dezentralisierung der allgemeinpsychiatrischen sowie der geronto-psychiatrischen Versorgung (Einrichtung von Abteilungen für Psychiatrie an ausgewählten Standorten von allgemeinen Akutkrankenanstalten) Planungsrichtwert gemäß Tabelle in Kap. 2.2.2, Bettenmessziffer inklusive • allgemeine akutpsychiatrische Versorgung von Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (inkl. Tagesklinik-Plätze) • akute gerontopsychiatrische Versorgung • akute Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (akuter Entzug) und • exklusive Versorgung von chronisch psychisch Kranken, langfristige gerontopsychiatrische Versorgung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, forensische Psychiatrie sowie Abhängigkeitserkrankungen Laufende Evaluierung des Auf- und Ausbaus der ambulanten und komplementären Versorgung	
Personalausstattung und -qualifikation	*Interdisziplinär arbeitendes multiprofessionelles Team der Berufsgruppen:* – Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie – Dipl. psychiatrisches Gesundheits- u. Krankenpflegepersonal Personal für: – Klinische Psychologie – Psychotherapie – Ergotherapie – Musiktherapie/Kunsttherapie – Physiotherapie / Sport- und Bewegungstherapie – Sozialarbeit	*Zeitliche Verfügbarkeit:* rund um die Uhr verfügbar rund um die Uhr verfügbar Angebot pro Patient und Werktag: mindestens drei unterschiedliche Therapieeinheiten (jedenfalls Psycho- und Ergotherapie); max. Gruppengröße 12 Patienten Ausreichende Personalkapazitäten für Klinische Psychologie und Sozialarbeit
Leistungsangebote	*Allgemeine Leistungsbereiche* • 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 *Spezifische Leistungen* Komplexe Pharmakotherapie und Monitoring, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie, Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Ergo- und Physiotherapie, Sozialarbeit, EKT in Schwerpunktkrankenhäusern, Konsiliar-/Liaisondienst für andere Fachabteilungen	

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	Abhängigkeitserkrankungen umfassen sowohl substanzabhängige Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente) als auch nicht substanzgebundene Suchterkrankungen (z. B. Spiel-, Internet-, Kaufsucht etc.). Zielgruppe: Patientinnen und Patienten, die nach ICD-10 die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllen (z. B. Nachweis einer Toleranzentwicklung, Suchtverlangen etc.).
Versorgungsstrukturen	Strukturen für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen: • **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:** – 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, gemeindenahe komplementäre Einrichtungen: bspw. Tagesstätten, betreutes Wohnen
Planungsgrundsätze und -richtwerte	• Stationäre Behandlung ist überregional zu planendes Leistungsangebot: jede abgestufte stationäre Versorgungsstruktur (s. o.) zumindest pro VZ; auf regionaler Ebene zusätzlich ambulante Versorgungsstrukturen erforderlich • Planungsrichtwert: 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	Folgende Berufsgruppen in **allen** spezialisierten stationären Behandlungseinrichtungen verfügbar: • 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

		EWS	*EZS*	*KTS*	*LTS*
Infrastruktur	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	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	*Technisch-apparative Ausstattung* • 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	Abteilung Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkte Kap. 2.3.2) Dislozierte Tagesklinik (vgl. allgemeine Qualitätskriterien für Tageskliniken Kap. 2.3.2) Tagesklinische Versorgung von Katarakten (ASA 1 und ASA 2 operationsfähig, ASA 3 nach Beurteilung der Anästhesistin/des Anästhesisten)
Infrastruktur	*Technisch-apparative Grundausstattung:* Phakoemulsifikationseinheit, OP-Mikroskop, C-Perimetrie *Technisch-apparative Ausstattung pro MEL* • Vitrektomie: BZ010, BG040, BG050, BG060, BH020, BG080 • Argonlaser: BG040, BG050, BG060, BH020 • Excimerlaser: BD010 Refraktive Hornhautchirurgie, weiters phototherapeutische Keratektomie (PTK) MEL BG020 Photodynamische Lasertherapie mit Verteporfin bei Makuladegeneration (LE = je Sitzung) Für die Leistungserbringung ist die Erfüllung folgender Qualitätskriterien sicherzustellen: • 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)

Versorgungs-strukturen	Abteilung Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkte Kap. 2.3.2) Dislozierte Tagesklinik (vgl. allgemeine Qualitätskriterien für Tageskliniken Kap. 2.3.2)
Leistungs-angebote	• 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)

Versorgungs-strukturen	Abteilung Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkte Kap. 2.3.2) Dislozierte Tagesklinik (vgl. allgemeine Qualitätskriterien für Tageskliniken Kap. 2.3.2)
Infra-struktur	• Histopathologische Befundung: Sicherstellung der Möglichkeit zur intraoperativen Untersuchung mittels Gefrierschnitt; Untersuchung durch Konsiliar-Pathologen (auch durch qualitätsgesicherte Telepathologie) ausreichend
Leistungs-angebote	Besondere Regelungen zu • MEL HP190 und LM080: eingeschränkt auf Hydrozelenoperation beim Kind • MEL LM100 und LM110: eingeschränkt auf Operationen bei Narbenhernie

2.4.13 Plastische Chirurgie (PCH)

Versorgungs-strukturen	Abteilung Fachschwerpunkt* (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkt in Kap. 2.3.2)
Personal	• Ärztliches Personal im Normalpflegebereich: Fachärztinnen/-ärzte für PCH • Pflegepersonal: Je nach Schwerpunktsetzung entsprechende Zusatzqualifikation (z. B. Wundmanagement)
Infrastruktur	*Technisch-apparative Ausstattung* • 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	**Pulmologische Abteilung** (Diagnostik, Therapie, akuter/chronischer Lungenerkrankungen) inkl. erforderliche **Spezialeinrichtungen:** – Labor für atemphysiologische und allergologische Diagnostik – Bronchologische Einheit – Pulmologisch-onkologische Einheit (vgl. Kap. 2.5.7) **Weitere mögliche Spezialeinrichtungen**: – Schlafmedizin – Respiratory Care Unit (Versorgung bei Monoorganversagen der Atmungsorgane; Behandlung akuter und chronischer Ateminsuffizienz; „weaning“ beatmeter Patientinnen/Patienten) – *siehe dazu Kapitel 2.4.1* – Spezialeinrichtungen der Infektiologie, Tuberkuloseeinheiten, Zentren für Zystische Fibrose (CF-Zentren)
Personalausstattung und -qualifikation	**Pulmologische Abteilung** • Fachärztinnen/-ärzte für Lungenkrankheiten • Zusätzliches ärztliches Personal • Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal • Physiotherapeut/-in mit besonderer Qualifikation in Atemphysiotherapie bzw. kardiorespiratorischer Physiotherapie Weiters: Personal für Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und Sozialarbeit in KA verfügbar *Weitere personelle Anforderungen für Spezialeinrichtungen ergänzend zu Vorhaltungen für pulmologische Abteilung:* **Labor für atemphysiologische und allergologische Diagnostik-** • BMA Personal • weitere Besetzung in Abhängigkeit der Anzahl diagnostischer Leistungen **Bronchologische Einheit** • Fachärztin/-arzt für Anästhesie bei Bronchoskopie in Narkose **Respiratory Care Unit (RCU)** – *siehe dazu Kapitel 2.4.1* * bei RCU im Rahmen einer interdisziplinären Intensiveinheit bzw. einer Intensiveinheit für IM: Beiziehung einer/eines Fachärztin/-arzt für PUL mit Additivfach Intensivmedizin **Spezialeinrichtungen der Infektiologie, Tuberkuloseeinheiten, Zentren für Zystische Fibrose (CF-Zentren)** • Leitung: Fachärztin/-arzt für Pulmologie

Infrastruktur	**Pulmologische Abteilung** • Bronchoprovokationseinrichtung • Pulmonaliskatheter-Platz (auch RN möglich) • Echokardiographiegerät • Beatmungsgeräte für nicht-invasive Beatmung • Thorakoskop (in Zusammenhang mit Vorhaltung einer Thoraxchirurgie; falls keine Thorxchirurgie in KA vorhanden: RN) *Weitere infrastrukturelle Anforderungen für Spezialeinrichtungen ergänzend zu Vorhaltungen für pulmologische Abteilung:* **Schlafmedizin** • Polysomnographiegerät lt. Standardisierung **Labor für atemphysiologische und allergologische Diagnostik-** • Pharmakodynamische Untersuchungseinheit • Gastransfermesseinheit • CO_2-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 **Bronchologische Einheit** • Videoeinheit • Röntgenanlage für Durchleuchtungen • Ausstattung für Fiberbronchoskopie • Narkose- und Beatmungsgerät • Starre und flexible Bronchoskopie mit Narkoseeinrichtung **Spezialeinrichtungen der Infektiologie, Tuberkuloseeinheiten, Zentren für Zystische Fibrose (CF-Zentren)** • Molekularbiologie/Polymerase Chain Reaction (PCR, innerhalb von 72 Std., auch RN möglich) • Hochrisikozimmer • Standardisolierzimmer

2.4.15 Orthopädische und unfallchirurgische Versorgung

2.4.15.1 Orthopädie und orthopädische Chirurgie (OR)

Versorgungs-strukturen	Abteilung Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkt Kap. 2.3.2)
Leistungs-angebote	• 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	Künftig gemeinsame Analyse/Planung OR/UC anzustreben Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B. Endoprothesenregister)

2.4.15.2 Unfallchirurgie (UC)

Versorgungs-strukturen	• 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 Satellitendepartment (idealerweise bis zum Jahr 2015)

Personalausstattung und -qualifikation	**„Schockraummannschaft“ im Rahmen einer unfallchirurgischen Abteilung** • 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 **Satellitendepartment für Unfallchirurgie** • 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“
Infra-struktur	• Apparative Ausstattung einer **„Schockraummannschaft**“ im Rahmen einer unfallchirurgischen Abteilung entspricht der anästhesiologischen Überwachungseinheit (vgl. Kap. 2.4.1)
Leistungs-angebote	• 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	**Zeitliche Verfügbarkeit der „Schockraummannschaft“ im Rahmen einer UC-Abteilung** 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. <u>Transformationsregel für PKA:</u> 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. **Betriebszeiten des Satellitendepartments** Tagsüber (während genau festzulegender Betriebszeiten) • Bis zur Einführung von „Satellitendepartments“ für Unfallchirurgie sind die im Kapitel 2.3.2 festgelegten Qualitätskriterien für Departments zu erfüllen **Planung** Künftig gemeinsame Analyse/Planung OR/UC anzustreben **Register** Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B. Endoprothesenregister bzw. Traumaregister)

2.4.15.3 Interdisziplinäre orthopädisch/unfallchirurgische Versorgung

Definition	• 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 Besiedelungsdichte
Personalausstattung und -qualifikation	*Personalausstattung* • 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 Sekundarärzte (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 *Leitung der Organisation* • Regelung der Leitungsfunktion und Stellvertretung in der Krankenanstaltenordnung

Leistungsangebot	*Nicht zulässige fachspezifische Leistungsbereiche*: • Orthopädie: Wirbelsäulenoperationen, Kinderorthopädie, Mehrfachrevisionen (bspw. von Endoprothesen), Tumororthopädie (exklusive Metastasen), spezielle Rheuma-Orthopädie • Unfallchirurgie: Schädelhirntrauma, Polytraumen, schwere Wirbelsäulen- und Beckenverletzungen, Replantationen, komplexe Extremitätenverletzungen
Infrastruktur	*Bettenzahl* • 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	• 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)

Versorgungs-strukturen	• 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	*Technisch-apparative Ausstattung* • 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. fotographischer 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	• 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 Dosiseskalationen 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, inzipiente Querschnittssyndrome, obere und untere Einflussstauung), ebenso bei allfällig schweren allgemeinen Komplikationen sowie bei Behandlung interkurrenter Erkrankungen

Versorgungs-strukturen	• 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	• 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	*Berufsgruppe* • Ärztliches Personal (zusätzlich 1 Stationsärztin/-arzt) • DGKP • Medizinphysiker/-in gemäß MedStrSchV • Physiotherapeut/-in • Personal für Psychoonkologie • Diätologe/-in verfügbar • Sozialarbeiter/-in verfügbar *Qualifikation* • 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	*Technisch-apparative Ausstattung* • 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	• Spezialgebiet der Chirurgie zur Durchführung operativer Eingriffe am Herzen und an herznahen Gefäßen
Planung	• Anhaltszahl zum Bedarf: 1.000 herzchirurgische Eingriffe pro 1 Million EW • Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch RFZ für HCH
Personalausstattung und -qualifikation	*Ärztliches Personal* • 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 *Qualifikation des ärztlichen Personals* • 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	*OP-Einheit* • Bei herzchirurgischen Operationen unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine: eine HLM in Reserve *Intensivbehandlungseinheit* Für 800 herzchirurgische Operationen pro Jahr mindestens 8 Intensiv- und 4 Intermediate-Care-Betten in KA verfügbar *Apparative Ausstattung in der Krankenanstalt, täglich rund um die Uhr verfügbar* • Blutdepot oder transfusionsmedizinische Einrichtung • Transthorakale und transösophageale Echokardiographie • Koronarangiographie • Notfalllabor (Bestimmung der Blutgerinnung, Elektrolytbestimmung, Leberfermente)
Infrastruktur	*Apparative Ausstattung in der Krankenanstalt verfügbar* • Stressechokardiographie • Einschwemmkatheter • Elektrophysiologische Untersuchungen • PM- und AICD-spezifische Vermessungs- und Programmierungsmöglichkeiten *Apparative Ausstattung nur in Herztransplantationszentren verfügbar* • Intravaskuläre Sonographie
Sons-tiges	*Register* • 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	*Referenzzentren für TCH* Mindesterreichbarkeit: 90 Minuten Mindesteinzugsbereich: 300.000 Einwohner
Personal	• Mindestens zwei vollzeitbeschäftigte (Additiv-)/Fachärztinnen/-ärzte für TCH • Mindestens ein Ausbildungsplatz für (Additiv-)/Fachärztinnen/-ärzte für TCH
Infrastruktur	• 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	Versorgungsgrundsätze • Alle Patientinnen/Patienten mit Erkrankungen an Arterien und großen Venen sind vom erstbegutachtenden Fach einem interdisziplinären Gefäßboard vorzustellen; • Interdisziplinäres Gefäßboard 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; - 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 Abgestufte Versorgungsstruktur • *Gefäßchirurgisches Referenzzentrum (GCHZ)* Vorhaltung des gesamten Spektrums gefäßchirurgischer und radiologisch-interventioneller Maßnahmen • *Gefäßchirurgischer Schwerpunkt (GCHS)* 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	*GCHZ:* • Mindesterreichbarkeit: 60 Minuten • Mindesteinzugsbereich: 250.000 Einwohner Festlegung der Standorte für GCHZ und GCHS durch regionale Detailplanung im RSG		
Personalausstattung und -qualifikation	*Versorgungsstufen*	*GCHZ*	*GCHS*
	Gefäßchirurgie		
	* Fachärztinnen/-ärzte für CH mit Additivfach GCH (mind.)	2	2
	* Ausbildungsplatz für Additiv-FÄ vorzusehen	1	-
	Interventionelle Radiologie (gefäßbezogen)		
	* Fachärztin/-arzt für Radiologie mit besonderen Kenntnissen und Fertigkeiten in interventioneller Radiologie (mind.)	2	1
	* RT in interventioneller Radiologie geschult	verfügbar	verfügbar
Infrastruktur	• Digitale Subtraktions-Angiographie • Überwachungseinheit Für GCHZ zusätzlich • MR-Angiographie • Intensivbehandlungseinheit		

2.5.4 Transplantationschirurgie (TXC)

Herztransplantation (HTX)

Definitionen, Zielgruppen	*Definition* • HTX als Therapieform bei terminaler Herzinsuffizienz im fortgeschrittenen, irreversiblen Krankheitsstadium zur Ermöglichung des langfristigen Überlebens der Patientinnen und Patienten *Primäre Indikationen* • Kardiomyopathie • Idiopathische, ischämische Kardiomyopathie unbekannter Genese • Terminale Herzklappenfehler *Weiters* • Junge Erwachsene mit im Kindesalter im Zusammenhang mit angeborenen Herzfehlern durchgeführten Palliativoperationen und nunmehriger terminaler Herzmuskelschwäche	
Planung	• 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	*Ärztliches Personal*	*Anzahl*
	• 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
	• 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
	• 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
	• Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1
	• 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
	Weiteres Personal	
	• Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro Transplantationszentrum f. Dokumentation
	• Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit)	≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.
Infrastruktur	*OP-Bereich* • 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	• Durchführung von HTX nur an TX-Zentren mit weiteren TX-Leistungsbereichen, daher keine separaten Vorgaben für FÄ zur Durchführung der Hirntoddiagnostik Evaluierung der Versorgungsleistung eines RFZ für HTX nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ, u. a. durch folgende Parameter: • Art und Schwere der Erkrankung jener Patientinnen und Patienten auf der Warteliste • Überleben der Patientinnen und Patienten nach Herztransplantation • Wartezeit auf eine Transplantation *Versorgung von Kindern* • Einrichtung eines externen Monitorings für die Qualitätskontrolle

Lebertransplantation (LTX)

Definitionen, Zielgruppen	*Definition* • LTX als Therapieform bei verschiedenen Lebererkrankungen im Endstadium zur Ermöglichung des Überlebens der Patientinnen und Patienten *Selektive Indikationen* • Leberzirrhose unterschiedlicher Genese (z. B. posthepatische Zirrhose) • Primäre und sekundäre Malignome der Leber • Angeborene extrahepatische Gallengangsatresie • Akute Indikationsstellung: fulminantes Leberversagen	
Planung	• Durch restriktiv gehandhabte Wartelistenführung 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	*Ärztliches Personal*	*Anzahl*
	• 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
	• 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
	• 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
	• Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1
	• Fachärztinnen/-ärzte für IM mit Additivfach Gastroenterologie/Hepatologie, 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
	• 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
	Weiteres Personal	
	• Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation
	• Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit)	≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.
Infrastruktur	*OP-Bereich* • 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	Evaluierung der Versorgungsleistung eines RFZ für LTX nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ, u. a. durch folgende Parameter: • Art und Schwere der Erkrankung jener Patientinnen und Patienten auf der Warteliste • Überleben der Patientinnen und Patienten nach Lebertransplantation • Wartezeit auf eine Transplantation *Versorgung von Kindern* • 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 Hepatologie • Einrichtung eines externen Monitorings für die Qualitätskontrolle	

Lungentransplantation (LuTX)

Definitionen, Zielgruppen	*Definition* • LuTX als Therapieform bei Lungenerkrankungen im Endstadium zur Ermöglichung des Überlebens der Patientinnen und Patienten *Primäre Indikationen* • 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	• 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	*Ärztliches Personal*	*Anzahl*
	• Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich Lungentransplantationen (Implantation und Explantation) durchführen können:	
	- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX	2
	- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX	4
	• Fachärztinnen/-ärzte für AN	jederzeitige Verfügbarkeit
	• Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen.	jederzeitige Verfügbarkeit
	• Fachärztinnen/-ärzte für Pulmologie:	
	- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX	1
	- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX	2
	Weiteres Personal	
	• Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des Transplantationsprozesses ≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation
	• Personal für Physiotherapie:	
	- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX 1	1
	- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX 2	2
	• Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/ Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit)	≥ 1 pro 100 Transplantationen p.a.
Infrastruktur	*OP-Bereich* • 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 (extracorporal membrane oxygenation) *Intensivbereich* • Jederzeitige prä- und postoperative Verfügbarkeit von zumindest einem Intensivbett *Weitere räumliche Vorhaltungen* • Vorhaltung einer sogenannten „Step-down-Unit“ mit Ausrichtung auf Mobilisation, Physio- und Atemtherapie *Blutbank* • Gewährleistung des intraoperativen Bedarfs an Blutkonserven durch hauseigene Blutbank rund um die Uhr *Labordiagnostik* • Gewährleistung der bakteriologischen und virologischen Infektionsdiagnostik sowie des therapeutischen Drug-Monitorings rund um die Uhr (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)	
Sonstiges	• Durchführung von LuTX nur an TX-Zentren mit weiteren TX-Leistungsbereichen; daher keine separaten Vorgaben für Fachärztinnen/-ärzte zur Durchführung der Hirntoddiagnostik Evaluierung der Versorgungsleistung eines RFZ für LuTX nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ, u. a. durch folgende Parameter: • Art und Schwere der Erkrankung jener Patientinnen und Patienten auf der Warteliste • Überleben der Patientinnen und Patienten nach Herztransplantation • Wartezeit auf eine Transplantation *Versorgung von Kindern* • Einrichtung eines externen Monitorings für die Qualitätskontrolle	

Nierentransplantation (NTX)

Definitionen, Zielgruppen	*Definition* • 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 *Indikationen und Voraussetzungen* • Terminales Nierenversagen • Patientenbezogene, persönliche und medizinische Kriterien	
Planung	• 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	*Ärztliches Personal*	*Anzahl*
	• Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich mindestens 40 NTX durchgeführt haben	≥ 3
	• Fachärztinnen/-ärzte für CH, die eigenverantwortlich mindestens 20 Nierenentnahmen durchgeführt haben (inklusive jener FÄ für CH, die eigenverantwortlich eine Nierentransplantation bzw. Nierenentnahme durchführen können)	≥ 3
	• 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)	≥ 5
	• 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)	≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1
	• Fachärztinnen/-ärzte für Labormedizin für HLA-Befundung und Kreuzprobenauswertung, die bereits jeweils mindestens100 Befundungen durchgeführt haben (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)	≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1
	• Fachärztinnen/-ärzte für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen	≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1
	• Fachärztinnen/-ärzte für IM mit Additivfach Nephrologie	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1
	• 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
	Weiteres Personal	
	• Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation
	• Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/Psychologie/Psychiatrie/ Sozialarbeit)	≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a
Infrastruktur	*OP-Bereich* • Jederzeitige – binnen drei bis fünf Stunden – Verfügbarkeit von zumindest einem operationsbereiten Tisch mit dem erforderlichen OP-Personal *Intensivbehandlungseinheit* • Jederzeitige postoperative Verfügbarkeit von zumindest einem Intensivbett und einer Akutdialyse (zumindest ein Behandlungsplatz / ein Dialysegerät) *Labordiagnostik* • 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	• Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B. im Rahmen des ÖDTR der ÖGN in Zusammenarbeit mit AUSTROTRANSPLANT) Evaluierung der Versorgungsleistung eines RFZ für NTX nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ, u. a. durch folgende Parameter: • Art und Schwere der Erkrankung jener Patientinnen und Patienten auf der Warteliste • Überleben der Patientinnen und Patienten nach Nierentransplantation • Wartezeit auf eine Transplantation Durchführung von Pankreastransplantationen (großteils in Kombination mit Nierentransplantationen) an RFZ für TXC (NTX) *Versorgung von Kindern* • Einrichtung eines externen Monitorings für die Qualitätskontrolle

2.5.5 Interventionelle Kardiologie (KAR)

Definitionen, Zielgruppen	*Beispielhafte Indikationen für interventionelle kardiologische Maßnahmen* • Koronare Herzkrankheit bei symptomatischen und asymptomatischen Patienten • Atypischer Thoraxschmerz unklarer Genese • Akuter Myokardinfarkt und Zustand nach Myokardinfarkt • Herzklappenerkrankungen • Angeborene Herzerkrankungen *Weitere Indikationen* • Interventionsbedürftige Herzrhythmusstörungen, Erkrankung der Aorta, Erkrankungen des linken Ventrikels inklusive hypertropher bzw. dilatativer Kardiomyopathie, nach Thoraxtrauma, vor nichtkardialer Chirurgie		
Versorgungsstrukturen	*Versorgungsstufe 1:* 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 *Versorgungsstufe 2:* 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		
Planung	• Mindesterreichbarkeit: 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	*Versorgungsstufen*	*V 1*	*V 2*
	Anzahl		
	• Fachärztinnen/ -ärzte	2	2
	• DGKP	2	2
	• MTD	2	2
	• Intensivärztinnen/-ärzte	verfügbar	verfügbar*
	Ärztliches Personal		
	Fachärztinnen/Fachärzte	Fachärztin/Facharzt für IM mit Additivfach Kardiologie In RFZ zusätzlich mindestens ein Ausbildungsplatz für Additiv-FÄ für Kardiologie	
	Intensivärztinnen/-ärzte	Fachärztin/ -arzt für IM mit Additivfach Intensivmedizin*	
Infrastruktur	*Technische Ausstattung*		
	Auf der Station:		
	• Anzahl COR	2***	1
	In der Krankenanstalt:		
	• Intensivbereich	✓	*
	• Herzchirurgie	✓	**
	Anmerkungen * Herzüberwachungsbereich: FÄ für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie oder Intensivmedizin ** Kooperationsabkommen mit einer herzchirurgischen Abteilung („herzchirurgischer Backup“) *** Vorhaltung von nur 1 COR für V 1 nur für regional bedingte, begründete Ausnahmen zulässig		
Sonstiges	• 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
Versorgungs-strukturen	• 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	0,8 bis 1,0 Prozent aller Neugeborenen mit angeborenen Herzfehlern, davon bei 70 Prozent eine oder mehrere palliative und/oder korrigierende Herzoperationen erforderlich Verhältnis von Herzoperationen an Kindern zu kinderkardiologischen Herzkatheteruntersuchungen/-interventionen derzeit österreichweit durchschnittlich eins zu eins
Personalausstattung und -qualifikation	*Ärztliches Personal* • 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 Bei jeder Herzkatheteruntersuchung/-intervention aus dem Personalpool der Krankenanstalt verfügbares Personal mit ausreichender Erfahrung in Herzkatheteruntersuchungen bei Kindern: • Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesie • DGKP /-Kinder- und Jugendlichenpflege • DGKP/Anästhesiepflege • Radiologietechnologinnen bzw. -technologen
Infrastruktur	*Räumliche Situation* • Intensivbehandlungseinheit, an der kinderkardiologische Fälle betreut werden können, im selben Gebäude wie die Kinderkardiologie • Herzkatheterlabor in räumlicher Verbindung mit einer Intensivstation, an der kinderkardiologische Fälle betreut werden können • Verfügbarkeit des Herzkatheters samt erforderlichem Personal für Notfälle rund um die Uhr (Rufbereitschaft des Personals) *Apparative Ausstattung* • Täglich rund um die Uhr und in räumlicher Verbindung verfügbar: – Echokardiographie – Blutgasanalyse • Verfügbar: – Langzeit-EKG – Ergometrie – Schrittmacherkontrolle – Szintigraphie *Sonstige Infrastruktur* • Kinderkardiologische Ambulanz • Herzchirurgie: kinderherzchirurgische Eingriffe rund um die Uhr durchführbar (Rufbereitschaft des Personals)
Sonstiges	• Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (Kinderkardiologie-Register)

2.5.7 Onkologie (ONK)

Allgemeine Vorgaben (inkl. allfälliger Versorgungszentren)

Definitionen, Zielgruppe	*Definition* Onkologische Versorgung: alle Einrichtungen und personellen Ressourcen, die sich mit der Früherkennung, Diagnostik, Therapie und nachsorgenden Betreuung von bösartigen Neubildungen befassen *Ziele* 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 • 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	***Abgestufte Versorgungsstrukturen*** *Intramuraler Bereich* • Onkologisches Referenzzentrum (ONKZ) – 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) – 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. affiliierte Partner (AP; BRZ bzw. AP nicht als eigene strukturelle Einheit, sondern als Teil des interdisziplinären ONKS zu führen) • Assoziierte onkologische Versorgung (ONKA) – 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 affiliierte Partner (AP, in Kooperation mit BRZ) *Vor- und nachgelagerte Leistungserbringung (extramuraler Bereich; Rehabilitation)* Verpflichtende Kooperation inkl. wechselseitigem Informationsaustausch mit ONKZ bzw. ONKS für Leistungsabstimmung • Extramuraler Bereich – 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*)

Versorgungsgrundsätze

- 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
  - 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

Infrastrukturelle Anforderungen	ONKZ	ONKS	ONKA	Anmerkung
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 Intensiveinrichtung (Intensivwagen)	KA	KA	KA	
Blutdepot bzw. transfusionsmedizinische Einrichtung	KA	KA	KA	
Dialyse/Hämofiltration	KA	ZA	ZA	
Basislabor	KA	KA	KA	rund um die Uhr
Zytostatikaaufbereitung 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

Fachbereichsspezifische Qualitätskriterien

- siehe nachfolgende QK für onkologisch tätige konservative bzw. chirurgische Sonderfächer
- Kooperation mit ONKZ, ONKS und dem jeweils angesiedelten Tumorboard zu institutionalisieren

Allgemeine Vorgaben

- Kooperation mit einer radioonkologischen Einrichtung
- allfällige intraoperative Radiotherapie an ONKZ anzusiedeln
- 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

Brustkrebsversorgung

- 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
  - 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)	*Legende* 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 KA: in der Krankenanstalt verfügbar ZA: Zusammenarbeit mit intra- oder extramuralen Leistungserbringer zu institutionalisieren (bei In-vivo-Leistungserbringung: Verfügbarkeit in räumlicher Nähe sicherzustellen) * 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

*) 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

- Zentrum für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKZ)
  - 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)
  - 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)
  - 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)
- 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	• Organisationseinheit des konservativ tätigen Sonderfaches mit entsprechendem interdisziplinärem Netzwerk, spezifischen Kenntnissen und Behandlungsmöglichkeiten *Spezielle Vorgaben:* • Mindestfrequenzvorgaben* o NONK (Neuroonkologie): 100 Patientinnen/Patienten mit neoplastischen Erkrankungen des Nervensystems o PONK (Pneumologische Onkologie): 35 Patienten mit Bronchialkarzinom (Neuerkrankungen) * 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
Personal	• Fachärztinnen/-ärzte des jeweiligen Sonderfaches *Spezielle Vorgaben:* • PONK: Physiotherapeut/-in mit besonderer Qualifikation in Atemphysiotherapie bzw. kardiorespratorischer Physiotherapie
Infra-struktur	*Spezielle Vorgaben:* • NONK: Neuroradiologie, Elektrophysiologie (EEG, NLG, EMG), Liquoruntersuchung (ggf. FACS)
Sons_ tiges	• Teilnahme an klinischem Tumorregister sowie Ergebnisqualitätsmessungen

Onkologisch tätige chirurgische Sonderfächer

Versorgungs-struktur	• Organisationseinheit eines chirurgisch tätigen Sonderfaches mit entsprechendem interdisziplinärem Netzwerk, spezifischen Kenntnissen und Behandlungsmöglichkeiten • MVS lt. Leistungsmatrix in KA
Personal	• Fachärztinnen/-ärzte des jeweiligen Sonderfaches mit Erfahrung in multimodaler Tumortherapie *Spezielle Vorgaben:* • GYONK (Gynäkologische Onkologie): Fachärztin/-arzt für Urologie bei Bedarf intraoperativ anwesend • NONK, bei chirurgischer Versorgung von neoplastischen Erkrankungen des Nervensystems: Fachärztinnen/-ärzte für Neurochirurgie
Infra-struktur	• Intensivbehandlungseinheit in KA verfügbar • Blutkonserven intraoperativ verfügbar
Sonstiges	• Teilnahme an klinischem Tumorregister sowie Ergebnisqualitätsmessungen

2.5.8 Pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung (KIONK)

Definitionen, Zielgruppe	• 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	• 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 nach Vorstellung 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. *Mindestgröße* • 10 Betten plus Übernachtungsmöglichkeit für jeweilige Begleitperson (Rooming-in) *Mindestfrequenz* • Übernahme in Behandlung von 20 malignen Neubildungen des Kindes- und Jugendalters – darunter mindestens fünf Leukämien
Planung	• 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	Transplantation (TX) von blutbildenden Stammzellen (SZ): – 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 Autologe SZT: TX der patienteneigenen SZ Allogene SZT: TX von fremden SZ verwandter oder unverwandter Spenderinnen/Spender
Versorgungsstrukturen	Leistungserbringung in Bezug auf die in der LM entsprechend gekennzeichneten MEL nur in RFZ für aut (nur autologe) bzw. all (autologe und allogene) SZT *Jährliche Mindestfrequenzen* • 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 autologe und 10 allogene 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) SZT bei Kindern und Erwachsenen an einem Standort: Mindestfrequenzen durch Kombination der TX-Frequenzen beider Gruppen zu erfüllen
Planung	*Autologe SZT:* bis 2020 Steigerung der TX-Frequenz erwartbar (steigendes Durchschnittsalter der Klientel) *Allogene SZT:* Trend in Richtung dosisreduzierte SZT; bis 2020 Steigerung der TX-Frequenz erwartbar Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch bestehende RFZ für aut bzw. all SZT
Personalausstattung und -qualifikation	*Ärztliches Personal* • mindestens 3 Ärztinnen/Ärzte, darunter Abteilungsleitung und Stellvertretung; davon eine Person ausschließlich für die SZT-Einheit zuständig • Qualifikation von Abteilungsleitung und Stellvertretung: – 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 Kinder unter 12 Jahre: Transplantation durch Pädiaterin/Pädiater mit Transplantationserfahrung *Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP)*
Infrastruktur	*Räumliche Ausstattung* • 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: – 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	• 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	*Definition*: • Diagnostische und/oder therapeutische Verfahren durch Verabreichung eines offenen radioaktiven Stoffes in Form eines sogenannten „Radiopharmakons“ bei selektiver Konzentration im Zielgewebe
Planung	• 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	*Ärztliches Personal* • Fachärztinnen/-ärzte (inkl. Leitung und Stellvertretung): Fachärztin/-arzt für Nuklearmedizin *Weiteres Personal* • Radiologietechnologinnen/-en • Medizinphysikerin/Medizinphysiker verfügbar
Infrastruktur	*Apparative Ausstattung (in der KA)* • Aktivimeter • Dosisleistungsmessgerät • ECT (ECT-fähige Gammakamera) • PET: in vertretbarer Entfernung • Uptake-Messplatz mit Messsonde zur Feststellung der Entlassungsaktivität *Sonstiges (in der KA)* • Abklinganlage

2.5.11 Nephrologie (NEP)

Definitionen, Zielgruppen	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 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) Für Kinder unter 15 Jahren mit akuter und chronischer Niereninsuffizienz, unter Nierenersatztherapie und nach Nierentransplantation: Behandlung nach Möglichkeit in einer Einrichtung mit Erfahrung mit Kindernephrologie und Kinderdialyse (siehe nachfolgende Ausführungen zur Kinderdialyse; für Nierenersatztherapiepatienten ab 15 nach Wunsch)
Versorgungsstrukturen	*Abgestufte Versorgungsstrukturen* • Referenzzentrum für Nierenkrankheiten (NEPR) – 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)*

- Schwerpunkt für Nierenkrankheiten (NEPS)
  - 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)
  - Dialyseeinheit innerhalb einer nicht nephrologisch spezialisierten Abteilung eines Krankenhauses oder extramurale Dialyseeinheit
  - Außerhalb der Dialysezeiten: Einrichtung eines Telefonbereitschaftsdienstes

Versorgungsgrundsätze

- 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
- Visitierung 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

Mindestgröße (HD-Plätze)

- 5 Behandlungsplätze

Mindestfrequenz (HD)

- Unterschreitung der in der LM vorgegebenen Mindestfrequenz in Ausnahmefällen an bereits errichteten Dialysezentren zulässig (in Regionen, in denen Einhaltung des Erreichbarkeitsrichtwerts nicht möglich)

Planung

NEPR und NEPS

- Mindestvorhaltung: NEPR und NEPS pro 500.000–700.000 EW

Vorhaltung von NEPR bei Sicherstellung der Mindesterreichbarkeit auch durch bundesländerübergreifende Kooperation möglich

NEPS und NEPE:

- Mindesterreichbarkeit: 45 Minuten

Hämodialyseplätze-Richtwert für das Jahr 2020*

– 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		

* 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

- 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

Personalausstattung und -qualifikation	NEPR	NEPS	NEPE	Anmerkung
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

Berufsgruppen	*Personalschlüssel für chronische Dialyseversorgung*
Ärztliches Personal:	
• NEPS und NEPE:	1 VZÄ für 300 Hämodialysen pro Monat
DIA-Einheiten ≥ 12 HD-Plätze:	1 VZÄ für 350 Hämodialysen pro Monat
DIA-Einheiten ≥ 20 HD-Plätze:	1 VZÄ für 450 Hämodialysen pro Monat
• NEPR	1 VZÄ für 300 Hämodialysen pro Monat
• PDia:	1 VZÄ pro jährlich 40 kontinuierlich betreute PDia-Patienten
DGKP:	
• Extra- und intramural:	1 diplomierte Pflegekraft für 60 Hämodialysen pro Monat
Bei Leistungsstandorten > 40 HD-Plätze	1 diplomierte Pflegekraft für 80 Hämodialysen pro Monat
• PDia:	1 VZÄ pro jährlich 15 kontinuierlich betreute PDia-Patienten

Für Akut- und Risikodialysen: Vorhaltung von etwaig erforderlichem zusätzlichen Personal

Qualifikation

Ärztliches Personal:

- *Leitung:* Fachärztin/-arzt für IM mit Additivfach Nephrologie
- Ärztliches Personal: *siehe Versorgungsgrundsätze*

DGKP:

- Pro regulärer HD-Schicht bzw. pro PDia-Standort zumindest eine DGKP mit Berechtigung zur Pflege bei Nierenersatztherapie
  NEPR: nach Möglichkeit gesamtes befasstes DGKP mit Berechtigung zur Pflege bei Nierenersatztherapie

Infrastruktur	NEPR	NEPS	NEPE	Anmerkung
Nierenbiopsie	FA	FA	ZA	
Akutdialyse	FA	KA	ZA	
Blutdepot bzw. Transfusionsmedizinische Einrichtung	KA	KA	ZA	
Drug-Monitoring (Immunsupressiva)	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)*	*Weiters:* • PDia-Standorte: Kooperation mit einer Einrichtung für Mikrobiologie • Intermittierende PDia: Patientenversorgung analog zur Tagesklinik
	• 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	Behandlung von Kindern und Jugendlichen (0 – 18 Jahre) mit akuter und chronischer Niereninsuffizienz unter Nierenersatztherapie und nach Nierentransplantation Für Jugendliche (15 – 18 Jahre): auf Wunsch Behandlung an einem nephrologischen Leistungsstandort für Erwachsene Einstufen der Patientengruppe als Risikopatienten
Versorgungsstruktur	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) *Versorgungsgrundsätze* Vorstellung von Kindern und Jugendlichen an überregional versorgungswirksamen Standorten für Kinderdialyse vor Beginn einer chronischen Nierenersatztherapie; Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischem Nierenversagen außerhalb solcher Standorte für Kinderdialyse zulässig, wenn nach Vorstellung der Kinder an einer solchen Einheit eine Zusammenarbeit zur Qualitätssicherung bestehend. *Leistungsangebot von überregional versorgungswirksamen Standorten für Kinderdialyse:* • Dialysebehandlungen : Hämodialyse und Peritonealdialyse ab Neugeborenenalter • Vorbereitungen und Nachsorgen von NTX ~~TPL~~ • Versorgung bei akutem Nierenversagen • Vorstellung von Patientinnen und Patienten mit präterminaler Niereninsuffizienz
Infrastrukturelle Anforderungen	*Vorhaltung an überregional versorgungswirksamen Standorten für Kinderdialyse:* • 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 ** Infrastrukturelle Anforderungen gegebenenfalls im Rahmen von DIA-Vorhaltung für Erwachsene erfüllbar*

Kinderdialyse *(Fortsetzung)*

Personalausstattung und -qualifikation	*Berufsgruppen* an überregional versorgungswirksamen Standorten für Kinderdialyse Ärztliches Personal • 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 DGKP • Pädiatrisches DGKP mit Ausbildung in Pflege bei Nierenersatztherapie Sonstiges Personal • Psychosoziales Begleitteam (Personal für Psychologie, Diätologie, Sozialarbeit; Pädagoginnen/Pädagogen/ Lehrer/innen): Sicherstellung der Verfügbarkeit Ärztliche und pflegerische 24-h-Rufbereitschaft
Sonstiges	*An überregional versorgungswirksamen Standorten für Kinderdialyse*: Institutionalisierte Weiterbildung für nachweisbare Spezialisierung in pädiatrischer Nephrologie Definition eines abgestuften Leistungsangebots für Kindernephrologie mit Definition der kindernephrologischen Referenzzentren für die Weiterentwicklung des ÖSG vorzusehen

Legende:
APD: automatisierte Peritonealdialyse
CAPD: kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse
CVVHF: kontinuierlich veno-venöse Hämofiltration
HF: Hämofiltration
CAVHD: kontinuierliche arterio-venöse Hämodialyse
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	• 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	Abgestuftes Versorgungsangebot • **PSO-Konsiliar- und -Liaisondienste** • **Departments für PSO-E** inklusive **Tagesklinik** und **Ambulanz** 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) **Mindestgröße** Department für PSO-E: **12 Betten**
Planung	Einrichtung von Betten entsprechend Tabelle „Planungsrichtwerte“ in Kap. 2.2.2 ausschließlich durch spezielle Widmung bereits vorhandener Akutbetten Bis zum Jahr 2020 PSO-Departments für Erwachsene einzurichten. PSO-Konsiliar- und -Liaisondienste in jedem Krankenhaus. Bei regionalen Planungen extramurale Strukturen zu berücksichtigen.
Personalausstattung und -qualifikation	*Berufsgruppe* • 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 *Qualifikation* • 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	<u>Vor der Aufnahme in stationäre oder tagesklinische Behandlung</u> • Indikationsstellung für die Behandlung • Motivationsarbeit und psychosomatische Beratung • Orientierungsgespräche in Bezug auf die nachstationäre Behandlung und Betreuung <u>Von der Aufnahme bis zur Entlassung in die bzw. aus der stationären oder tagesklinischen Behandlung</u> • 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 <u>Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung</u> • Tagesklinische Behandlung bei entsprechender Indikation <u>Weitere Leistungen</u> • PSO-Ambulanz • PSO-Konsiliar- und -Liaisondienst

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

Definitionen, Zielgruppen	• 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.
Versorgungs-strukturen	Abgestuftes Versorgungsangebot für alle Altersstufen: • **Departments für PSO-KJ** inklusive **Tagesklinik und Ambulanz** • **PSO-KJ-Schwerpunkte** inklusive **Ambulanz** • **PSO-Konsiliar- und -Liaisondienste** 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**
Planung	Einrichtung von Betten entsprechend Tabelle „Planungsrichtwerte“ in Kap. 2.2.2 ausschließlich durch spezielle Widmung bereits vorhandener Akutbetten Bis zum Jahr 2020 Departments für PSO-KJ und/oder PSO-KJ-Schwerpunkte einzurichten. Erprobung und Evaluierung der PSO-Schwerpunkte im Rahmen von Pilotprojekten.
Personalausstattung und -qualifikation	*Berufsgruppe* • 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 Anm.: Personalkennzahlen pro Berufsgruppe aufgrund der Erfahrungen beim Aufbau der PSO-E noch festzulegen. *Qualifikation* • 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 Psychotherapie-ausbildung oder PSY-III-Diplom der ÖÄK • Stellvertretende Leitung (Department): Fachärztin/-arzt für KI in Abteilungen für KJ(N)P, Fachärztin/-arzt mit Additiv-fach 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 Psycho-therapieausbildung • Psychotherapeutinnen/-therapeuten und/oder klinische Psychologinnen/-logen: Erfahrung in der Kinder- und Jugend-lichentherapie • Diplomierte Pflegepersonen: im Department auch Kinder- und Jugendlichenpflege sowie psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, nach Möglichkeit PSO-Weiterbildung

Leistungsangebote	Indikationsstellung • Motivationsarbeit und Beratung • Orientierungsgespräche in Bezug auf die nachstationäre Behandlung und Betreuung • Assessment (im Schwerpunkt eingeschränkt auf PSO Untersuchung durch den Spezialisten unter Einbeziehung des Teams, Familiendiagnostik und Erhebungen zum sozialen Umfeld; im Department umfassendes Assessment durch alle Berufsgruppen des multidisziplinären Teams in interdisziplinärer Abstimmung) • Erstellung eines Behandlungs- und Betreuungsplanes und Evaluierung der Therapieerfolge (nur Department) • Multiprofessionelle Behandlung (im Schwerpunkt und im Department: fachärztliche Behandlung, Klinische Psychologie, Ergo- und Physiotherapie, Logopädie, Sozialarbeit, Krisenintervention, Zugang zu altersspezifischem Schulunterricht; Entlassungsvorbereitung. Psychotherapeutische Behandlung im Schwerpunkt eingeschränkt auf individuelle supportive und fokussierte Psychotherapie; im Department 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	*Definition* 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) *Ziele* 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 *Zielgruppen* Geriatrische Patientinnen und Patienten mit folgenden Kriterien: • 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	*Bettenführende Einheiten* 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 *Größe* 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)
Planung	**AG/R-Einheiten** *Methoden der Bettenbedarfsschätzung* 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 % *Bettenbedarf* 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 *Planungsziele bis 2020* 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

Personalausstattung und -qualifikation	*Personalausstattung* • Ärztinnen/Ärzte (Tagdienst) • Gesundheits- und Krankenpflegepersonen • Therapeutinnen/Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, weitere nach Bedarf) • Sozialarbeiter/-in • Klin. Psychologinnen/-logen, wenn möglich mit Psychotherapieausbildung Departments: Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die AG/R-Einheit zugeordnet ist *Qualifikation* Ärztliches Personal • Leitung vorrangig durch Fachärztinnen/Fachärzte-für Innere Medizin oder für Neurologie mit – Additivfach Geriatrie oder – vergleichbarem ausländischem Qualifikationsnachweis. • Bei Abteilung: Zumindest eine zweite Ärztin / ein zweiter Arzt muss über die Qualifikation der Leitung verfügen. Pflegepersonal • Leitendes Pflegepersonal: – 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. Übriges Pflegepersonal: – Zumindest eine einschlägige Weiterbildung (reaktivierende Pflege, Kinästhetik, Validation, basale Stimulation oder andere) ist erfüllt oder innerhalb von 3 Jahren zu erwerben.
Infrastruktur	*Technik* • 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 *Räume* • behindertenfreundliche Gestaltung • Ergotherapieraum und Physiotherapieraum, 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	• 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 • Entlassungsmanagement[1] (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) Für die Beschreibung der Leistungen vgl. GÖG/ÖBIG 2008: Akutgeriatrie/Remobilisation in österreichischen Krankenanstalten. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

Sonstiges	• Einrichtung einer eigenen Kostenstelle mit speziellem Funktionscode (Differenzierung zwischen AG/R und RNS)

[1] vgl. http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie_zum_Aufnahme_und_Entlassungsmanagement_BQLL_AUFEM

2.6.3 Remobilisation/Nachsorge (RNS)

Definitionen, Zielgruppen	*Definition* 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 *Ziele* 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 *Zielgruppen* 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. • 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	*Bettenführende Einheiten* 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 *Größe* 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)
Planung	*Bettenbedarf* 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
Personalausstattung und -qualifikation	*Personalausstattung* • Ärztinnen/Ärzte • Gesundheits- und Krankenpflegepersonen • Funktionelle Therapeutinnen/Therapeuten • Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, weitere nach Bedarf) *Qualifikation* • 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 1–2x pro Woche Konsiliarvisite durch zuweisende Abteilung bzw. durch zuweisenden Fachbereich
Infra-struktur	• Raumangebot für aktivierende Pflege und therapeutische Maßnahmen • Pflegerische Betreuung rund um die Uhr • Ärztlicher Nachtdienst gemäß KAKuG

Leistungsangebote	• (Geriatrisches) Assessment • Mobilisation der Patientinnen und Patienten • Entlassungsmanagement[1] • 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	• 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://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/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 Regelversorgung[3] 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

<table>
<tr><th></th><th colspan="4">Hospiz- und Palliativbetreuung</th></tr>
<tr><th></th><th>Grundversorgung</th><th colspan="3">Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung</th></tr>
<tr><th></th><th>Traditionelle Dienstleister</th><th colspan="2">Unterstützende Angebote</th><th>Betreuende Angebote</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Akutbereich</td><td rowspan="2">Krankenhäuser</td><td rowspan="3">Hospizteams</td><td>Palliativ-konsiliardienste</td><td>Palliativ-stationen</td></tr>
<tr><td rowspan="2">mobile Palliativteams</td><td>stationäre Hospize</td></tr>
<tr><td>Langzeitbereich</td><td>Alten- und Pflegeheime</td><td>Tageshospize</td></tr>
<tr><td>Familienbereich, Zuhause</td><td>Niedergelassene (Fach)-Ärzteschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

Palliativstation

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

Definitionen, Zielgruppen	Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Personen **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) **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 **Inhalte:** Symptomkontrolle (Linderung von Krankheitssymptomen, v. a. von Schmerzen) und psychosoziale Betreuung (sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für deren Angehörige)
Versorgungs-strukturen	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 Palliativstationen mit acht bis 14 Betten; darüber hinaus in Abhängigkeit von regionalen Bedingungen auch Palliativbereiche mit weniger als acht Betten möglich
Planung	Bedarfsschätzung nach internationalen Erfahrungswerten: 50 Betten in palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen je Million Einwohner (dementsprechend rund 400 Betten für Österreich) 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) Palliativmedizinische Strukturen nicht als Teil einer bestimmten medizinischen Disziplin definiert, sondern organisatorisch in eine Abteilung einzugliedern, in der palliativmedizinische Ansätze vertreten werden

Palliativstation *(Fortsetzung)*

Personalausstattung und -qualifikation	*Berufsgruppen* • 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 Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die PAL-Einheit zugeordnet ist. *Ärztliches Personal:* 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) *Pflegepersonal:* Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (anzustreben ist ein Interdisziplinärer Palliativ-Basislehrgang mit 160 h)
Infrastruktur	**Technische Ausstattung** • Schmerzpumpen • Perfusoren und Infusomaten **Räumliche Ausstattung** *Station*: • wohnliche Atmosphäre • 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle • Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige • Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar • Räumlichkeiten für soziale Aktivitäten, multifunktionell nutzbar *Im Haus verfügbar:* • Therapieraum
Leistungsangebote	• 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://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/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 Facharztärztin/-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 Aufenthalten 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 Gesundheitswesen 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

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 (in der Regel in Sonderkrankenanstalten im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG, im Bereich der Rehabilitation für PSY bzw. KJP/ESP auch in selbstständigen Ambulatorien mit angeschlossenem Beherbergungsbetrieb). Alle drei Versicherungszweige (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) sind für die Gewährung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zuständig (entsprechend dem ASVG bzw. der Richtlinien des HVSVT gem. § 31 Abs. 5 Z 19 u. 20 ASVG, vgl. RKK 2005).

Seit 1.1.2011 ist die ambulante medizinische Rehabilitation im Bereich der Pensionsversicherung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG, § 302 Abs. 1 Z 1a) erwähnt. Die Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation erfolgt derzeit in Krankenanstalten im Sinne des KAKuG (in der Regel in selbstständigen Ambulatorien im Sinne des § 2 Abs 1 Z 5 KAKuG). Die unten stehenden Ausführungen zur ambulanten Rehabilitation sind insofern zu relativieren, als 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 der Etablierung.

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 (inkl. der Dimensionen der Prozessqualität und der Ergebnisqualität) sowie Sicherstellung eines auf die Patientenbedürfnisse abgestimmten Versorgungsprozesses;
- Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation einschließlich deren Rechtsgrundlagen und innovativer Versorgungsmodelle auf Basis der vorliegenden Evidenz sowie von Evaluierungsergebnissen.

Die Planung im Bereich der Rehabilitation hat sich insbesondere an den Prinzipien der Bedarfsgerechtheit, 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 im Rahmen der Ist-Analyse auch die gegenwärtig von den SV-Trägern beschickten Einrichtungen 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 für Erwachsene werden Planungsrichtwerte in Differenzierung nach den folgenden Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) dargestellt:

- Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)
- Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)
- Onkologische Rehabilitation (ONK)
- Psychiatrische Rehabilitation (PSY)
- Atmungsorgane (PUL)
- Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)
- Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)
- Sonstige Krankheiten (SON, inkl. Spezialbereich Lymphologie)

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 für Erwachsene auf Ebene der vier Versorgungszonen erfolgt auf Basis der Einheit „ambulanter Therapieplatz“, die wie folgt definiert wird:

„Die Summe der ambulanten Therapieplätze einer Rehabilitationseinrichtung (einer Region) entspricht der Anzahl der maximal gleichzeitig durchführbaren Rehabilitationsverfahren bzw. der Anzahl der maximal abschließbaren Rehabilitationsverfahren während eines Zeitraumes, der der durchschnittlichen Behandlungsdauer des Rehabilitationsverfahrens entspricht; ein ambulanter Therapieplatz in der ambulanten medizinischen Rehabilitation ist damit die Summe der anteilig notwendigen Einrichtungen und Ressourcen, um das Rehabilitationsverfahren eines Patienten entsprechend den Qualitätskriterien in der durchschnittlichen Behandlungszeit durchführen zu können.“ (vgl. HVSVT - Rehabilitationsplan 2012).

Zur Umrechnung von ambulanten Therapieplätzen auf Patientenzahlen vgl. die ergänzenden Erläuterungen zu Tabelle R4 im Anhang „Rehabilitationsplanung“.

Die Ermittlung des Bedarfs an ambulanten Therapieplätzen erfolgt derzeit ausschließlich in Bezug auf die „stationär ersetzende ambulante Rehabilitation“ (Phase II im Sinne des Rehabilitationsplans 2012). Umgekehrt wird die bedarfsnotwendige Bettenvorhaltung in der stationären Rehabilitation abzüglich der durch Umlagerung des Versorgungsgeschehens in die ambulante Rehabilitation der Phase II verzichtbaren Bettenkapazitäten ermittelt. Über die ambulante Rehabilitation der Phase III, die zur Stabilisierung der in Phase II erreichten Effekte sowie zur langfristigen Verhinderung einer Progression der bestehenden Erkrankung bzw. zur Vermeidung neuer Erkrankungen dient, werden im ÖSG vorerst noch keine Aussagen getroffen.

Die nachfolgend dargestellten Planungsrichtwerte zur stationären und ambulanten Rehabilitation für Erwachsene basieren auf den Bedarfsschätzungen im Rahmen des Rehabilitationsplans 2012 (d. h. auf Datenbasis 2003–2010, vgl. dazu auch detaillierte Bedarfsschätzung zur stationären und ambulanten Rehabilitation für die Planungs-Horizonte 2015 und 2020 in Differenzierung nach RIG und Versorgungszonen im Anhang „Rehabilitationsplanung“). In der Planungsmatrix (vgl. Anhang) erfolgt die

Beschreibung der Versorgungssituation in der stationären Rehabilitation von Erwachsenen auf Ebene der vier Versorgungszonen und für Österreich insgesamt (Beobachtungsjahr 2011).

Die Bedarfsabschätzung an stationärer Rehabilitation für Kinder und Jugendliche erfolgt aufgrund der speziellen Versorgungsbedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe auf Basis einer etwas modifizierten RIG-Systematik, und zwar grundsätzlich in Differenzierung nach folgenden Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG):

- Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates sowie Rheumatologie (BSR)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)
- Kinderchirurgische Erkrankungen (KCH)
- Neurologische Erkrankungen (NEU)
- Neurochirurgie (NC)
- Pulmologische Erkrankungen (PUL)
- Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates (STV)
- Rehabilitation nach Krebserkrankungen (ONK)
- Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen (KJP)
- Entwicklungsstörungen und Erkrankungen im Bereich der sozialpädiatrischen Versorgung sowie pädiatrische psychosomatische Erkrankungen (ESP)

Spezielle Festlegungen zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche sind in den Kapiteln 3.2.1 und 3.2.2 jeweils in eigenen Abschnitten zum Bereich „Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation“ enthalten (vgl. außerdem auch Tabellen R1 und R2 im Anhang „Rehabilitationsplanung“).

3.2.1 Stationäre Rehabilitation

Erwachsenen-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 2003 bis 2010, der prognostizierten demografischen Entwicklung 2010 bis 2020 sowie einer morbiditätsbezogenen Bedarfsschätzung (nach Abzug der durch Verlagerung in die ambulante Rehabilitation verzichtbaren Betten).

Tab. 3.1: Bundesweite Planungsrichtwerte nach Rehabilitations-Indikationsgruppen* (stationärer Bereich, Erwachsene / Alter > 18 Jahre, Planungshorizonte 2015 und 2020)

Rehabilitations-Indikationsgruppe	BMZSoll 2015	BMZSoll 2020	BMZ2011
Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)	36,0	36,4	34,5
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)	17,5	17,8	17,3
Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)	17,5	18,3	16,6
Onkologische Rehabilitation (ONK)	8,2	8,7	2,8
Psychiatrische Rehabilitation (PSY)	11,0	12,0	9,7
Atmungsorgane (PUL)	5,5	5,7	4,6
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)	7,9	8,3	7,0
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)	14,8	14,7	14,4
Insgesamt	**120,7**	**124,3**	**109,1**

* abgeleitet aus der bundesweiten Bedarfsschätzung gemäß Rehabilitationsplan 2012, gleichermaßen für alle vier Versorgungszonen gültig; von zentraler Planungsrelevanz ist allerdings die auf die vier Versorgungszonen bezogene Umsetzung dieser Richtwerte (vgl. Tabelle R3 im Anhang „Rehabilitationsplanung“).

Legende:

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

BMZSoll 2015 = idealtypische Soll-Bettenmessziffer; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2015

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

BMZ2011 = Bettenmessziffer 2011 (Bettenäquivalente in RZ pro 100.000 Einwohner 2011)

Quelle: HVSVT – Rehabilitationsplan 2012; GÖG-eigene Darstellung

Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 18 Jahren werden Bedarfszahlen zur Bettenvorhaltung für den Planungshorizont 2020 auf Basis einer morbiditätsbezogenen Bedarfsschätzung festgelegt (vgl. Rehabilitationsplan 2012 auf der Website des Hauptverbands)sowie Tabellen R1 und R2 im Anhang „Rehabilitationsplanung“).

Im Zuge des Ausbaus der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation sind aufgrund des relativ geringen Bettenbedarfs RIG-übergreifende Einrichtungen unter Berücksichtigung der im Rehabilitationsplan 2012 definierten „RIG-Bündel“ bzw. „Cluster“ zu forcieren. Um Einrichtungen in einer wirtschaftlich und medizinisch sinnvollen Form zu gewährleisten, sollen Synergie-Effekte durch Anbindung dieser Einrichtungen an bereits bestehende Rehabilitationseinrichtungen bzw. Krankenanstalten genutzt werden, dies jedoch jedenfalls in Form eigener Bereiche mit spezieller kind-/jugendgerechter Struktur und Gestaltung (idealer Weise mit mindestens 50 Kinder-/Jugendlichen-Rehabilitationsbetten).

3.2.2 Ambulante Rehabilitation

Erwachsenen-Rehabilitation

Die Festlegung der nachfolgend dargestellten Richtwerte zur Vorhaltung von Therapieplätzen in der ambulanten Rehabilitation der Phase II erfolgte unter Berücksichtigung der tatsächlichen Inanspruchnahme von bettenführenden SKA für Rehabilitation 2003 bis 2010, der prognostizierten demografischen Entwicklung 2010 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: Bundesweite Planungsrichtwerte nach Rehabilitations-Indikationsgruppen* (ambulanter Bereich, Erwachsene / Alter > 18 Jahre, Planungshorizonte 2015 und 2020)**

Rehabilitations-Indikationsgruppe	TP/EWSoll 2015	TP/EWSoll 2020	TP/EW2011
Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)	3,9	6,8	1,3
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)	2,0	2,9	1,1
Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)	1,0	1,6	0,4
Onkologische Rehabilitation (ONK)	0,2	0,6	0,0
Psychiatrische Rehabilitation (PSY)	0,2	0,4	0,1
Atmungsorgane (PUL)	0,4	0,9	0,0
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)	0,5	1,2	0,0
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)	0,3	0,7	0,0
Insgesamt	**8,7**	**15,3**	**2,9**

* abgeleitet aus der bundesweiten Bedarfsschätzung gemäß Rehabilitationsplan 2012, gleichermaßen für alle vier Versorgungszonen gültig; von zentraler Planungsrelevanz ist allerdings die auf die vier Versorgungszonen bezogene Umsetzung dieser Richtwerte (vgl. Tabelle R4 im Anhang „Rehabilitationsplanung").

** stationär ersetzende ambulante Rehabilitation (Phase II)

Legende:

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

TP/EWSoll 2015 = idealtypisches Soll bezüglich TP/EW; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2015

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

TP/EW2011 = ambulante Therapieplätze pro 100.000 Einwohner 2011

Quelle: HVSVT – Rehabilitationsplan 2012; GÖG-eigene Darstellung

Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

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.

3.3 Qualitätskriterien

Die Qualitätskriterien zur stationären und ambulanten Rehabilitation von Erwachsenen sowie zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gemäß Rehabilitationsplan 2012 werden empfohlen (vgl. Rehabilitationsplan 2012 auf der Website des Hauptverbands).

3.4 Weiterentwicklung der Rehabilitationsplanung

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

- Betrachtung der gesamten rehabilitativen Versorgungskette im Sinne einer integrativen Gesamtkonzeption von Akut-Bereichen und Rehabilitations-Bereichen
- Weiterentwicklung in Richtung „innovativer Versorgungsformen" (v.a. an der Schnittstelle ambulante Rehabilitation der Phasen II und III) unter Berücksichtigung bereits bestehender Lösungen
- Integration von stationärer und ambulanter Rehabilitation in eine „vernetzte Versorgung"
- Indikationsübergreifende ambulante Rehabilitation
- Stärkung der ambulanten Rehabilitation gegenüber der stationären 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
Magnetresonanz-Tomographie (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 leistungsanbietenden 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	*Beispielhafte Akutindikationen* • 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) *Weitere Einsatzmöglichkeiten* • Funktionelle Untersuchungen wie z. B. Knochendichtemessung durch Bestimmung des Mineralsalzgehaltes, dynamische Studien zur Erfassung von vaskulären Strukturen (Angiographie) sowie Messung der Organdurchblutung nach Kontrastmittelinjektion
Versorgungs-strukturen	• 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	*Berufsgruppe* • Fachärztin/-arzt für Radiologie • Radiologietechnologen/-innen *ergänzend*: • MTF / Röntgenassistentinnen/-assistenten
Infra-struktur	• PACS(Picture Archiving and Communication System)-Kompatibilität

4.3.2 Magnetresonanztomographie (MR) *

Definitionen, Zielgruppen	*Beispielhafte Akutindikationen* • Akute Querschnittsymptomatik (frisches Trauma, Tumor, Kompression) • Trauma mit Querschnittsymptomatik • Unklarer und drohender Querschnitt • Lebensbedrohliche zerebrale Zustandsbilder ohne ausreichende Alternativdiagnostik • Vaskulärer Notfall • Akutpatienten mit Kontrastmittelunverträglichkeit oder Nierenfunktionseinschränkung • MR-Angiographie *Weiters* • 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)

Versorgungs-strukturen	• Kooperationen zwischen intra- und extramuralen Anbietern zur Vermeidung von Parallelstrukturen, Erzielung einer adäquaten Auslastung sowie zur Sicherung einer entsprechenden medizinischen Ergebnisqualität
Personal	*Berufsgruppe* • Fachärztin/-arzt für Radiologie • Radiologietechnologen/-innen *ergänzend*: • MTF / Röntgenassistentinnen/-assistenten
Infra-struktur	• 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	*Indikationen* • 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 *Nicht-onkologische Indikationen bzw. Maßnahmen* • Entzündungen, periartikuläre Verkalkungen Schmerzbestrahlungen, endovaskuläre Strahlentherapie etc.
Versorgungs-strukturen	• 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	Angaben zur Personalausstattung für STR bei einer Standardfrequenz von 800 Patientinnen/Patienten pro Jahr *Berufsgruppe* • Ärztliches Personal (inkl. Ä. in Ausbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für Radioonkologie) 6 • Diplomiertes Pflegepersonal 3,5 • MTF 2 • Radiologietechnologinnen bzw. -technologen 13 *Technisches Personal:* • Medizinphysiker/-in Anzahl gem. MedStrSchV • Techniker/-in, HTL-Ingenieur/-in Verfügbarkeit sicherzustellen ** Anmerkungen* • 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 *Qualifikation* • Ärztliches Personal: Fachärztin/-arzt für Radioonkologie

Infrastruktur	*In der Abteilung* • Anzahl Linearbeschleuniger: 2 • Anzahl Brachytherapiegeräte: 1 (fakultativ) • Anzahl Geräte mit Simulationsfunktion: 1 • Bestrahlungsplanungssystem mit zwei Arbeitsplätzen • Sonographie für Planung, Nachsorge und Brachytherapie *In der Krankenanstalt* • 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	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 *Funktionsprinzip* Aussendung eines einzelnen Photons der verwendeten Radionuklide bei ihrem Zerfall bei gleichzeitiger Detektierung mittels Gamma-Kamera; Unterscheidung zwischen planarer oder tomographischer Aufnahmetechnik
Versorgungs-strukturen	• 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	*Berufsgruppe* • Ärztliches Personal • Radiologietechnologinnen/-en • Medizinphysikerin/-physiker gemäß MedStrSchV *Qualifikation* • Fachärztin/-arzt für Nuklearmedizin
Leistungsangebote	*Beispielhafte ECT-Untersuchungen:* • Myokardszintigraphie • Radio-Immunszintigraphie/Rezeptorszintigraphie • Gehirnszintigraphie • Skelettuntersuchungen • Entzündungsszintigraphie • Tumorszintigraphie • Schilddrüsenszintigraphie • Knochenszintigraphie • Nierenfunktionsszintigraphie • Lungenszintigraphie • Blutungsquellensuche mit Radiotracern
Infra-struktur	• PACS(Picture Archiving and Communication System)-Kompatibilität
Sonstiges	• Bei Durchführung einer anästhesiepflichtigen Untersuchung: Sicherstellung einer entsprechenden Möglichkeit zur Anästhesie

4.3.6 Positronen-Emissions-Computertomographie (PET)

Definitionen, Zielgruppen	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 *Funktionsprinzip* Verwendung von mit Positronenstrahlen markierten Radiopharmazeutika, bei Zerfall der Nuklide Positronenbildung, bei Aufeinandertreffen von Positron und Elektron gegenseitige Vernichtung unter Freisetzung zweier um 180° entgegengesetzt gerichteter Gammaquanten, Lokalisation dieses Ereignisses durch Koinzidenzmessung unter Detektierung und Bildgebung mittels PET-Gerät
Versorgungs-strukturen	• Vorhaltung nuklearmedizinisch konventioneller Basisversorgung • Vorhaltung von PET-Geräten grundsätzlich nur für Krankenanstalten vorzusehen, die Schwerpunktfunktion 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	*Berufsgruppe* • Ärztliches Personal • Radiologietechnologinnen/-en • Medizinphysikerin/-physiker gemäß MedStrSchV *Qualifikation* • Fachärztin/-arzt für Nuklearmedizin
Leistungs-angebote	PET-Untersuchungen insbesondere für die Bereiche Onkologie, Kardiologie, Neurologie und Psychiatrie
Infra-struktur	• PACS (Picture Archiving and Communication System)-Kompatibilität
Sonstiges	• 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 leistungsanbietenden 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:
• 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 leistungsanbietenden Personen und Institutionen inkl. der Dienste und Einrichtungen im Langzeitbereich in der Versorgungsregion (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte …) • Standardisierte Informationsweitergabe zwischen den leistungsanbietenden Personen und Institutionen, insbesondere auch an der Nahtstelle niedergelassene Ärztin / niedergelassener Arzt – Pflegebereich/ Altenbetreuung, in der Versorgungsregion
Spezifische NSM-Kriterien:
• 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 Entlassungsmanagement[4] 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://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/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 Gesundheitswesen 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://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/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 Ergebnisqualitäts-Parametern 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-

rameter, 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

Rehabilitationsplanung

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

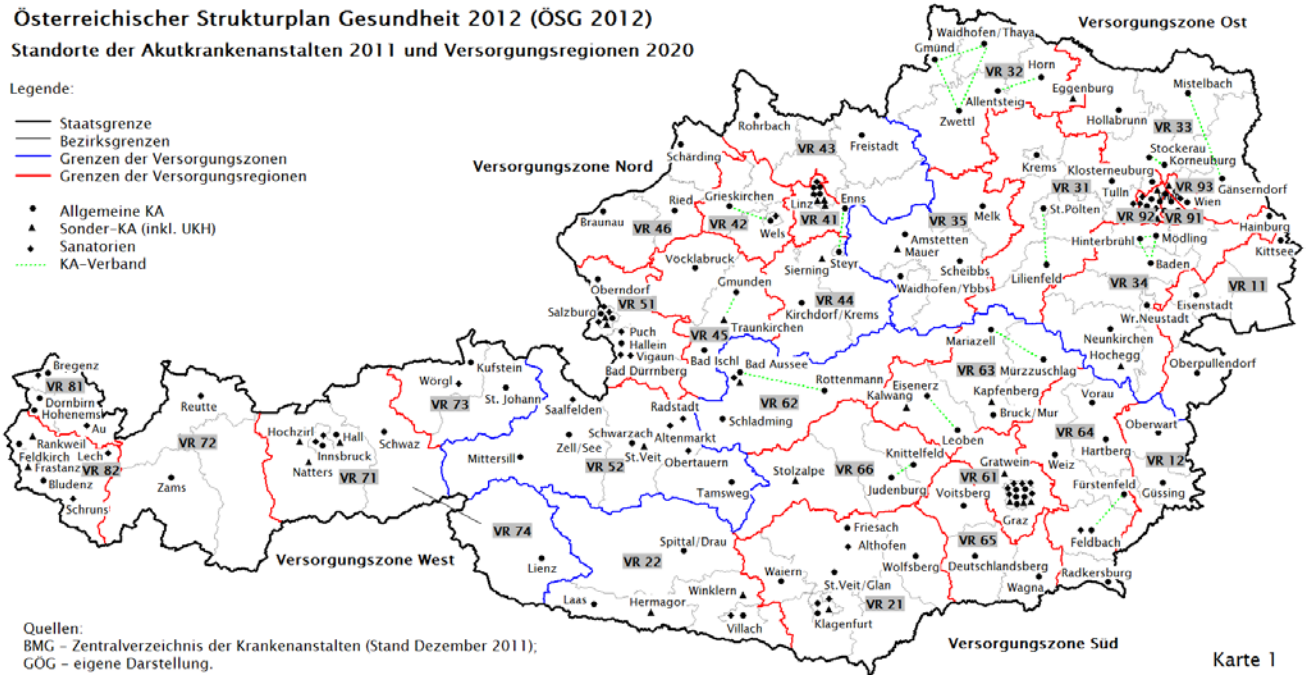
Karte 8: Versorgungsdichte Mobile Dienste 2011

Erläuterung der Karteninhalte

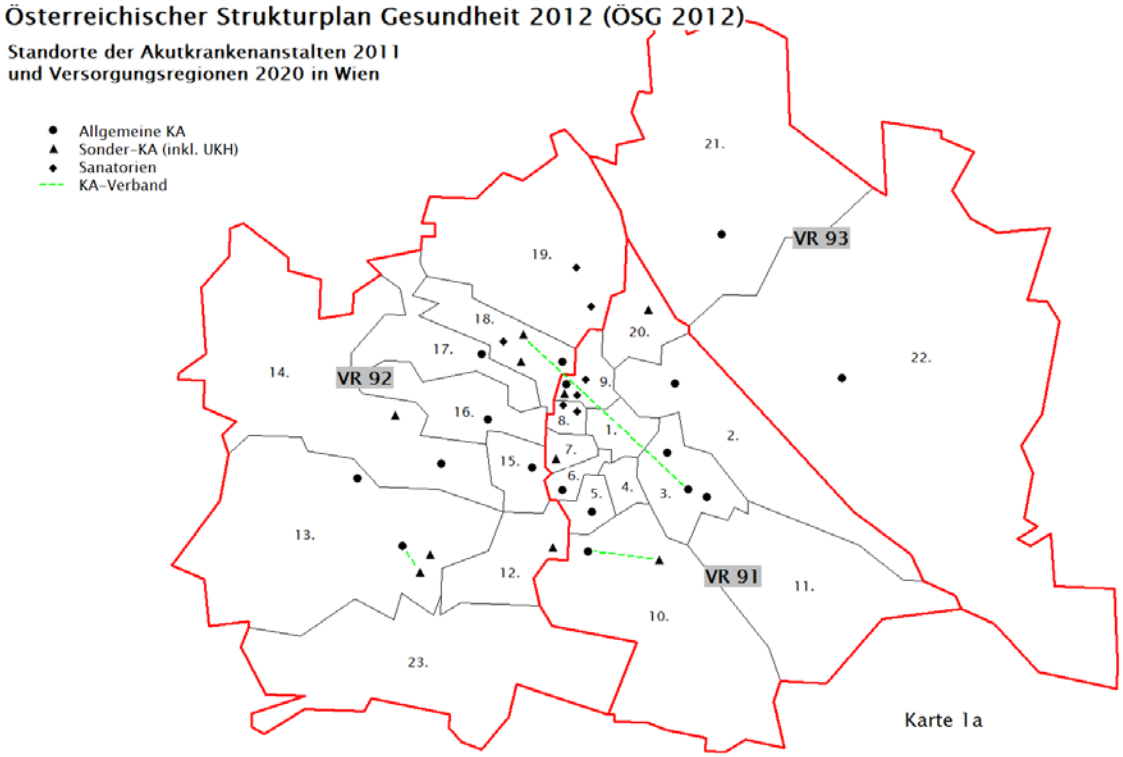
Karte 1 zeigt die mit den Bundesländern einvernehmlich vereinbarte Abgrenzung der Versorgungsregionen und Versorgungszonen sowie die Standorte der Akutkrankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien; zu den einbezogenen Sanatorien vgl. Legende zur Planungsmatrix).

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.

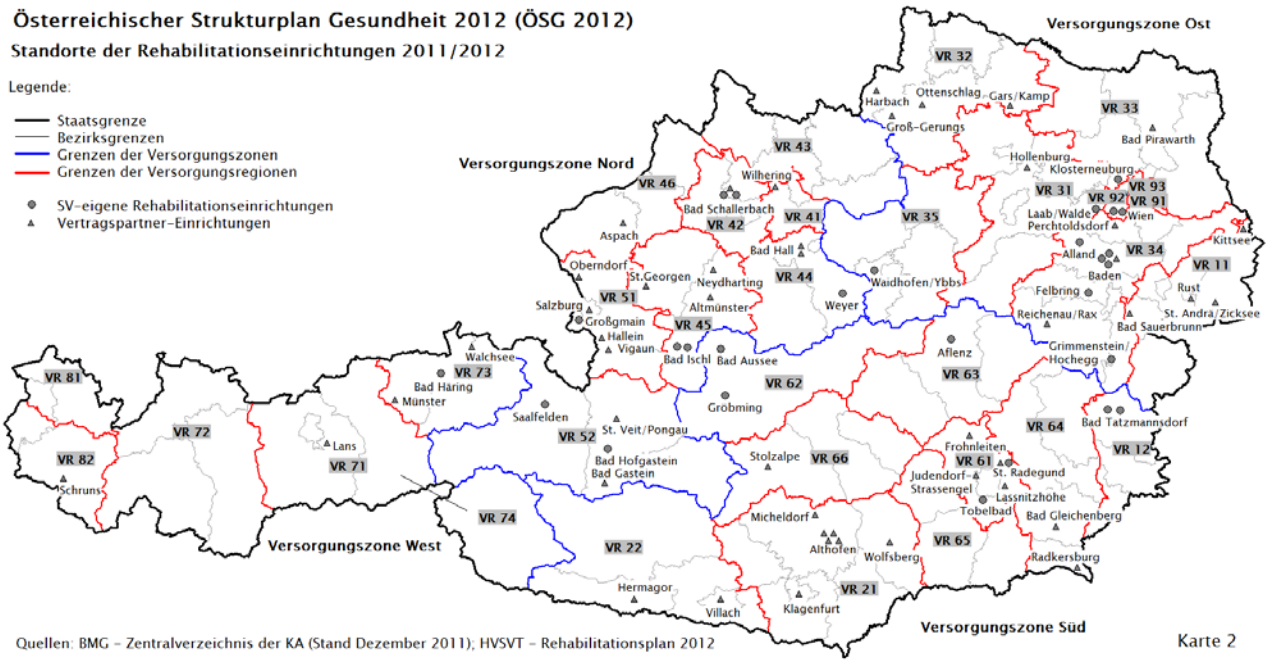
Die grundsätzlich auf Datenbasis 2010/2011 aufbauenden Inhalte der Karten sind in Bezug auf Vollständigkeit und Richtigkeit noch nicht abschließend validiert. Sollten sich Hinweise auf notwendige Korrekturen in Bezug auf die Vollständigkeit und Richtigkeit der in die Karten einbezogenen Grundgesamtheit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



Karte 1



Karte 1a

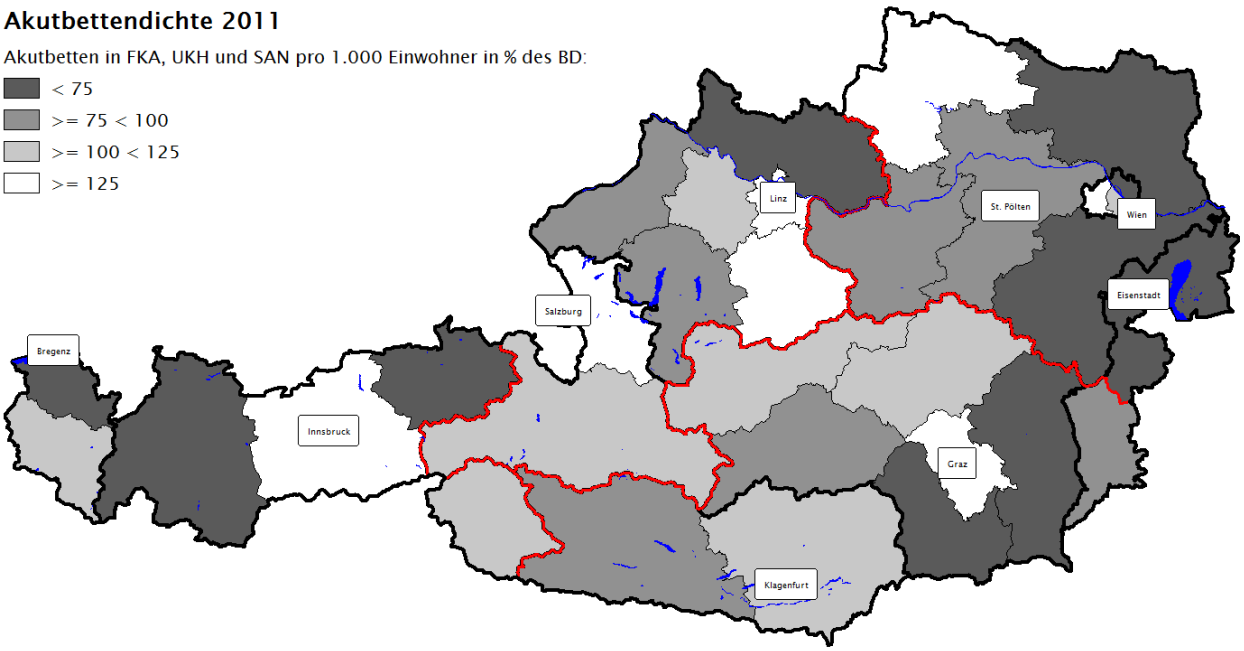


Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Akutbettendichte 2011

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

- < 75
- >= 75 < 100
- >= 100 < 125
- >= 125

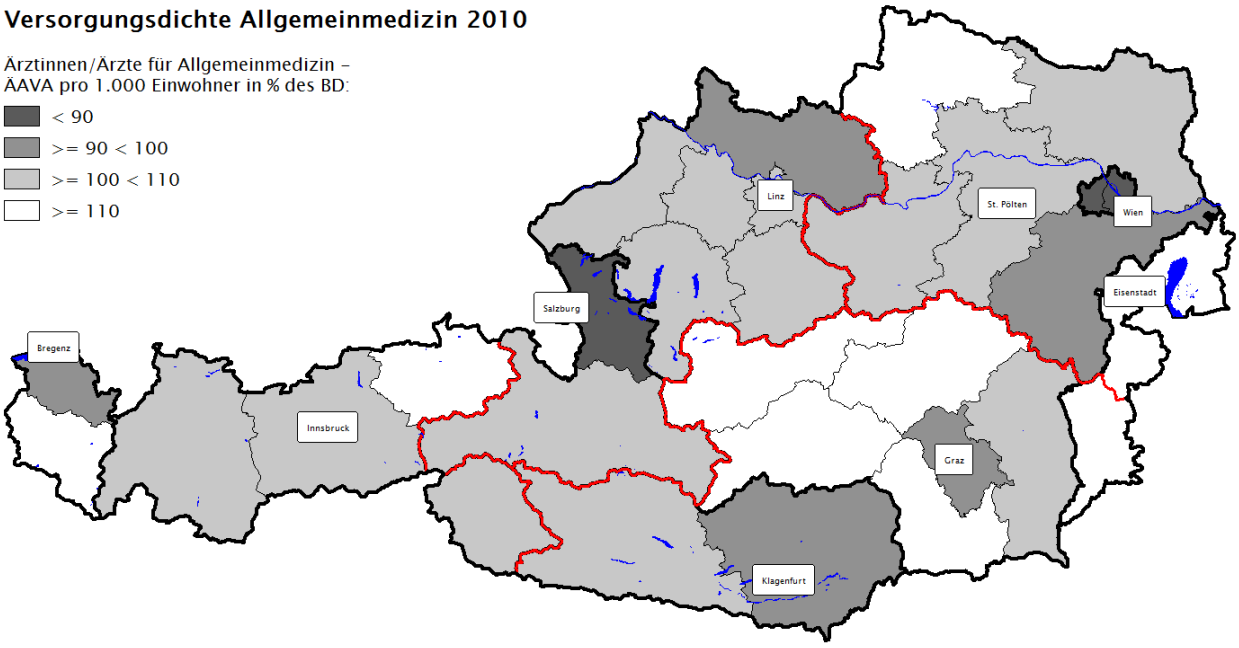


Quellen: BMG – Bettenbericht / KDok 2011;
ST.AT/ÖROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 3

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Versorgungsdichte Allgemeinmedizin 2010

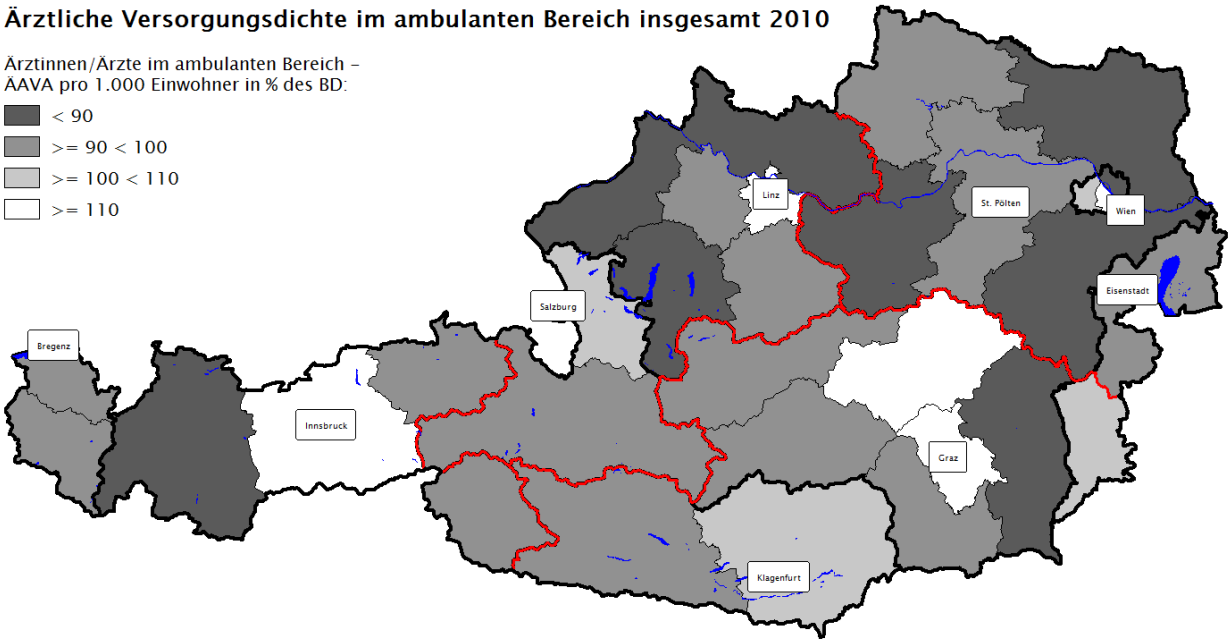


Quellen: HVSVT – Regiomed 2010;
ST.AT/ÖROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 4

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Ärztliche Versorgungsdichte im ambulanten Bereich insgesamt 2010

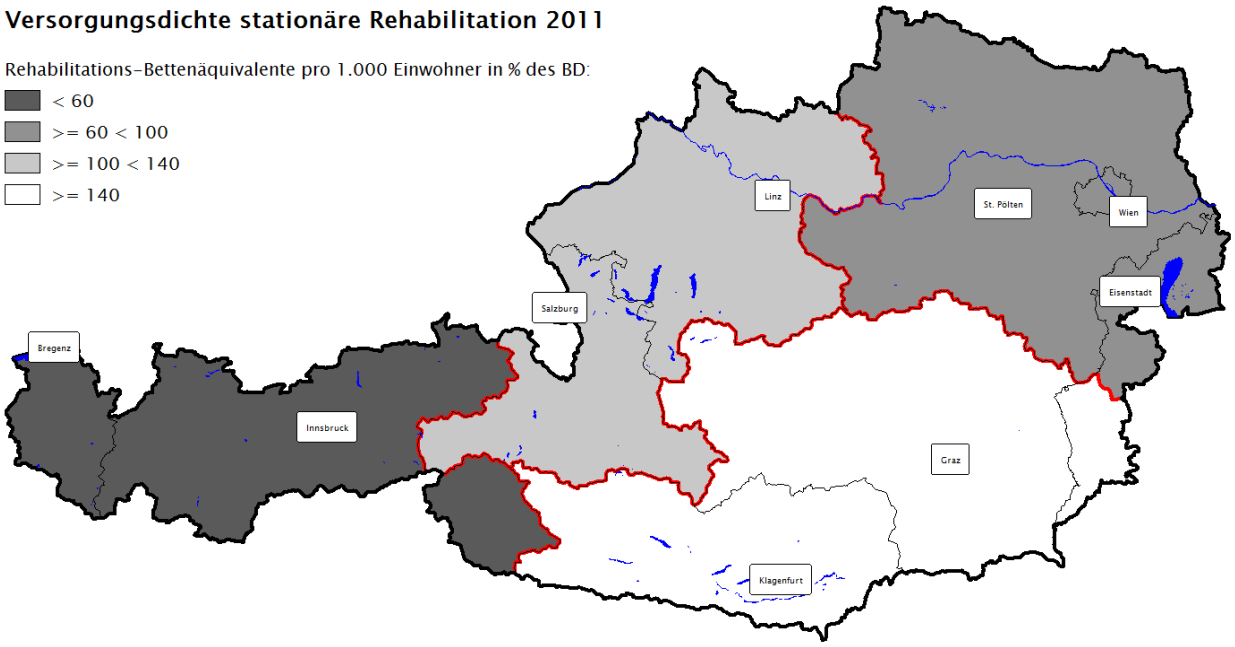


Quellen: HVSVT – Regiomed 2010;
ST.AT/ÖROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 5

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Versorgungsdichte stationäre Rehabilitation 2011

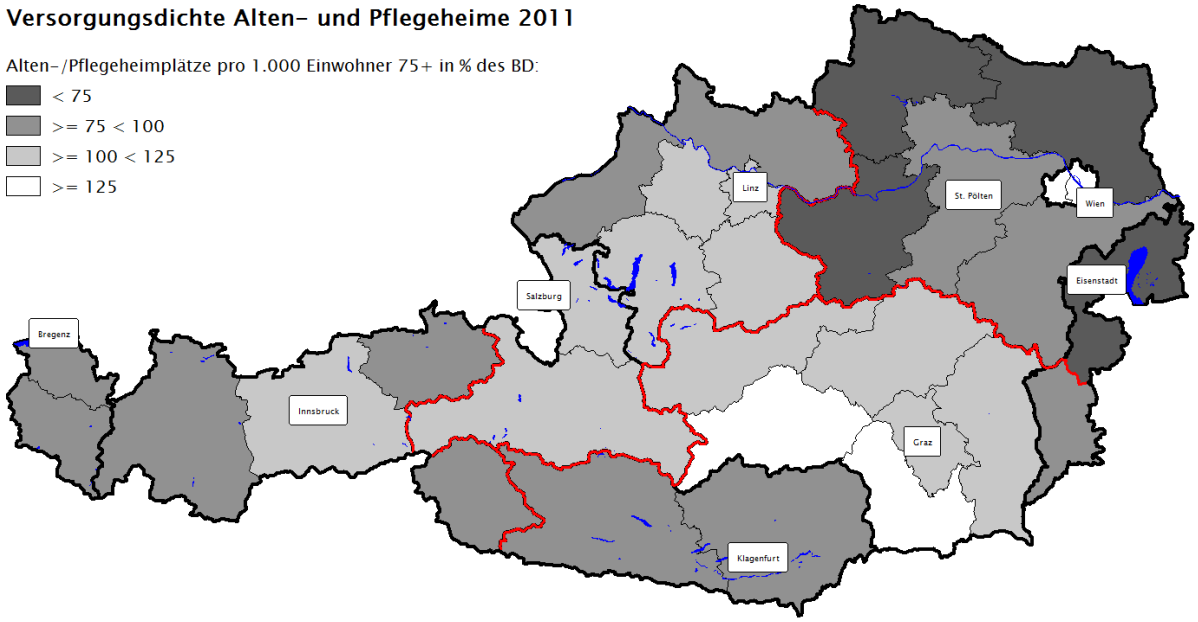


Quellen: BMG – Bettenbericht/KDok 2011; HVSVT – Rehabilitationsplan 2012;
ST.AT/ÖROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 6

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Versorgungsdichte Alten- und Pflegeheime 2011



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

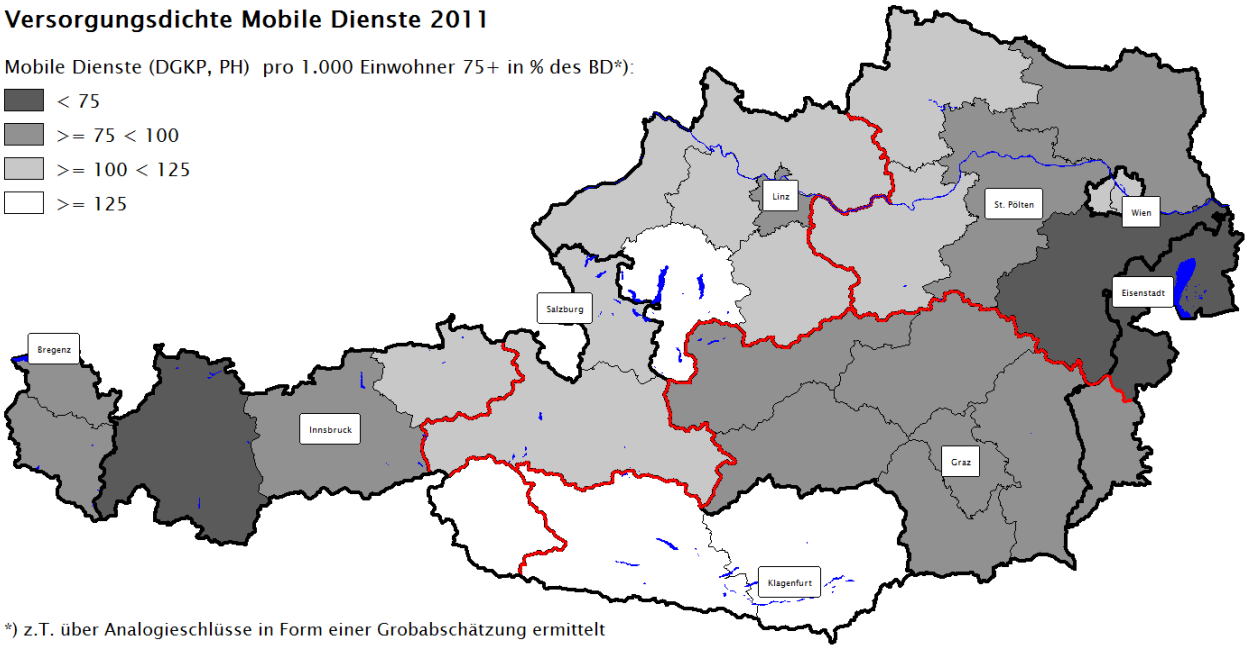
Karte 7

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012)

Versorgungsdichte Mobile Dienste 2011

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

- < 75
- >= 75 < 100
- >= 100 < 125
- >= 125



*) 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 Dürrnberg 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 eingetragenem PSY-III-Diplom (Stand September 2012; Quellen: Ärzteliste der ÖÄK, GÖG-eigene Auswertung; Anm.: Aufgrund von Mehrfachtätigkeiten 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 wohnbaugeförderten 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 wohnbaugeförderten 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 Wahlarztkostenerstattungen der Krankenversicherungsträger (§2-Kassen), Vertragspartnerdatenbank des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, e-card-Konsultationsdaten

B1. Division der Wahlarztkostenerstattungen durch 0,8, da nur 80 % der Vertragstarife refundiert werden.

B2. Aggregation der Wahlarztkostenerstattungen pro Fachgebiet und politischen Bezirk.

B3. Die AVE der einzelnen Regionen ergeben sich aus dem Verhältnis der o.a. Wahlarztkostenerstattungen 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-Verbünden 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 beiliegende PM im XLS-Format (PM_ÖSG2012.XLSX)

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 beiliegende VM im XLS-Format (VM_ÖSG2012.XLSX)

Leistungsmatrix (LM)

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

Siehe beiliegende LM bezogen auf das LKF-Modell 2013 im XLS-Format (LM_ÖSG2012.XLS)

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	Leberteilresektion – offen (LE=je Sitzung)
HL040	Leberteilresektion – 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 Burgenland-Nord	12 Burgenland-Süd	21 Kärnten-Ost	22 Kärnten-West	31 NÖ Mitte	32 Waldviertel	33 Weinviertel	34 Thermenregion	35 Mostviertel	41 OÖ Zentralraum Linz	42 OÖ Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzkammergut	46 Innviertel	51 Salzburg-Nord	52 Pinzgau-Pongau-Lungau	61 Graz	62 Liezen	63 Östliche Obersteiermark	64 Oststeiermark	65 West-/Südsteiermark	66 Westliche Obersteiermark	71 Tirol-Zentralraum	72 Tirol-West	73 Tirol-Nordost	74 Osttirol	81 Rheintal-Bregenzerwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost
Herzchirurgie (HCH)																																	
205 Klagenfurt LKH	**416 (davon ≈ 34 % INT)**	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-
31 NÖ Mitte **)		-	-	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
416 Linz AKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
524 Salzburg LKA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
612 Graz LKH		-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-
901 Wien AKH 916 Hietzing-Rosenhügel KH		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**
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	-	-	-	-	-	-	-	-	-
706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	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**
Neurochirurgie akut (NCa; MEL AC020-AC040, AD010-AD070, EA020, EA030, LA010)																																	
205 Klagenfurt LKH	**272 (davon ≈ 42 % INT)**			x	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 956 Wien SMZ OST		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**
Schwerbrandverletzten-Versorgung (BRA) **)**																																	
Kxxx KA 1	**36 (davon ≈ 17 % INT)**																																
Kxxx KA2				Angaben werden zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.																													
Kxxx KA3																																	
Kxxx KA4																																	
Kxxx KA5																																	
Kxxx KA6																																	
Kxxx KA7																																	
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**

*) Grobabschätzung des Bettenbedarfs für Österreich insgesamt auf Basis der spezifischen Betteninanspruchnahme im Jahr 2010; Grundlage für die bis nur 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

x Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts

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

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

		Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet"																														
Ziel-KA/Ziel-VR	**Bettenkapazitäten*)**	11 Burgenland-Nord	12 Burgenland-Süd	21 Kärnten-Ost	22 Kärnten-West	31 NÖ Mitte	32 Waldviertel	33 Weinviertel	34 Thermenregion	35 Mostviertel	41 OÖ Zentralraum Linz	42 OÖ Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzkammergut	46 Innviertel	51 Salzburg-Nord	52 Pinzgau-Pongau-Lungau	61 Graz	62 Liezen	63 Östliche Obersteiermark	64 Oststeiermark	65 West-/Südsteiermark	66 Westliche Obersteiermark	71 Tirol-Zentralraum	72 Tirol-West	73 Tirol-Nordost	74 Osttirol	81 Rheintal-Bregenzerwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost
Kinder-Herzchirurgie (KHCH)																																
416 Linz AKH	**32 (≈ 87 % INT)**	-	-	-	-	-	x	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
449 Linz LF- u -KKL																																
612 Graz LKH		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x		x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-
706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-
901 Wien AKH		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**
Kinder-Kardiologie (KKAR)																																
449 Linz LF- u -KKL	**40 (≈ 88 % INT)**	-	-	-	-	-	x	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
612 Graz LKH		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x		x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-
706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-
901 Wien AKH		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**
Pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung (KIONK)																																
205 Klagenfurt LKH	**84 (≈ 39 % 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	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
612 Graz LKH		-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-
706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-
901 Wien AKH		x	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x
952 St Anna KISP																																
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**

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

x Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts

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

Rehabilitationsplanung

Tabelle R1: Bettenbedarf für Kinder und Jugendliche (0-18 Jahre) im Jahr 2020 nach Rehabilitations-Indikationsgruppen

Tabelle R2: Bettenbedarf für Kinder und Jugendliche (0-18 Jahre) im Jahr 2020 nach RIG-Clustern und empfohlene Verteilung auf die Versorgungszonen

Tabelle R3: Bettenäquivalente in RZ nach Rehabilitations-Indikationsgruppen - Bedarf 2015 und 2020

Tabelle R4: Ambulante Therapieplätze der Phase II nach Rehabilitations-Indikationsgruppen - Bedarf 2015 und 2020

Tabelle R1: Bettenbedarf für Kinder und Jugendliche (0–18 Jahre) im Jahr 2020 nach Rehabilitations-Indikationsgruppen

RIG	Bettenbedarf 2020 (0–18 Jahre)
BSR	22
HKE	15
KCH	28
NC	5
NEU	95
PUL	30
STV	12
SON	6
KJP	42
ESP	68
ONK	20*)
Insgesamt	**343*)**

RIG = Rehabilitations-Indikationsgruppe
BSR = Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates sowie Rheumatologie, HKE = Herz-/Kreislauferkrankungen, KCH = Kinderchirurgie, NEU/NC = Neurologische Erkrankungen und Neurochirurgie, PUL = Pulmologische Erkrankungen, STV = Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates, KJP = Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ESP = Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik; SON = Sonstige Erkrankungen
*) Betten für Patientinnen/Patienten; der Bedarf für Angehörigenbetten im Bereich der familienorientierten Rehabilitation liegt bei 50 Betten

Quelle: Tabelle 6.3 im Rehabilitationsplan 2012

Tabelle R2: Bettenbedarf für Kinder und Jugendliche (0–18 Jahre) im Jahr 2020 nach RIG-Clustern und empfohlene Verteilung auf die Versorgungszonen

Versorgungszone	mobilisierender Schwerpunkt (BSR, KCH, NEU, NC, SON)	HKE, PUL	ONK, STV	ESP, KJP	Insgesamt
Soll 2020					
VZ 1 (Ost)	67	–	–	47	**114**
VZ 2 (Süd)	31	28	–	24	**83**
VZ 3 (Nord)	36	17	32*)	24	**109*)**
VZ 4 (West)	22	–	–	15	**37**
Österreich	**156**	**45**	**32*)**	**110**	**343*)**
Ist 2012					
VZ 1 (Ost)	–	–	–	–	**–**
VZ 2 (Süd)	24	–	–	24	**48**
VZ 3 (Nord)	10	–	–	–	**10**
VZ 4 (West)	–	–	–	–	**–**
Österreich	**34**	**–**	**–**	**24**	**58**
Soll 2020 – Ist					
VZ 1 (Ost)	67	–	–	47	**114**
VZ 2 (Süd)	7	28	–	–	**35**
VZ 3 (Nord)	26	17	32*)	24	**99*)**
VZ 4 (West)	22	–	–	15	**37**
Österreich	**122**	**45**	**32*)**	**86**	**285*)**

RIG = Rehabilitations-Indikationsgruppe
BSR = Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates sowie Rheumatologie, HKE = Herz-/Kreislauferkrankungen, KCH = Kinderchirurgie, NEU/NC = Neurologische Erkrankungen und Neurochirurgie, PUL = Pulmologische Erkrankungen, STV = Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates, KJP = Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ESP = Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik; SON = Sonstige Erkrankungen
*) exkl. 50 Angehörigenbetten in der RIG ONK

Quelle: Tabelle 6.4 (nach Ausgleich der Rundungsdifferenzen) im Rehabilitationsplan 2012

Tabelle R3: **Bettenäquivalente** in RZ nach Rehabilitations-Indikationsgruppen - Bedarf **2015** und **2020**

Soll 2015 BÄ in RZ	Einw.	BSR	HKE	NEU	ONK	PSY	PUL	SON	STV	UCNC	insg.**)
VZ 1 (Ost)	3600430	1294	632	629	295	395	198	86	286	532	**4346**
VZ 2 (Süd)	1876090	674	329	328	154	206	103	45	149	277	**2265**
VZ 3 (Nord)	1976727	711	347	345	162	217	109	47	157	292	**2386**
VZ 4 (West)	1101450	396	193	192	90	121	61	26	88	163	**1330**
Österreich	**8554697**	**3076**	**1501**	**1494**	**700**	**938**	**470**	**204**	**680**	**1265**	**10326**
Soll 2020 BÄ in RZ	**Einw.**	**BSR**	**HKE**	**NEU**	**ONK**	**PSY**	**PUL**	**SON**	**STV**	**UCNC**	**insg.**)**
VZ 1 (Ost)	3710371	1351	659	679	322	445	213	90	307	546	**4611**
VZ 2 (Süd)	1888710	688	335	346	164	226	108	46	156	278	**2347**
VZ 3 (Nord)	2008735	732	357	368	174	241	115	49	166	296	**2496**
VZ 4 (West)	1125174	410	200	206	98	135	64	27	93	166	**1398**
Österreich	**8732990**	**3181**	**1550**	**1599**	**758**	**1047**	**500**	**212**	**722**	**1285**	**10853**

) Soll-Stände **ohne Berücksichtigung der derzeit vorgehaltenen BÄ für Aufenthalte von Personen **<=18a** und **ohne** Berücksichtigung der vorgehaltenen BÄ für Aufenthalte mit **BD < 8 Tage**; ermittelt auf Basis der BMZ in Tabelle 3.1 zu den Planungsrichtwerten im Kapitel Rehabilitation

Quelle: Auszug aus Tabelle 9a im Anhang des Rehabilitationsplans 2012

Tabelle R4: **Ambulante Therapieplätze** der Phase II nach Rehabilitations-Indikationsgruppen - Bedarf **2015** und **2020**

Soll 2015 ambTP	Einw.****)	BSR	HKE	NEU	ONK	PSY	PUL	SON	STV	UCNC	insg.**)
VZ 1 (Ost)	3024963	166	85	41	6	9	18	5	23	14	**369**
VZ 2 (Süd)	1015701	56	29	14	2	3	6	2	8	5	**124**
VZ 3 (Nord)	1187419	65	34	16	3	4	7	2	9	6	**145**
VZ 4 (West)	848232	47	24	11	2	3	5	1	7	4	**103**
Österreich	**6076315**	**334**	**172**	**81**	**13**	**19**	**36**	**10**	**47**	**29**	**741**
Soll 2020 ambTP	**Einw.****)**	**BSR**	**HKE**	**NEU**	**ONK**	**PSY**	**PUL**	**SON**	**STV**	**UCNC**	**insg.**)**
VZ 1 (Ost)	3024963	294	125	71	25	19	40	11	52	29	**667**
VZ 2 (Süd)	1015701	99	42	24	8	6	14	4	18	10	**224**
VZ 3 (Nord)	1187419	115	49	28	10	7	16	4	21	12	**262**
VZ 4 (West)	848232	82	35	20	7	5	11	3	15	8	**187**
Österreich	**6076315**	**591**	**251**	**143**	**50**	**38**	**81**	**23**	**105**	**59**	**1340**

) Soll-Stände für Personen > **18a; ermittelt auf Basis der BMZ in Tabelle 3.2 zu den Planungsrichtwerten im Kapitel Rehabilitation
****) Einwohner der Einzugsgebiete der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen entsprechend einer 30'-Isochrone rund um die Standorte

Quelle: Auszug aus Tabelle 9b im Anhang des Rehabilitationsplans 2012

Zur Umrechnung von ambulanten Therapieplätzen auf Patientenzahlen ist folgende Formel heranzuziehen (vgl. Rehabilitationsplan 2012, S. 147):

$$ambTP = ambRP \times ambVD/52/95\ \%$$

ambTP = Anzahl ambulante Therapieplätze
ambRP = Anzahl der in ambulanter Rehabilitation zu versorgenden Patientinnen/Patienten
ambVD = durchschnittliche Verweildauer in der ambulanten Rehabilitation (in Wochen)

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

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-Krankenanstalten unter Berücksichtigung der Geräteausstattung von „Nicht-Fonds-Krankenanstalten“ 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 gemäß den in Kapitel 4 dargelegten Vorgaben. Als Planungshorizont des GGP gilt das Jahr 2015.

Legende:

GG2011 = Geräte-Ist-Stand per 31. Dezember 2011 (Krankenanstalten, Rehabilitationszentren und extramuraler Sektor)

GGP = für Krankenanstalten 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 beiliegende KPM im XLS-Format (KPM_ÖSG2012.XLS)