ZIELSTEUERUNG-GESUNDHEIT

Bund • Länder • Sozialversicherung

ÖSG 2023

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023

inklusive Großgeräteplan

gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 15. Dezember 2023

inklusive der bis **09.10.2026** beschlossenen Anpassungen

Zielsteuerung-Gesundheit
Bund • Länder • Sozialversicherung

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023

inklusive Großgeräteplan

gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission
vom 15. Dezember 2023

inklusive der bis **09.10.2026** beschlossenen Anpassungen

im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK)
Stubenring 1, A-1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.at

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG):

Nikolaus Blümel-Sternat
Karin Eglau
Gerhard Fülöp
Stephan Mildschuh
Petra Paretta
Florian Röthlin
Hermann Schmied

Unter Mitarbeit von:

GÖG: Andreas Birner, Adriana Busch, Daniela Kern, Eva-Maria Kernstock, Stefan Mathis-Edenhofer, Magdalena Maierhofer, Clara Mayr, Thomas Neruda, Eva Pilz, Elisabeth Pochobradsky, Daniela Reiter, Wolfgang Seebacher, Andreas Stoppacher, David Wachabauer, Manfred Willinger

BMASGPK: Sonja Bleichert, Gerhard Embacher, Alexandra Ferdin, Christian Halper, Ulrike Schermann-Richter, Claudia Sedlmeier, Thomas Worel

Projektsekretariat:

GÖG: Yasmin Gharbi, Susanne Glück

Fachliche Begleitung durch die Arbeits- bzw. Themengruppe Gesundheitsplanung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

Wien, Oktober 2026

Vorbemerkungen

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

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

Der vorliegende ÖSG 2023 wurde in mehreren Bereichen überarbeitet und aktualisiert sowie weiter ausgebaut. Die inhaltlichen Modifikationen bzw. Erweiterungen gegenüber dem ÖSG 2017 umfassen insbesondere

- die Aktualisierung der Planungsrichtwerte für den stationären und ambulanten Bereich, den Rehabilitationsbereich sowie zum Großgeräteplan auf den Planungshorizont 2030,
- die Modifikation der Qualitätskriterien für die anästhesiologische/intensivmedizinische Versorgung auch vor dem Hintergrund der Pandemie,
- die Aufnahme der „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“ in den ÖSG,
- die Aufnahme der Schmerzversorgung,
- die Aufnahme der allgemeinen Hygieneanforderungen für Behandlungs- und Eingriffsräume sowie Operationsbereiche in Gesundheitseinrichtungen sowie
- die Aktualisierung bzw. Anpassung sämtlicher Matrizen im ÖSG (insbesondere auch der „Leistungsmatrizen“ sowie der „RSG-Planungsmatrix“).

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

Der ÖSG 2023 wurde von Bund, allen Bundesländern und der Sozialversicherung in der Bundes-Zielsteuerungskommission einvernehmlich festgelegt und beschlossen und trat am 15.12.2023 in Kraft, siehe

https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG.html

Inhalt

1 Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 15

1.1 Planungsgegenstand und Geltungsbereich 15
1.1.1 Grundsätze der Planung 16

1.2 Rechtliche Grundlagen und Umsetzung 17

1.3 Planungshorizont 22

1.4 Aufbau und Inhalte 22

1.5 Weiterentwicklung und Ausblick 24

2 Planung 25

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

2.2 Planungsgrundlagen und Richtwerte 34
2.2.1 Rahmenbedingungen der Angebotsplanung 34
2.2.2 Ambulante Versorgung 36
2.2.2.1 Primärversorgung 36
2.2.2.2 Ambulante Fachversorgung 36
2.2.2.3 Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich 37
2.2.3 Akutstationäre inklusive tagesklinische/tagesambulante Versorgung 40
2.2.3.1 Planungsrichtwerte für den akutstationären und tagesklinischen/ tagesambulanten Bereich 40
2.2.3.2 Versorgungsmatrix und Planungsgrundlagenmatrix 44
2.2.4 Ergänzende Planungsgrundlagen für ausgewählte Versorgungsbereiche 45
2.2.5 Überregionale Versorgungsplanung 48
2.2.6 Rehabilitation 56
2.2.6.1 Rehabilitation für Erwachsene 57
2.2.6.2 Rehabilitation für Kinder und Jugendliche 62
2.2.6.3 Weiterentwicklung der Rehabilitationsplanung 63

2.3 Organisation 64
2.3.1 Ambulante Versorgung 65
2.3.1.1 Primärversorgung 66
2.3.1.2 Ambulante Fachversorgung 68
2.3.2 Akutstationäre inklusive tagesklinische/tagesambulante Versorgung 69
2.3.2.1 Krankenanstalten-Typen 69
2.3.2.2 Organisationsformen 70
2.3.2.3 Betriebsformen 73
2.3.3 Rehabilitation 75

2.4 Strukturelle Vorgaben für RSG-Inhalte 75
2.4.1 RSG-Planungsmatrix 76
2.4.2 Versorgungsaufträge im RSG 78

3 QUALITÄTSKRITERIEN 79

3.1 Ambulante Versorgung 82
3.1.1 Leistungsmatrix - ambulant (LM-amb) 82
3.1.2 Aufgabenprofile 83
3.1.3 Allgemeinmedizin/Allgemein- und Familienmedizin (AM) 85
3.1.3.1 Organisatorische Aufgaben inkl. Lotsenfunktion 90
3.1.4 Ambulante Fachversorgung (Aufgabenprofile und Ausstattung) 92
3.1.4.1 Augenheilkunde und Optometrie (AU) 92
3.1.4.2 Haut- und Geschlechtskrankheiten (DER) 93
3.1.4.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH) 94
3.1.4.4 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO) 95
3.1.4.5 Innere Medizin (IM) 96
3.1.4.6 Lungenheilkunde/Innere Medizin – Pneumologie, (PUL) 97
3.1.4.7 Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU) inklusive Primärversorgungseinheit für Kinder und Jugendliche (PVE-KIJU) 99
3.1.4.8 Neurologie (NEU) 103
3.1.4.9 Urologie (URO) 105
3.1.4.10 Radiologie (RAD) 106
3.1.4.11 Unfallchirurgie (UCH) 107
3.1.4.12 Orthopädie und orthopädische Chirurgie (OR) 108
3.1.4.13 Orthopädie und Traumatologie (ORTR) 109
3.1.4.14 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG) 111
3.1.4.15 Psychiatrie (PSY) 112
3.1.4.16 Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) 114
3.1.4.17 Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation (PMR) 115
3.1.4.18 Zahnmedizin (ZMK) 117
3.1.4.19 Chirurgie (CH) 118
3.1.4.20 Nuklearmedizin (NUK) 120
3.1.4.21 Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (PCH) 122
3.1.4.22 Kinder- und Jugendchirurgie (KJC) 124
3.1.5 Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich 126

3.2 Akutstationäre inklusive tagesklinische/tagesambulante Versorgung sowie angrenzende Versorgungsbereiche 127
3.2.1 Allgemeine Qualitätskriterien für alle Fachbereiche 127
3.2.2 Leistungsmatrix – stationär (LM-stat) 129
3.2.3 Qualitätskriterien für Versorgungsmodelle ausgewählter Fach- und Versorgungsbereiche 133
3.2.3.1 Anästhesiologische Versorgung (AN) 136
3.2.3.2 Intensivmedizinische Versorgung (INT) 138
3.2.3.3 Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KIJU, KJC) 144
3.2.3.4 Versorgung von Schwangeren, Neugeborenen und Wöchnerinnen (GH) 148
3.2.3.5 Trauma-Versorgung (TR) 151
3.2.3.6 Schwerbrandverletztenversorgung (BRA) 154
3.2.3.7 Erkrankungen des Nervensystems (NEU, NCH, Spezialzentren) 156
3.2.3.8 Psychische Erkrankungen (PSY, KJP) 161
3.2.3.9 Krebserkrankungen (ONK, KJONK, STR, SZT) 165

3.2.3.10 Nierenerkrankungen (NEP, DIA) ... 171
3.2.3.11 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (KAR, HCH, KHZ, GCH) ... 173
3.2.3.12 Thoraxchirurgie (TCH) ... 177
3.2.3.13 Transplantationschirurgie (TXC) ... 178
3.2.3.14 Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT) ... 180
3.2.3.15 Zentren für Medizinische Genetik (ZMG) ... 181
3.2.3.16 Seltene Erkrankungen (SE) ... 182
3.2.3.17 Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE) ... 185
3.2.4 Qualitätskriterien für spezielle Versorgungsbereiche ... 187
3.2.4.1 Erstversorgung von Akutfällen in Akutkrankenanstalten (ZAE) ... 187
3.2.4.2 Psychosomatische Versorgung (PSO-E, PSO-KJ) ... 189
3.2.4.3 Multidimensionaler Versorgungsbedarf (AG/R, RNS) ... 191
3.2.4.4 Unheilbar kranke und sterbende Menschen (PAL/HOS-E, PAL/HOS-KJ) ... 194
3.2.4.5 Schmerzversorgung ... 202
3.3 Rehabilitation ... 206
3.4 Sektorenübergreifende Qualitätskriterien ... 206
3.4.1 Qualitätsstrategie ... 206
3.4.2 Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme ... 206
3.4.3 Patientensicherheit ... 207
3.4.3.1 Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Hygiene ... 207
3.4.4 Prozessqualität im Gesundheitssystem ... 208
3.4.4.1 Integrierte Versorgung ... 209
3.4.4.2 Nahtstellenmanagement ... 209
3.4.4.3 Präoperative Diagnostik ... 210
3.4.5 Ergebnisqualität ... 211

4 GROSSGERÄTEPLAN ... 213
4.1 Grundsätze und Ziele ... 213
4.2 Planungsgrundlagen und Richtwerte ... 215
4.3 Qualitätskriterien ... 217
4.4 Festlegungen zum Großgeräteplan ... 218

ANHANG 226

Anhang 1: Glossar 227

Anhang 2: Bemessung von ambulanten Betreuungsplätzen in definierten Versorgungsbereichen 238

Anhang 3: Risikoliste Geburtshilfe 240

Anhang 4: Präklinische Versorgung von schweren Schädel-Hirn-Traumen 241

Anhang 5: Planungsgrundlagenmatrix (PM) 242

Anhang 6: Versorgungsmatrix (VM) 243

Anhang 7: Leistungsmatrix-ambulant (LM-amb) 244

Anhang 8: Leistungsmatrix-stationär (LM-stat) 245

Anhang 9: RSG-Planungsmatrix (RSG-PM) 246

Anhang 10: Großgeräteplan (GGP) 247

Anhang 11: Allgemeine Hygieneanforderungen an Behandlungsräume und Räume für invasive Eingriffe in Gesundheitseinrichtungen 248

Anhang 12: Versorgungssituation 2023/2024 nach Regionen 255

TABELLENBAND 262

Abkürzungen

ÄAO	Ärzteausbildungsordnung
ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
Abs.	Absatz
ABT	Abteilung (in einer KA)
ACS	Akutes Koronarsyndrom
AFB	AltenfachbetreuerInnen
AG	Angehörigengruppe
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AM	(Arzt/Ärztin für) Allgemeinmedizin
AMB	Ambulatorium
ambBP	ambulanter Betreuungsplatz
ambRV	ambulante Rehabilitationsverfahren
AN	anästhesiologische Versorgung
AN/INT	Anästhesiologie und Intensivmedizin
AN-KI	Anästhesie für Kinder
AP	affiliierte Partner
ÄPIII	ÄrztInnen mit PSY III Diplom der ÖÄK
ArbM	mobile Arbeitsunterstützung (z.B. Arbeitsassistenz, Jobcoaching, Mentoring)
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AU	Augenheilkunde und Optometrie
AZU	Arbeitsplätze für psychisch Kranke, zeitlich unbegrenzt
BÄ	Bettenäquivalent
BB	Bettenbericht des Gesundheitsressorts
BD	Bundesdurchschnitt
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BLB	Besondere Leistungsbereiche der LAP
BA	Biomedizinische Analytik
b.B.	bei Bedarf
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMZ	Bettenmessziffer
BMZvs	Bettenmessziffer vollstationär
BPoS	Best Point of Service
BRA	Schwerbrandverletzten-Versorgung
BRZ	Brustzentrum
BSR	Bewegungs- u. Stützapparat sowie Rheumatologie
BTD	Belagstagedichte
BV	Basisversorgung gem. LM-stat
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
CCU	Herzüberwachungseinheit (coronary care unit)
CH	Chirurgie bzw. Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
CH-GCH	Chirurgie mit Additivfach GCH bzw. Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie
CL	Konsiliar- und Liaisondienst
COR	Herzkatheterarbeitsplätze
CPAP	continuous positive airway pressure
CT	Computertomographiegeräte
dBD	durchschnittliche Belagsdauer
DEP	Department
DER	Dermatologie (Haut- und Geschlechtskrankheiten)
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen
DGKP (AN)	Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit Berechtigung in der Spezialisierung „Anästhesiepflege“ gemäß GuKG
DGKP (INT)	Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit Berechtigung in der Spezialisierung „Intensivpflege“ gemäß GuKG
DGKP (KI-INT)	Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit spezieller Sonderausbildung „Kinderintensivpflege“ gemäß GuKG
DGKP (KIJU)	Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit Berechtigung in der Spezialisierung „Kinder- und Jugendlichenpflege“ gemäß GuKG
DGKP (NET)	Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit Berechtigung in der Spezialisierung „Pflege bei Nierenersatztherapie“ gemäß GuKG
DGKP (PSY)	Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit Berechtigung in der Spezialisierung „Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege“ gemäß GuKG
DIA	Dialyseeinheit (für chronische Hämodialyse)
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DSA	digitale Subtraktions-Angiographieanlage
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
dTK	dislozierte Tagesklinik
dWK	dislozierte Wochenklinik
EbM	Evidence based Medicin
Ergo	Ergotherapie
EEG	Elektroenzephalogramm
EH	Eingliederungshilfen zeitlich begrenzt (z.B. Arbeitstrainingszentren, sozioökonomische Beschäftigungsprojekte)
EKG	Elektrokardiographie
EMG	Elektromyogramm
ENG	Elektroneurographie
EPMS	extrapyramidalmotorisches System
ERC	European Resuscitation Council
ESO	Eignungsstandort
ESWL	Extrakorporale Stoßwellen-Lithotripsie
ET	Einheit (für PAL, PSO-KJ)
EVA	Erstversorgung-Allgemeinmedizin
EW	EinwohnerInnen
EZ	Expertisezentrum (für seltene Erkrankungen)
FA	Facharzt oder Fachärztin (singular)
FÄ	FachärztInnen (plural)
FDSB	Fach-SozialbetreuerInnen bzw. Diplom-SozialbetreuerInnen inkl. AltenfachbetreuerInnen
FKA	Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt
FR	Fachrichtung
FSP	Fachschwerpunkt
FUCO	Funktionscode gem. KA-Statistik
GB	Gesundheitsberufe
GCH	Gefäßchirurgie
GCHS	Schwerpunkt für Gefäßchirurgie
GCHZ	Zentrum für Gefäßchirurgie
GDA	GesundheitsdiensteanbieterInnen
GEM	gemischter Belag
GG	Großgeräte
GGH	Frauenheilkunde (Gynäkologie) und Geburtshilfe
GGP	Großgeräteplan
GH	Geburtshilfe
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
G-ZG	Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I Nr. 26/2017)
GYN	Frauenheilkunde (Gynäkologie)
HCH	Herzchirurgie
HD	Hauptdiagnose
HDia	(chronische) Hämodialyse
HDG	Hauptdiagnosen-Gruppe
HH	Heimhilfe
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HKLE	hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HOS	Hospizbereich
HP	intraoperative histopathologische Untersuchung (LM-stat)
HPV	Human Papilloma Virus
HTX	Herztransplantation
HZV	Herzzeitvolumen
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICU	Intensive Care Unit
IDB	Interdisziplinärer Bereich
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IM	Innere Medizin
IM-ANG	IM mit Additivfach ANG oder Innere Medizin und Angiologie
IM-EKRI	IM mit Additivfach EKRI oder Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
IM-GAS	IM mit Additivfach GAS oder Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie
IM-INT	IM mit Additivfach INT oder Innere Medizin und Intensivmedizin
IM-INF	IM mit Additivfach INF oder Innere Medizin und Infektiologie
IM-KAR	IM mit Additivfach KAR oder Innere Medizin und Kardiologie
IM-NEP	IM mit Additivfach NEP oder Innere Medizin und Nephrologie
IM-ONK	IM mit Additivfach ONK oder Innere Medizin und Onkologie
IM-PUL	Innere Medizin und Pneumologie
IM-RHE	IM mit Additivfach RHE oder Innere Medizin und Rheumatologie
IMCU	Intermediate Care Unit
INT	intensivmedizinische Versorgung bzw. Intensivbereich
IONKA	assoziiertes Angebot für internistische Onkologie und Hämatologie
IONKS	Schwerpunkt für internist. Onkologie/Hämatologie
IONKZ	Zentrum für internistische Onkologie/Hämatologie
IRVP	integrative regionale Versorgungsplanung
IS	Intensiveinheit; ICU gemäß LKF-Modell
iVm	in Verbindung mit
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
Kap.	Kapitel
KAR	Kardiologie - endovaskulär
kEW	korrigierte EinwohnerInnen
KFO	Kieferorthopädie
KH	Krankenhaus
KHH	Krankenhaushäufigkeit
KHCH	Herzchirurgie für Kinder und Jugendliche
KHZ	Kinderherzzentrum
KiDIA	Kinderdialyse
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
KJC	Kinder- und Jugendchirurgie
KJONK	Kinder- und Jugendonkologie
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
KJZ	Kinder- und Jugendmedizinisches Zentrum
KKAR	Kinder- und Jugendkardiologie - endovaskulär
KLUB	Klubeinrichtungen
KMZ	Kapazitätsmessziffer
KP/GP	klinische PsychologInnen/ GesundheitspsychologInnen
KV	Krankenversicherung
LAB	medizinische und chemische Labordiagnostik
LAP	Leistungsangebotsplanung
LGF	Landesgesundheitsfonds
LIN	Linearbeschleuniger
LJ	Lebensjahr
L-KAP	Landes-Krankenanstaltenplan
LKF	Leistungsorientierte KA-Finanzierung
LM-amb	Leistungsmatrix - ambulant
LM-stat	Leistungsmatrix - stationär
Logo	Logopädie
LTX	Lebertransplantation
LuTX	Lungentransplantation
LYMPH	Spezialbereich Lymphologie
L-ZK	Landes-Zielsteuerungskommission
MABG	Medizinische Assistenzberufe Gesetz
MBZ	Mindestbettenzahl
MedStrSchV	Medizinische Strahlenschutzverordnung
MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF-Modell
MFL	Mindestfrequenz (Leistungen/Leistungserbringer)
MFS	Mindestfallzahl pro Standort (Leistungen/KA-Standort)
MG	Medizinische Genetik
MH	Mental Health
MHG	MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MKP	Eltern-Kind-Pass
MOB	Mobilisierender Schwerpunkt
MPV	multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich
MR	Magnetresonanz-Tomographiegeräte
MTD	gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe
Muth	Musiktherapie
MVS	Mindestversorgungsstufe
mWOH	Mobile Wohnbetreuung
NAP	Nationaler Aktionsplan
NCH	Neurochirurgie
NEO	Neonatologie
NEP	Nephrologische Versorgung
NEPZ	Nephrologisches Zentrum
NEU	Neurologie
NEU-ANB/B	neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe B
NEU-ANB/C	neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe C
NIBP	Non-invasive Blood Pressure
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NIMCU	Neonatal Intermediate Care Unit
NLG	Nervenleitgeschwindigkeit
NONKZ	Spezialzentrum für neuroonkologische Erkrankungen
NSM	Nahtstellenmanagement
NTA	Nulltagesaufenthalte
NTX	Nierentransplantation
NUK	Nuklearmedizin
NUKT	Nuklearmedizinische stationäre Therapie (Bettenstation)
NWF	Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ONK	Onkologische Versorgung / Onkologische Rehabilitation
ONKZ	Onkologisches Zentrum
OP	Operationssaal
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ORTR	Orthopädie und Traumatologie
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PA	Pflegeassistenz (inkl. Pflegehelfer)
PACS	Picture Archiving and Communication System
PAL	Palliativmedizin
PAT	Pathologie bzw. Klinische Pathologie und Molekularpathologie
PB	Anlaufstellen für Beratung durch „Peers“
PCH	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
Physio	Physiotherapie
PDia	Peritonealdialyse
PET/CT	Positronen-Emissions-Tomographiegeräte
PFA	Pflegefachassistenz
PICU	Paediatric Intensive Care Unit
PIMCU	Paediatric Intermediate Care Unit
PKD	Palliativ-Konsiliardienst
PM	Planungsgrundlagenmatrix (ÖSG), Planungsmatrix (RSG)
PMR	Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
PMZ	Platzmessziffer
PND	Psychosozialer Notdienst, Krisenineterventionsstelle, Krisenzimmer
PNZ	Perinatalzentrum

POC	Point of Care Diagnostik
PRIKRAF	Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds
PRW	Planungsrichtwert
PSB	Psychosoziale Beratung und Betreuung
PSD	Psychosozialer Dienst
PSO	Psychosomatik
PSO-E	Psychosomatik für Erwachsene
PSO-KJ	Psychosomatik für Kinder und Jugendliche
PSY	Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin / psychiatrische Rehabilitation
PT	Psychotherapie
PTCA	Percutane Transluminale Coronarangioplastie
PUL	Pulmologie, Lungenkrankheiten, siehe auch → *IM-PUL*
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit gem. PrimVG
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
PVZ	Primärversorgungszentrum
Q	Quellbezug
QK	Qualitätskriterium, -kriterien
QS	Qualitätssicherung
RAD	Radiologie
RCU	Respiratory Care Unit
RFZ	Referenzzentrum
RIG	Rehabilitations-Indikationsgruppe
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
RNS	Remobilisation/Nachsorge
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RR	Blutdruckmessmethode nach Riva-Rocci
RT	RadiologietechnologInnen
RZ	Rehabilitationszentrum
SAN	Sanatorium
SAT-DEP	Satelliten-Department
SE	Seltene Erkrankungen
SHG	Selbsthilfegruppe
SKA	Sonderkrankenanstalt
SOP	standard operating procedure
SPECT	Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographiegeräte (inkl. SPECT/CT)
SPZ	Spezialzentrum
SQK	Strukturqualitätskriterien
SSW	Schwangerschaftswoche
statRV	stationäre Rehabilitationsverfahren
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie / Hochvolt-therapie; STR-Geräte
STV	Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat
SU	Stroke Unit
SV	Sozialversicherung
SVE	Standardversorgungseinheit
SZT	Stammzelltransplantation
TA	Terminambulanz
TA-AM	Turnusarzt/-ärztin in Ausbildung zum/zur Allgmein-medizinerIn
TA-FA	Turnusarzt/-ärztin in Ausbildung zum/zur FachärztIn
TÄ	TurnusärztInnen (plural)
TCH	Thoraxchirurgie
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
TIVA	Total intravenöse Anästhesie
TK	Tagesklinik
TRZ	Traumazentrum
TS	Tagesstruktur/Tagesbetreuung/Tagesstätten
TXC	Transplantationschirurgie
UbG	Unterbringungsgesetz
UCH	Unfallchirurgie
UCNC	Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen
UE	Überwachungseinheit; IMCU gemäß LKF-Modell
ÜRVP	Überregionale Versorgungsplanung
UKH	Unfallkrankenhaus
URO	Urologie
VGF	Vergemeinschaftungsformen
VIKB	Virtuelle Krankenbehandlung
VM	Versorgungsmatrix
VMMHG	Obergruppen der MHG in der Versorgungsmatrix
VO	Verordnung
VR	Versorgungsregion
VU	Vorsorgeuntersuchung
VZ	Versorgungszone
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WOH	Wohnheime, Wohngemeinschaften, Übergangswohnen, mobil betreutes Wohnen
Z	Zielbezug
ZA	Zusammenarbeit
ZAE	zentrale ambulante Erstversorgung
ZMG	Zentrum für Medizinische Genetik
ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
ZNA	Zentrale Notaufnahme
ZNS	Zentrales Nervensystem
ZVD	zentraler Venendruck

1 Der Österreichische Strukturplan Gesundheit

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

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

1.1 Planungsgegenstand und Geltungsbereich

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

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

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

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

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

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

1.1.1 Grundsätze der Planung

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

- Die integrative Versorgungsplanung hat die **Beziehungen** zwischen allen in Kap. 1.1 genannten Versorgungsbereichen zu berücksichtigen. Im Sinne von gesamtwirtschaftlicher Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung haben Teilbereichsplanungen die **Wechselwirkung** zwischen den Teilbereichen dahingehend zu berücksichtigen, dass die **gesamtökonomischen Aspekte** vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind.
- Die integrative Versorgungsplanung hat **bevölkerungs- und patientenorientiert** zu erfolgen. Die Versorgungsqualität ist durch das Verschränken der Gesundheitsstrukturplanung mit einzuhaltenden **Qualitätskriterien** sicherzustellen.
- Die integrative Versorgungsplanung hat insbesondere das Ziel einer **schrittweisen Verlagerung** der Versorgungsleistungen von der **akutstationären hin zu tagesklinischer und ambulanter** Leistungserbringung unter bestmöglicher Ausschöpfung von digitalen Möglichkeiten im Sinne der Leistungserbringung am jeweiligen „Best Point of Service“ unter Sicherstellung hochwertiger Qualität zu verfolgen. Die „Best Points of Service” sind mittels Versorgungsaufträgen zu definieren und die richtigen Anlauf- und Weiterbehandlungsstellen sind transparent zu machen.
- Eine möglichst rasche und lückenlose Behandlungskette ist durch verbessertes **Nahtstellenmanagement** und den nahtlosen Übergang zwischen den Einrichtungen bzw. den Bereichen, u.a. durch gesicherten **Informationstransfer** mittels effektiven und effizienten Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien, sicherzustellen.
- Die integrative Versorgungsplanung hat entsprechend den Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende **Prioritäten** zu setzen:
  - Reorganisation aller in Kap. 1.1 angeführten Bereiche (ambulanter Bereich, akutstationärer inkl. tagesklinischer/tagesambulanter Bereich, Rehabilitationsbereich, digitaler Bereich) in Richtung eines effektiveren und effizienteren **Ressourceneinsatzes** gemäß dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ unter Forcierung der Digitalisierung im Gesundheitswesen.
  - Stärkung des ambulanten Bereichs insbesondere durch raschen flächendeckenden Ausbau von **Primärversorgungseinheiten** (PVE) und der Entwicklung von **ambulanten Fachversorgungsstrukturen**, wobei in der Umsetzung vor allem bestehende Vertragspartner berücksichtigt werden.
  - Weiterentwicklung des akutstationären und tagesklinischen/tagesambulanten Bereichs insbesondere durch **Bündelung komplexer Leistungen** an geeigneten Standorten und Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen.
  - Forcierung des **Aufbaus von spitalsambulanten Angeboten** inklusive innovativer Versorgungsformen, insbesondere um den stationären Bereich zu ersetzen bzw. zu entlasten.
  - Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung für **Menschen mit chronischen Erkrankungen**.
  - Gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen **Personalressourcen** unter optimaler Nutzung der **Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen**.
  - Sicherstellung einer nachhaltigen **Sachleistungsversorgung** sowohl für körperliche als auch psychische Erkrankungen. Dabei ist das Ziel zu verfolgen, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter sachleistungsbezogener Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ambulante Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist.
  - Priorisierung des **niedergelassenen Bereichs** (PVE in Form von Gruppenpraxen, Gruppenpraxen, Einzelordinationen) bei der Planung des extramuralen ambulanten Bereichs.“

[4] § 18 Abs. 3 bis 7 G-ZG

1.2 Rechtliche Grundlagen und Umsetzung

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

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

- Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planungen einschließlich Planung Großgeräte intra- und extramural im Österreichischen Strukturplan Gesundheit und in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit und
- Angelegenheiten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit einschließlich Planung der Großgeräte (intra- und extramural) sowie einschließlich der abschließenden Festlegung der verbindlich zu machenden Teile gemäß § 23 Abs. 1 G-ZG.

Beschlussfassung des ÖSG und der RSG

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

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

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

Rechtliche Umsetzung der Vorgaben des ÖSG und der RSG

Das G-ZG enthält gesetzliche Bestimmungen zur integrativen Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur einschließlich ÖSG und RSG[12]. So ist unter anderem vorgesehen, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission im Sinne des öffentlichen Interesses jene für die nachhaltige Ver-

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

sorgung der Bevölkerung unerlässlichen **Teile des ÖSG**, dazu zählen insbesondere definierte Planungsrichtwerte und -kriterien sowie die überregionale Versorgungsplanung, die eine **rechtlich verbindliche Grundlage für Planungsentscheidungen** des RSG bilden sollen, als solche auszuweisen hat.

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

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

a. Grundlagen für die integrative Versorgungsplanung

Die zwischen dem Bund und allen Bundesländern abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I Nr. 191/2023) legen den ÖSG sowie die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) als die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung fest.

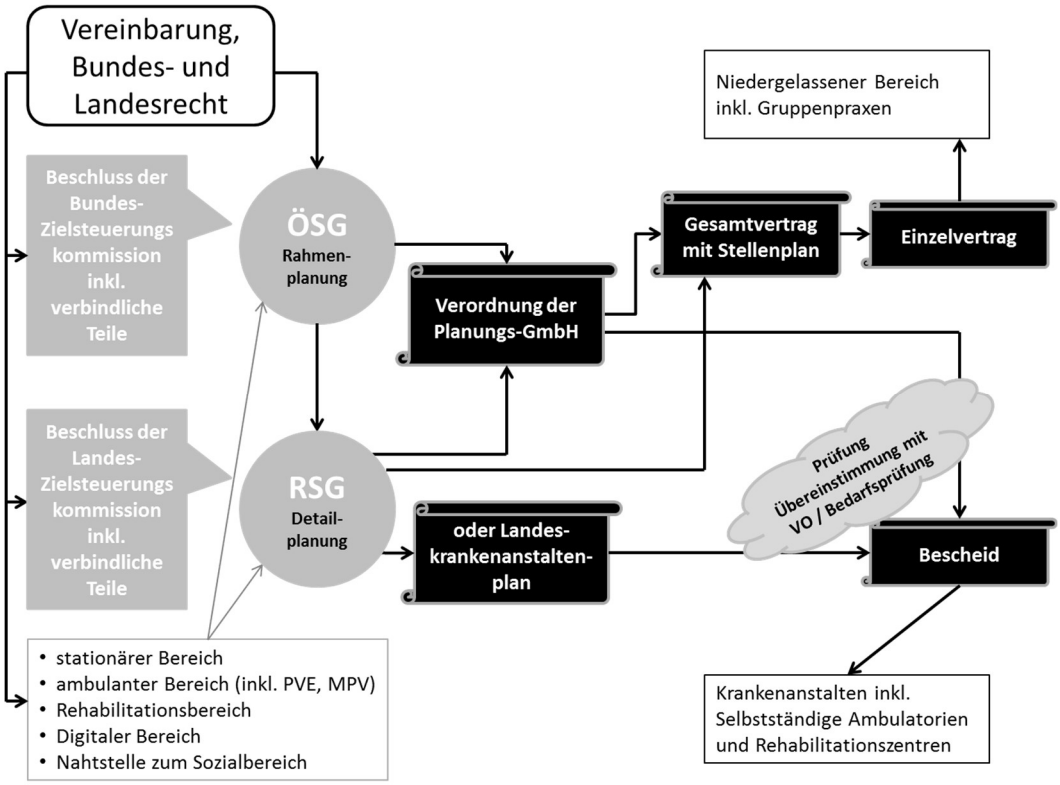
Der ÖSG ist der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung. Er bindet diesbezüglich Bund, Länder und Sozialversicherungsträger.

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

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

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

RECHTLICHE UMSETZUNG DER PLANUNGSVORGABEN DES ÖSG UND DER RSG



Quelle und Darstellung: BMASGPK

b. Qualitätskriterien

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

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

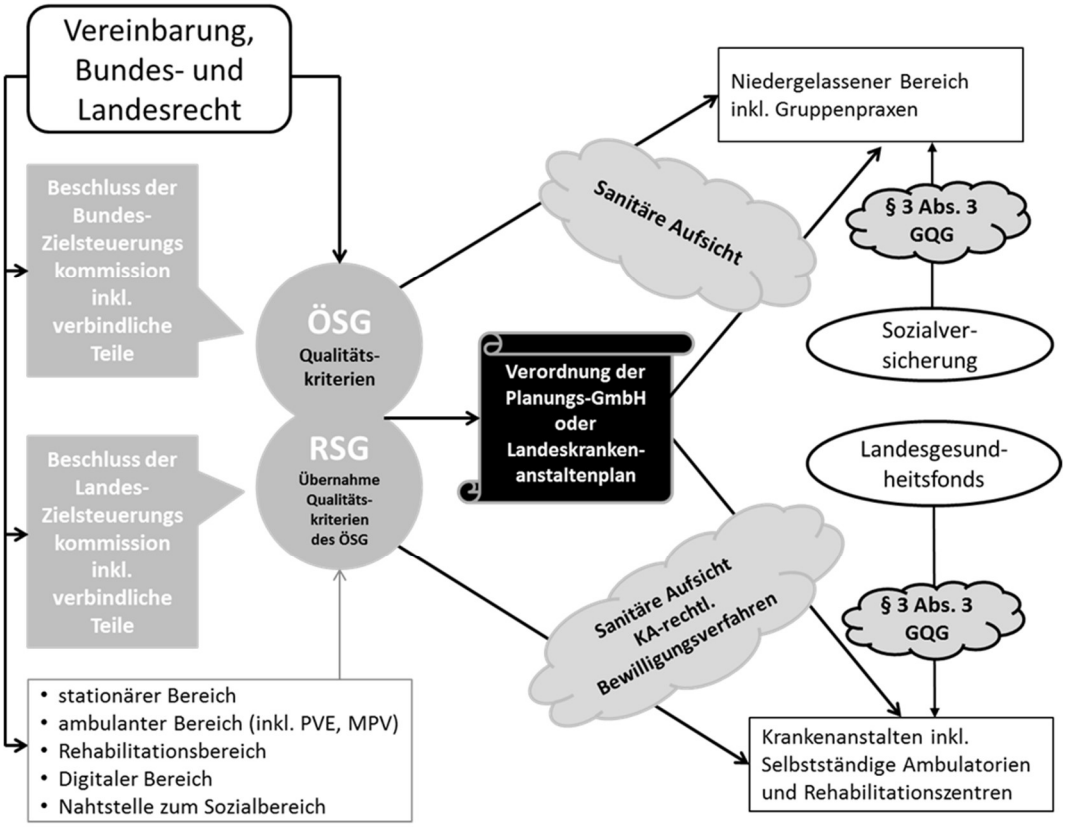
Folglich sind im ÖSG enthaltene Qualitätskriterien ein Maßstab für die von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie von anderen Institutionen im Rahmen ihrer Aktivitäten zur und von den Gesundheitsversorgungseinrichtungen und Gesundheitsdiensteanbieter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

Gemäß §3 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Qualität im Gesundheitswesen (GQG) setzt die **Abgeltung von einzelnen Leistungen** im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems durch die Träger der Sozialversicherung, die Landesgesundheitsfonds und den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds **voraus, dass die essenziellen Qualitätsstandards**, die unmittelbar für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und den Behandlungserfolg maßgeblich sind, **eingehalten** werden. Dazu zählen insbesondere jene aufgrund dieses Bundesgesetzes, gemäß § 7 Abs. 3 und 4 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit und gemäß § 117c Abs. 1 Z 5 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 in der jeweils geltenden Fassung, festgelegten essenziellen Qualitätsstandards sowie die Teilnahme an den Maßnahmen zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung gemäß § 7 Abs. 2 G-ZG.

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

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

RECHTLICHE UMSETZUNG DER QUALITÄTSVORGABEN DES ÖSG



Quelle und Darstellung: BMASGPK

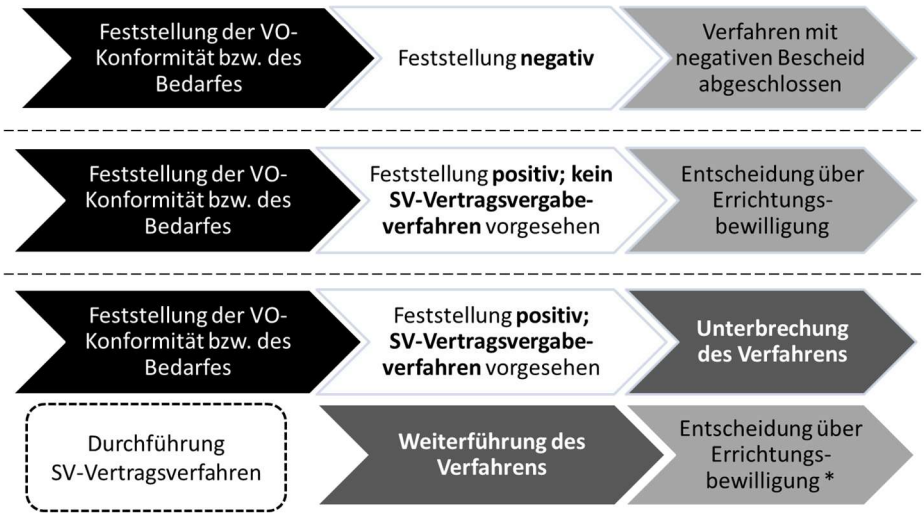
Errichtungsbewilligungsverfahren nach KAKuG

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

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

[19] §§ 3 Abs. 2b und 3a Abs. 4 Z 1 KAKuG
[20] § 3 Abs. 2c und § 3a Abs. 3 KAKuG
[21] §§ 3 und 3a KAKuG

ERRICHTUNGSBEWILLIGUNGSVERFAHREN NACH KAKUG



* Bestbieter des Vertragsvergabeverfahrens der Sozialversicherung erhält Bewilligung

Quelle und Darstellung: BMASGPK

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

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

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

Planungsrelevanz des ÖSG zur Umsetzung in Krankenanstaltenpläne

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

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

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

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

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

Anwendung der Qualitätskriterien des ÖSG

Die Qualitätskriterien des ÖSG sind grundsätzlich von allen GesundheitsdiensteanbieterInnen (GDA) einzuhalten (siehe oben Punkt b).

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

1.3 Planungshorizont

Die **Planungsaussagen** des ÖSG 2023 (Stand 15.12.2023) beziehen sich auf das Jahr **2030**, sofern nicht anders angeführt.

Die Planungshorizonte der RSG sind österreichweit einheitlich in 5-Jahres-Schritten zu wählen (2025, 2030, 2035 usw.).

1.4 Aufbau und Inhalte

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

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

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

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

[25] § 7 bzw. § 7 Abs. 4 G-ZG
[26] § 20 Abs. 1 G-ZG

Inhalte des ÖSG

Gesetzlich festgelegte Inhalte des ÖSG	Fundstellen im vorliegenden ÖSG
1. Informationen zur aktuellen regionalen Versorgungssituation	Anhang 5 – Planungsgrundlagenmatrix
2. Grundsätze und Ziele der integrativen Versorgungsplanung	Kapitel 2.1 – Grundsätze und Ziele
3. Quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina	Kapitel 2 – Planung Kapitel 4 – Bundesweiter Großgeräteplan Anhang 2 – Bemessung von ambulanten Betreuungsplätzen in definierten Versorgungsbereichen Anhang 5 – Planungsgrundlagenmatrix Anhang 6 – Versorgungsmatrix Anhang 7 – Leistungsmatrix-ambulant Anhang 8 – Leistungsmatrix-stationär Anhang 9 – RSG-Planungsmatrix Anhang 10 – Bundesweiter Großgeräteplan
4. Versorgungsmodelle für die abgestufte bzw. modulare Versorgung in ausgewählten bzw. speziellen Versorgungsbereichen einschließlich Nahtstellen sowie inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen	Kapitel 2.3 – Organisation Kapitel 3 – Qualitätskriterien
5. Vorgaben von verbindlichen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen zur Sicherung der Behandlungsqualität sowie Mindestfallzahlen als Orientierungswerte für die Leistungsangebotsplanung	Anhang 8 – Leistungsmatrix-stationär
6. Kriterien zur Strukturqualität und Prozessqualität sowie zum sektorenübergreifenden Prozessmanagement als integrale Bestandteile der Planungsaussagen	Kapitel 3 – Qualitätskriterien
7. Grundlagen für die Festlegung von Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene (RSG) für die ambulante und stationäre Akutversorgung unabhängig von einer Zuordnung auf konkrete Anbieterstrukturen: Leistungsmatrizen, Aufgabenprofile und Qualitätskriterien	Kapitel 3 – Qualitätskriterien Anhang 3 – Risikoliste Geburtshilfe Anhang 4 – Präklinische Versorgung von schweren Schädel-Hirn-Traumen Anhang 7 – Leistungsmatrix-ambulant Anhang 8 – Leistungsmatrix-stationär
8. Kriterien für die Bedarfsfeststellung und die Planung von Angeboten für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung sowie für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung gemäß Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	Kapitel 2.3.1 – Ambulante Versorgung Kapitel 3.1 – Ambulante Versorgung Anhang 7 – Leistungsmatrix-ambulant
9. Verbindliche überregionale Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen und Therapien von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen	Kapitel 2.2.5 – Überregionale Versorgungsplanung
10. Festlegung der von der Planung zu erfassenden, der öffentlichen Versorgung dienenden medizinisch-technischen Großgeräte inklusive österreichweiter Planungsgrundlagen, Planungsrichtwerte (insbesondere auch hinsichtlich der von diesen Großgeräten zu erbringenden Leistungen bzw. deren Leistungsspektrum sowie deren Verfügbarkeit) und Qualitätskriterien; Festlegung der bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderlichen Anzahl der Großgeräte (Bandbreiten)	Kapitel 4 – Bundesweiter Großgeräteplan Anhang 10 – Bundesweiter Großgeräteplan
11. Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (insbesondere Strahlentherapiegeräte, Coronarangiographie-Anlagen und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte) ist auf Bundesebene zu vereinbaren; weiters die standortbezogene und mit den Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene abgestimmte Planung der übrigen medizinisch-technischen Großgeräte; Kooperationsvereinbarungen zur gemeinsamen Nutzung von Geräten intra- und extramural sind verstärkt zu berücksichtigen	Kapitel 4 – Bundesweiter Großgeräteplan Anhang 10 – Bundesweiter Großgeräteplan
12. Vorgaben für Aufbau, Inhalte, Struktur, Planungsmethoden, Darstellungsform und Planungshorizont der RSG in bundesweit einheitlicher Form	Kapitel 2.4 – Rahmenvorgaben für RSG Anhang 9 – RSG-Planungsmatrix
13. Verbindliche integrierte Rehabilitationsplanung	Kapitel 2.2.6 – Rehabilitation

1.5 Weiterentwicklung und Ausblick

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

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

Es sind jedenfalls folgende Entwicklungsschritte vereinbart[27]:

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

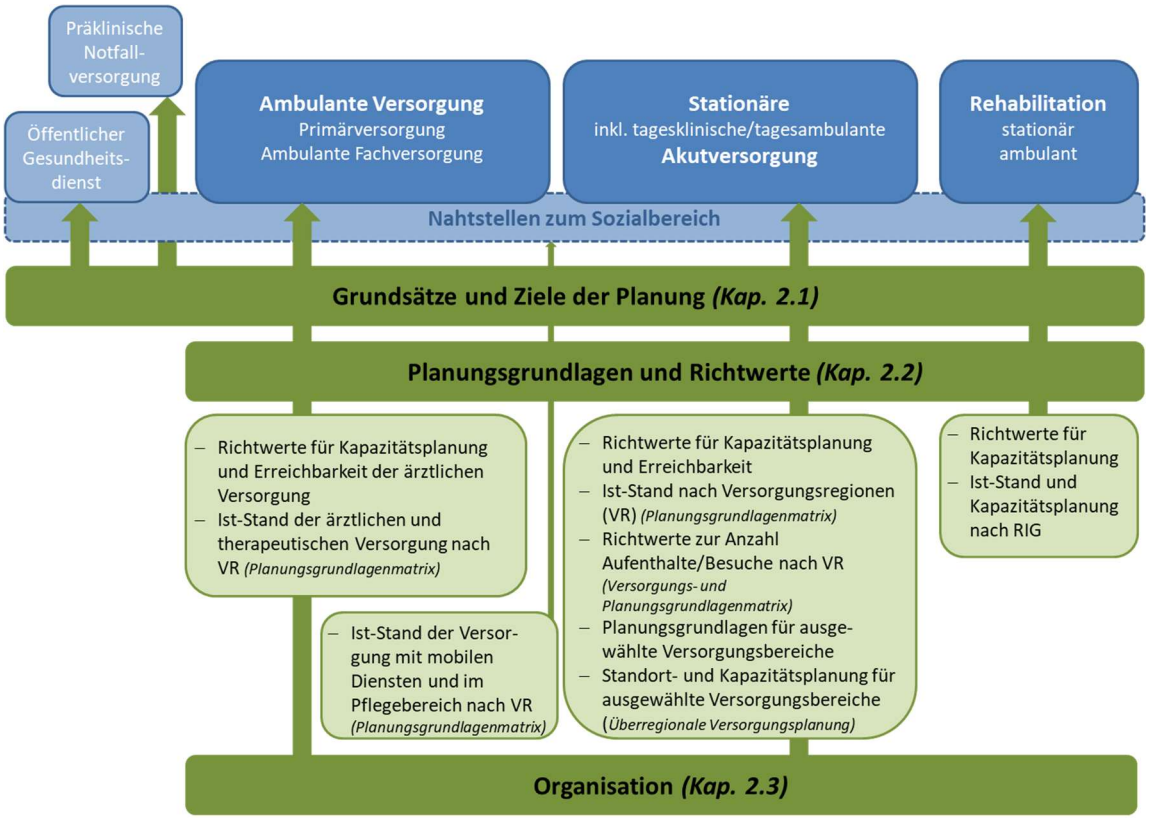
Revisionen der ÖSG-Inhalte werden auf der jeweils aktuellen Datenbasis grundsätzlich im Abstand von maximal fünf Jahren vorgenommen. Die notwendige Wartung einzelner Teile des ÖSG sowie Ergänzungen haben bei Bedarf während der Laufzeit dieser Vereinbarung zeitnah zu erfolgen.[28]

[27] Art. 5 Abs. 4 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
[28] Art. 5 Abs. 5 der Vereinbarung s.o.

2 PLANUNG

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

ÖSG KAPITEL 2 – ÜBERSICHT



Quelle: BMASGPK

2.1 Grundsätze und Ziele

2.1.1 Integrative regionale Versorgungsplanung

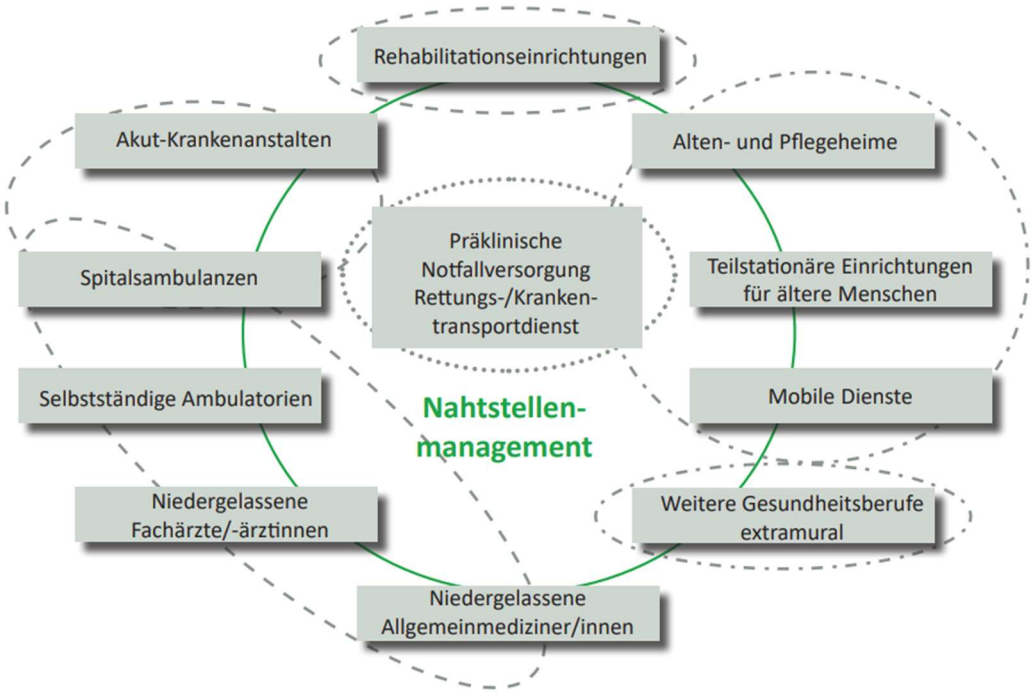
PUBLIC HEALTH ACTION CYCLE



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

Die integrative regionale Versorgungsplanung ist somit ein **iterativer zyklischer Prozess**, in welchem Ziele schrittweise gesetzt und erreicht werden, ohne die übergeordneten Grundsätze und Ziele für das Gesundheitswesen und die Gesamtheit des Systems aus den Augen zu verlieren. Die integrative regionale Versorgungsplanung berücksichtigt **alle relevanten Bereiche im Gesundheits- und Sozialwesen** einschließlich deren Beziehungen zueinander, in allen Versorgungsregionen (nach Maßgabe der vorhandenen Datengrundlagen, siehe z.B. auch → *Planungsgrundlagenmatrix im Anhang*).

SPHÄREN UND TEILBEREICHE DER INTEGRATIVEN REGIONALEN VERSORGUNGSPLANUNG



Legende: – – – – im ÖSG im IST-Stand und mit Rahmenplanung erfasst
– · – · – im ÖSG im IST-Stand teilweise erfasst
· · · · · · · im ÖSG nicht erfasst

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

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

Prinzipien der integrativen regionalen Versorgungsplanung

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

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

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

2.1.2 Präklinische Notfallversorgung

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

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

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

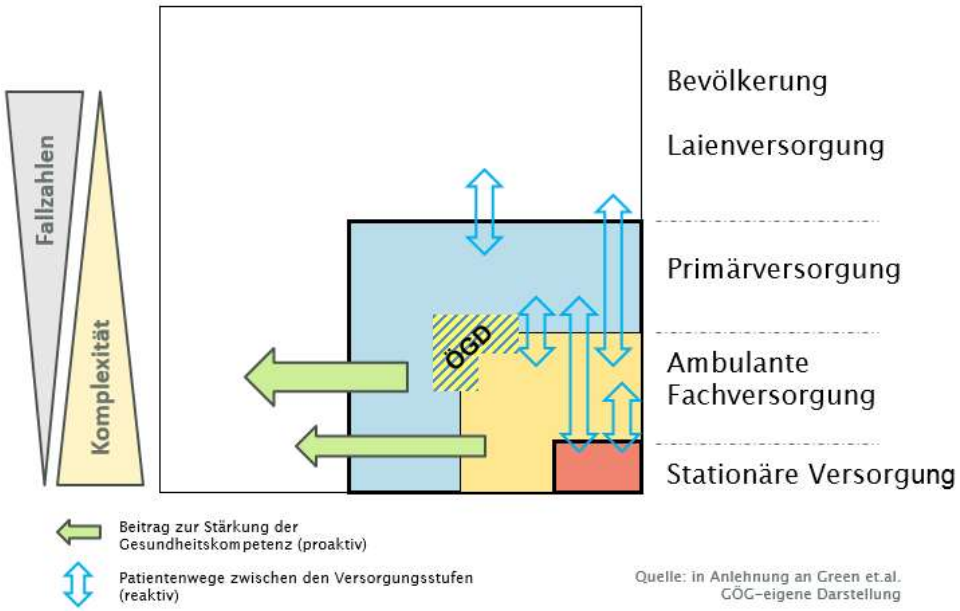
2.1.3 Versorgungsstufenmodell für akut und chronisch Kranke

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

Gesundheits- und Sozialberufe können für alle Versorgungsstufen tätig werden.

Die Gesundheitsversorgung durch telemedizinische Angebote befindet sich derzeit in der Aufbauphase und wird zunehmend in allen Versorgungsstufen Relevanz erlangen.

VERSORGUNGSSTUFENMODELL



2.1.3.1 Laienversorgung

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

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

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

2.1.3.2 Primärversorgung

Primärversorgung (Primary Health Care) ist die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.[29]

Die Grundsätze und Ziele sind:

- **Umfassende Grundversorgung** durch AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen in ausreichend zeitlicher Verfügbarkeit und Wohnortnähe

[29] gemäß § 3 Z 16 G-ZG

- Abschließende Behandlung von Personen mit akuten Erkrankungen sowie kontinuierliche Betreuung insbesondere bei chronischen Erkrankungen über alle Lebensphasen
- Primärversorgung wird im Rahmen von Einzelordinationen, Gruppenpraxen, Primärversorgungseinheiten (PVE gem. PrimVG) und selbständigen Ambulatorien geleistet, außerdem als Teilbereich auch in den - bestimmten Krankenanstalten vorgelagerten - Akutordinationen (z.B. EVA) sowie als virtuelles Angebot
- Forcieren von multiprofessionellen, teambasierten Organisationsformen wie z.B. Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten (**Zentren und Netzwerk)**, die in der integrierten regionalen Versorgung eine Schlüsselrolle einnehmen
- Forcierter Ausbau und Weiterentwicklung bestehender ambulanter Versorgungsstrukturen und -kapazitäten (v. a. monodisziplinärer Einzelordinationen/-praxen) zu **multiprofessionellen, teambasierten Organisationsformen**
- **Analyse und Planung** sämtlicher ärztlicher Primärversorgungsangebote auf Basis gemeinsamer **kohärenter Einheiten** bzw. vergleichbare Messgrößen

2.1.3.3 Ambulante Fachversorgung

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

Die Grundsätze und Ziele sind:

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

2.1.3.4 Akutstationäre inklusive tagesklinische/tagesambulante Versorgung

Unter (akut-)stationärer Versorgung versteht man die Behandlung eines Patienten / einer Patientin in einer bettenführenden Organisationseinheit einer (Akut-)Krankenanstalt auf Basis einer durch einen Anstaltsarzt/eine -ärztin festgestellten Anstaltsbedürftigkeit[30]. Die tagesambulante Versorgung ersetzt in einigen definierten spitalsambulanten Versorgungsbereichen die tagesklinische Versorgung.

Die Grundsätze und Ziele sind:

- Sicherstellen der stationären Akutversorgung durch **leistungsfähige, bedarfsgerechte**, in ihrem Leistungsspektrum **aufeinander abgestimmte** und – soweit sinnvoll und möglich – in regionalen **Verbänden** organisierte Akutkrankenanstalten (inkl. Kooperationen)
- Vermehrter Einsatz von **tagesklinischen und ambulanten Behandlungskonzepten**, wobei die präoperative Abklärung und die postoperative medizinisch-pflegerische Betreuung sicherzustellen

[30] gemäß § 22 KAKuG

sind und die Organisation der häuslichen Nachsorge als Teil des Entlassungsmanagements im Behandlungsprozess integriert ist.

- Umsetzen von **abgestuften Organisationsformen** zur Verringerung vollstationärer Bettenkapazitäten, wobei diese **nicht additiv**, sondern **substitutiv** einzurichten sind.
- Fördern von **interdisziplinären Strukturen** zur Verbesserung des Leistungsangebots und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte (Nutzung von Größenvorteilen bzw. Beachtung von Fixkostensprüngen)
- Sicherstellen einer bedarfsorientierten **Umstrukturierung** der Kapazitäten von Fächern mit steigendem Bedarf und solchen mit sinkendem Bedarf
- Fortsetzen der Anpassung stationärer Bereiche auf die speziellen Bedürfnisse der in ihrer Anzahl anwachsenden **hochbetagten** Patientinnen und Patienten
- Auf- und Ausbau von stationär und ambulant verschränkten, vorrangig multiprofessionellen Angeboten in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik für Kinder und Jugendliche und deren Vernetzung insbesondere mit Angeboten im Sozial- und Bildungsbereich
- Vermehrt Auf- und Ausbau der Versorgung in den Bereichen Akutgeriatrie und/oder Remobilisation, Palliativmedizin sowie Psychiatrie und Psychosomatik in Krankenanstalten und deren Vernetzung mit den extramuralen Angeboten im Gesundheits- und Sozialbereich.
- Entwicklung bzw. Umwidmung von Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit in **alternative Versorgungsformen** (z.B. Kurzzeitpflegestationen, regionale Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Nahtstellenfunktion)
- Institutionalisierung des **Aufnahme- und Entlassungsmanagements** in den Akut-Krankenanstalten (siehe→ *Kap. 3.4.3.2*)

2.1.3.5 Öffentlicher Gesundheitsdienst

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

Kernaufgaben:

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

2.1.3.6 Einordnung der ÖSG-Regelungen in das Versorgungsstufenmodell

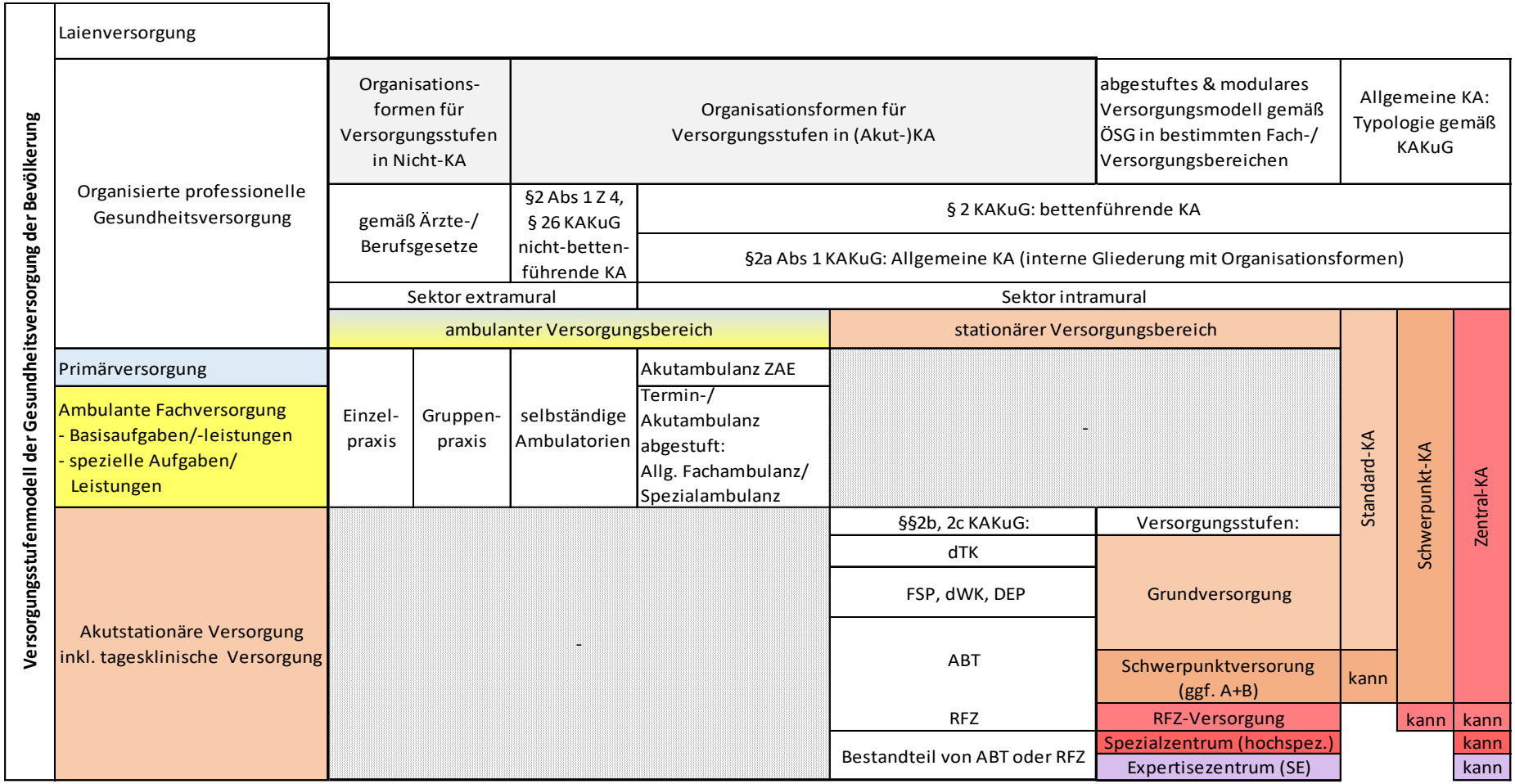
Das Versorgungsstufenkonzept beschreibt die großen Teilbereiche der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und deren Aufgaben.

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

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

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

GESTALTUNGSELEMENTE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG



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

32

2.1.4 Rehabilitation

Unter Rehabilitation werden – in Anlehnung an die im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) genannten Definitionen – Maßnahmen verstanden, die das Ziel verfolgen, die Leistungsfähigkeit, die Aktivität und die Teilhabe von Menschen nach Erkrankungen oder Operationen soweit wiederherzustellen, um im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen angemessenen Platz möglichst dauerhaft ohne Betreuung und Hilfe einnehmen zu können.

Die Grundsätze und Ziele sind:

- Gewährleistung **ausreichender** Rehabilitationskapazitäten für sämtliche Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) bzw. Rehabilitations-Indikations-Cluster (RIG-Cluster) entsprechend dem Versorgungsbedarf bundesweit (stationär) bzw. je Eignungsstandort (ambulant)
- Teilweise **Substitution der stationären durch ambulante Rehabilitation**: Die Verlagerung von Rehabilitationsleistungen ist dann anzustreben, wenn diese Leistungen bei zumindest gleicher Qualität gesamtwirtschaftlich günstiger erbracht werden können
- **Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation** einschließlich innovativer Versorgungsmodelle auf Basis der vorliegenden Evidenz sowie von Evaluierungsergebnissen
- **Ausgleich** von regional stark über- oder unterdurchschnittlicher Versorgung unter Berücksichtigung historisch gewachsener Strukturen
- Primäre **Analyse- und Planungs-Ebene** im Bereich der stationären Rehabilitation sind das Bundesgebiet bzw. im Bereich der ambulanten Rehabilitation die Eignungsstandorte und deren Einzugsbereiche
- Erhaltung bzw. Verbesserung von vorhandenen **Qualitätsstandards** (inkl. der Dimensionen der Prozessqualität und der Ergebnisqualität) sowie Sicherstellung eines auf die Patientenbedürfnisse abgestimmten **Versorgungsprozesses**

2.1.5 Nahtstellen zum Sozialbereich

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

Wesentliche Grundsätze und Ziele sind:

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

2.2 Planungsgrundlagen und Richtwerte

2.2.1 Rahmenbedingungen der Angebotsplanung

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

Prinzipien der Angebotsplanung

- Sicherstellung des offenen Patientenzugangs zum evidenzgesicherten **medizinischen Fortschritt**[31]
- Sicherstellung von **fachlicher Expertise** in den Behandlungsteams (ÄrztInnen und Angehörige pflegerischer und therapeutischer Gesundheitsberufe) durch Qualifikation (Aus-, Fort- und Weiterbildung) und Routine
- Einhaltung der im ÖSG enthaltenen **Qualitätskriterien** (siehe → *Kap. 3)*
- Einhaltung **ökonomischer Grundprinzipien** im Hinblick auf ausreichende Leistungsmengen, Fixkostendegression und Nutzungsgrad von eingesetzten Ressourcen und Kapazitäten ohne Qualitätseinbußen

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

Kriterien der Angebotsplanung[32]

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

Den Rahmen zur Angebotsplanung[33] auf regionaler Ebene bilden die **Planungsrichtwerte** im ÖSG. Ausgangspunkt für die Planungsrichtwerte ist dabei ein **bundesweiter Referenzwert**, der sich am Bundesdurchschnitt der Kapazitätsdichte bzw. der Versorgungsdichte (siehe → *Glossar*) in den einzelnen Sektoren und Versorgungsbereichen orientiert. Bei der Festlegung des jeweils anzuwendenden Referenzwertes sind regionale Besonderheiten sektorenspezifisch zu berücksichtigen (z.B. Bundesdurchschnitt mit/ohne Wien, Berücksichtigung der regionalen und/oder sozioökonomischen Struktur, Großstadtfaktor).

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

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

[33] ohne Berücksichtigung außergewöhnlicher Ereignisse

Die Festlegung ausreichender Versorgungsangebote in einer Region in Art und Umfang ist abhängig von den spezifischen regionalen **Rahmenbedingungen**, die sich aus der vernetzten Versorgungswirkung aller Systempartner in den komplementären Versorgungssektoren im Gesundheitswesen und im angrenzenden Sozialwesen ergeben. Der Ansatz der integrativen regionalen Versorgungsplanung (siehe → *Kap. 2.1.1*) berücksichtigt diese Wechselwirkungen weitgehend.

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

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

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

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

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

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

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

Planungsgrundlagenmatrix

Eine wesentliche Grundlage für die regionale Angebotsplanung stellt die Planungsgrundlagenmatrix (siehe → *Anhang 5*) dar. Sie beschreibt quantitativ die Versorgungssituation 2018 in jeder Versorgungsregion nach Fachrichtungen bzw. Versorgungsbereichen für Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH und SAN), ambulante ärztliche Versorgung, extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung (insoweit dazu aktuelle und valide Datengrundlagen verfügbar sind) sowie für die Alten- und Langzeitversorgung.

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

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

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

Methodenband

Für ergänzende methodische Erläuterungen zu den Planungsgrundlagen wird ein Methodenband zum ÖSG zur Verfügung gestellt.

2.2.2 Ambulante Versorgung

2.2.2.1 Primärversorgung

Die Planung der Primärversorgung bezieht sich grundsätzlich auf alle an der Primärversorgung beteiligten Leistungserbringer. Dies umfasst sämtliche ärztliche Primärversorgungsangebote (insbesondere vergemeinschaftete ambulante Strukturen – Gruppenpraxen, PVE, selbständige Ambulatorien). Die Festlegungen zur Angebotsplanung beschränken sich auf die **Allgemeinmedizin und die Kinder- und Jugendheilkunde**, wobei Vergemeinschaftungsformen insbesondere im städtischen Bereich zu forcieren sind.

Die Planung von PVE hat auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation zumindest auf Bezirksebene nach folgenden Kriterien zu erfolgen:

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

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

2.2.2.2 Ambulante Fachversorgung

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

Die Bedarfsfeststellung und regionale Planung von Kapazitäten für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung hat auf Basis von im ÖSG festgelegten Kriterien zu erfolgen. Diese Kriterien fokussieren auf Kriterien für die Standortplanung und auf Anforderungen an die

multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung vor dem Hintergrund der bestehenden Versorgungssituation in der jeweiligen Region[37]:

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

2.2.2.3 Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich

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

Phasen der Angebotsplanung im ambulanten Bereich

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

Die **quantitative Rahmenplanung** des ambulanten Bereichs im Sinne einer groben Orientierung auf Ebene der 32 Versorgungsregionen besteht – solange noch keine validen Datengrundlagen aus der „Dokumentation im ambulanten Bereich“ verfügbar sind – in einer Erhebung und Planung von **Kapazitäten** im ambulanten allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Bereich. Basis für diese Rahmenplanung des ÖSG ist die bundesweit einheitliche Messgröße der versorgungswirksamen **„ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten“** (ÄAVE) im Sinne des Regiomed-Systems der Sozialversicherung[38]. Werden als Planungsgrundlage und in der Darstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung im jeweiligen RSG in Ersatz zu ÄAVE andere Planungsgrößen wie z.B. Standardversorgungseinheiten (SVE) verwendet, so ist auf Ebene des Bundeslandes je Fachrichtung ein Umrechnungsschlüssel auf ÄAVE anzugeben.

[37] siehe Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 6 Abs. 4 Z 1 und 2
[38] zur Berechnungsmethodik vgl. Legende zur Planungsgrundlagenmatrix → *im Anhang*

Die festgelegten **Planungsrichtwerte** berücksichtigen die im Jahr 2021 versorgungswirksamen ÄAVE im gesamten ambulanten Versorgungsbereich[39], die regionale Bevölkerungsstruktur und Besiedelungsdichte sowie die Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßen-Individualverkehr. Bei der Berechnung der Planungsrichtwerte zur Versorgungsdichte werden in einem ersten Schritt die ÄAVE auf Basis des verfügbaren Datenstandes 2021 herangezogen. In einem zweiten Schritt werden die abschätzbaren Auswirkungen des ab 2019 gültigen spitalsambulanten Bepunktungsmodells in den Prognosen für 2030 berücksichtigt. In diese Prognosen fließen auch die expertengestützt erwartbaren Tendenzen in der medizinischen Entwicklung ein.

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

Ein zentraler Richtwert für den gesamten ambulanten Bereich ist die „**Versorgungsdichte**" (ÄAVE pro 100.000 EW) pro Fachrichtung. Auf Basis der errechneten Versorgungsdichte im Bundesdurchschnitt (ohne Wien) wurde durch Heranziehen einer **Bandbreite von +/-30 %**[40] das **Versorgungsdichte-Soll-Intervall** ermittelt. Die Versorgungsdichte soll in jeder Versorgungsregion (unter Berücksichtigung von regionalen Austauschbeziehungen) im angegebenen Intervall liegen. Durch die Umsetzung dieses Versorgungsdichte-Soll-Intervalls im Rahmen von regionalen Detailplanungen (RSG) sollen ungerechtfertigte regionale Abweichungen in der ambulanten Versorgungsdichte vermieden und eine Regionen übergreifende Abstimmung der Versorgungsangebote sichergestellt werden. Die unten angeführten Planungsrichtwerte sind bei der Erstellung bzw. bei der Aktualisierung von RSG heranzuziehen. Die Planungshorizonte sind österreichweit einheitlich in 5-Jahres-Schritten zu wählen (2025, 2030, 2035 usw.).

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

[39] Dem im ÖSG verfolgten integrativen Ansatz der Versorgungsplanung Rechnung tragend, erfolgt die Festlegung der Planungsrichtwerte unter Einbeziehung sowohl des extramuralen als auch des spitalsambulanten Versorgungsbereichs. Hierzu ist jedoch relativierend anzumerken, dass zwischen der Leistungserbringung im spitalsambulanten Bereich einerseits und extramuralen Bereich andererseits eine grundsätzliche Heterogenität existiert. Zudem ist diese Heterogenität zum Teil auch zwischen den Spitalsambulanzen innerhalb derselben Fachrichtung gegeben. Den für den spitalsambulanten Bereich ausgewiesenen ÄAVE kommt daher nur eine eingeschränkte Aussagekraft zu, was bei der Interpretation der PRW-Intervalle im Rahmen von regionalen Detailplanungen zu berücksichtigen ist. An einer verbesserten und differenzierteren Methode zur Berücksichtigung der spitalsambulanten ärztlichen Versorgungskapazitäten wird weiterhin gearbeitet.

[40] Bis zum Planungshorizont 2035 wird eine Harmonisierung der stationären und ambulanten Bandbreiten angestrebt.

Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich (Planungshorizont 2030)

Fachrichtung/Fachbereich **	Err. (Min.)	VDmin	VDmax	VD2021	BEVmin
Allgemeinmedizin (AM)**	10	34,9	64,8	48,7	2.000
Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)**	20	4,2	7,9	6,0	17.000
Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)	*	*	*	*	*
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)[1]	30	0,8	1,4	1,0	100.000
Chirurgie (CH)	*	4,5	8,4	6,3	*
Neurochirurgie (NCH)	*	*	*	*	*
Innere Medizin (IM)**	20	14,4	26,8	18,2	6.000
- *davon Pulmologie (PUL) / Innere Medizin-Pneumologie (IM-PUL)*	*	1,6	3,0	2,2	45.000
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH)	30	7,0	12,9	9,8	10.000
Neurologie (NEU)	30	2,4	4,5	3,4	30.000
Psychiatrie (PSY)	30	3,3	6,0	4,1	24.000
Dermatologie (DER)	30	3,2	5,9	4,5	22.000
Augenheilkunde (AU)	30	5,3	9,8	7,3	14.000
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	30	2,9	5,4	4,2	24.000
Urologie (URO)	30	2,5	4,6	3,5	29.000
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (PCH)	*	*	*	*	*
Orthopädie und Traumatologie (ORTR)[2]	30	7,4	13,8	10,4	10.000
Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	*	0,5	0,9	0,7	*
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK)	20	28,3	52,6	40,4	2.500
- davon mit kieferorthopädischem Schwerpunkt	*	2,8	5,1	3,9	*

[1] vorrangig in multiprofessionellen niederschwelligen Versorgungsangeboten im ambulanten Bereich; auf Grund des in Aufbau befindlichen Fachbereichs erfolgt die Festlegung der PRW für KJP in Anlehnung an die Bedarfsplanungsrichtlinie in Deutschland.
[2] Summe aus UC, OR und den im spitalsambulanten Bereich dem Fachbereich ORTR zugeordneten ÄAVE

Legende:

Err. (Min.) Erreichbarkeitsfrist in Minuten, binnen welcher zumindest 90 % der Wohnbevölkerung des betreffenden Bundeslandes den jeweils nächstgelegenen leistungsanbietenden Standort[x)] der betreffenden Fachrichtung erreichen können sollen (Kriterium zur Standortplanung, daher ausschließlich im Sinne der Erreichbarkeit im Straßen-Individualverkehr (ohne Berücksichtigung wetter-/verkehrsbedingter Verzögerungen) und unabhängig von Tageszeiten/Öffnungszeiten zu interpretieren; nicht anzuwenden auf medizinische Leistungen in Spitalsambulanzen i. S. von § 26 (1) KAKuG – für solche spitalsambulanten Leistungen vgl. Erreichbarkeits-Richtwerte für Akut-KA in Kap. 2.2.3 des ÖSG)
[x)] leistungsanbietende Standorte bzw. ÄAVE: Unmittelbar versorgungswirksame ärztliche LeistungserbringerInnen (niedergelassene ÄrztInnen mit Kassenvertrag, ÄrztInnen in Kassenambulatorien/Vertragsinstituten und in Spitalsambulanzen, letztere bei Erreichbarkeitsanalysen nur als Ist-Bestandsgröße einzubeziehen)

VD Versorgungsdichte - ÄAVE (inkl. „abrechnungsrelevante" WahlärztInnen) pro 100.000 EinwohnerInnen 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

VD2021 Versorgungsdichte (ÄAVE pro 100.000 EW der Wohnbevölkerung; ohne Wien) 2021

BEVmin Orientierungswert: 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); die Einführung des spitalsambulanten LKF-Modells und die damit verbundene vermehrte Zuordnung der Leistungserbringung aus dem vormals stationären in den spitalsambulanten Bereich führt zu einer rechnerischen Verringerung der Mindest-Bevölkerung pro ÄAVE-Ermittlung von BEVmin: Anzahl EinwohnerInnen 2021 (ohne Wien) / Anzahl ÄAVE 2021 (ohne Wien);

* Angaben derzeit nicht sinnvoll bzw. nicht verfügbar

** Im Bereich der AM inkl. ZAE (in RSG-PM: SON/IDB) und EVA in der Funktion von Akutordinationen; Wechselseitige Austauschbeziehungen zwischen den Fachrichtungen (insbesondere zwischen AM bzw. PVE sowie KIJU und IM) in regional unterschiedlicher Ausprägung zu beachten und in regionaler Detailplanung speziell zu analysieren bzw. zu berücksichtigen; die Fachrichtung KIJU deckt sowohl Teile der Primärversorgung als auch die ambulante Fachversorgung ab

Anm.: Wohnbevölkerung 2021: 8.932.664 (ohne Wien: 7.011.715); Wohnbevölkerung 2030: 9.347.316 (ohne Wien: 7.282.458); Ermittlung der Richtwerte in den Spalten „VDmin", „VDmax" und „BEVmin" auf Basis des Bundesdurchschnitts ohne Wien; Fachbereiche, für die keine Angaben auf Basis ÄAVE angeführt werden, da ab dem Vorliegen einer einheitlichen Dokumentation im gesamten ambulanten Bereich eine Leistungsmengenrahmenplanung vorgesehen ist: RAD, LAB, NUK, PAT, PMR

Quelle: DVSV – Regiomed 2021; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2021; Statistik Austria - Bevölkerungsprognose 2021 - 2100 (Aktualisierung November 2022); BMASGPK - Diagnosen-/Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2021 („XDok"); BMASGPK - Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik 2021; BMASGPK-Inanspruchnahme-Daten gemäß Verordnung zur Dokumentation im ambulanten Bereich, 2021 („XDok"); Berechnungen: GÖG

2.2.3 Akutstationäre inklusive tagesklinische/tagesambulante Versorgung

Im Bereich der akutstationären Versorgung sind **Planungsgrundlagen und -richtwerte** aufgrund der vorhandenen Datenbasen sowie aufgrund der wesentlich komplexeren und vielfältigeren Versorgungsstrukturen **mehrdimensional**. Neben Richtwerten für Erreichbarkeit und Kapazitäten an

- Betten für vollstationäre Aufenthalte,
- Tagesklinikplätzen für Tagesklinik-Aufenthalte (siehe → *Glossar*) und
- ambulanten Betreuungsplätzen für tagesambulante Behandlungen (gemäß Anhang 2)

werden auch Richtwerte für Leistungsmengen angegeben *(→ Versorgungsmatrix und Planungsgrundlagenmatrix)* sowie ergänzende spezielle Planungsgrundlagen für ausgewählte Versorgungsbereiche angeführt.

2.2.3.1 Planungsrichtwerte für den akutstationären und tagesklinischen/ tagesambulanten Bereich

Zur Darstellung der **vollstationären Versorgung**[41] werden die vorzuhaltenden **Bettenkapazitäten** in **Akutkrankenanstalten**[42] abgebildet. **Kapazitäten zur tagesklinischen/tagesambulanten Behandlung** werden zum Teil in der akutstationären und – bei ersatzweiser Durchführung im ambulanten Bereich – in der sog. tagesambulanten Versorgung (siehe → *Glossar*) mitberücksichtigt[43]. Die Bettenmessziffer 2019 bezieht sich auf alle für die stationäre Versorgung im Jahr 2019 systemisierten Betten (inkl. Tagesklinikplätze).

Das **Intervall der Bettenmessziffer vollstationär (BMZvs)** ist Ausdruck der zum Planungshorizont erforderlichen **Kapazitätsdichte** für die vollstationäre Versorgung der Wohnbevölkerung pro Bundesland. Das Intervall ermöglicht, epidemiologische und intersektorale Versorgungs-Spezifika einer Region zu berücksichtigen und trägt dem heterogenen Ausmaß erzielter Tagesklinikanteile bzw. der Verlagerung von Teilen der stationären Versorgung in den spitalambulanten Bereich Rechnung. Die Zurechnung von ausländischen **GastpatientenInnen** erfolgt zielbezogen (zum Leistungsstandort) gemäß Inanspruchnahme 2019. Im Rahmen der regionsspezifischen Detailplanung sind Patientenströme zu berücksichtigen.

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

Zur Darstellung der **erforderlichen Versorgungsstrukturen** für das gesamte Leistungsgeschehen, das vor Einführung des LKF-Modells ambulant überwiegend im stationären Bereich erbracht wurde und zukünftig partiell in den spitalsambulanten Bereich verlagert wird bzw. werden kann, werden die Planungsrichtwerte durch drei Kennzahlen zur Versorgungsdichte mit Bezug auf jeweils 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ausgedrückt:

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

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

[43] Derzeitige „Sonstige Nulltagesaufenthalte“, die aufgrund des „Bepunktungsmodells für den spitalsambulanten Bereich“ künftighin im spitalsambulanten Bereich erbracht werden, sind nicht der tagesklinischen oder tagesambulanten Versorgung zuzurechnen.

- **Bettenmessziffer-vollstationär (BMZvs)**: Bettenbedarf für Aufenthalte mit zumindest einem Belagstag; die Intervalle BMZvs(min) und BMZvs(max) zeigen das Planungsintervall.
- **Platzmessziffer (PMZ):** Bedarf an Tagesklinikplätzen und/oder ambulanten Betreuungsplätzen für Behandlungen, die während eines Kalendertags bzw. bei Beobachtungserfordernissen in ambulanten Erstversorgungseinheiten innerhalb von max. 24 Stunden abgeschlossen werden.
- **Kapazitätsmessziffer (KMZ)** gibt als **Gesamtstrukturgröße** den Kapazitätsbedarf für eine bedarfsgerechte intramurale gesamthafte (vollstationäre bis tagesambulante) Versorgung an (Summe von BMZvs und PMZ)

Die Einführung der Platzmessziffer trägt der mit dem LKF-Modell ambulant intendierten Förderung der ambulanten Leistungserbringung im Sinn der Entlastung des vollstationären Bereichs Rechnung, wobei auch Leistungen gemäß LKF-Tagesklinikkatalog (siehe → *Glossar*) optional vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden können. Die Bedarfsplanung für Tagesklinikplätze (Teil des stationären Bereichs) bzw. alternativ ambulante Betreuungsplätze gemäß Anhang 2 (Teil des ambulanten Bereichs) für tagesklinische Leistungen folgt demselben Algorithmus unabhängig von der jeweils gewählten administrativen Zuordnung der Patientenbehandlung.

PMZ Orientierungswerte gelten als Planungsrichtwerte für die erforderliche Anzahl an Tagesklinikplätzen bzw. ambulanten Betreuungsplätzen, die zur Durchführung von tagesklinischen bzw. tagesambulanten Leistungen vorgehalten werden sollten.

KMZ zeigen als Summe von BMZvs (Mittelwert) und PMZ den gesamten Kapazitätsbedarf an Versorgungsstrukturen, für die vollstationäre, tagesklinische und tagesambulante Leistungserbringung. Tagesambulante Besuche benötigen einen ambulanten Betreuungsplatz (vgl. Anhang 2). Diese Besuche unterscheiden sich von den in der KMZ nicht berücksichtigten „einfachen" ambulanten Besuchen vor allem aufgrund ihrer im Vergleich höheren Anforderung an die Personalausstattung und Infrastruktur. Die KMZ ist ein Ausgangspunkt für das Planungsintervall +/-25 % zur Bereitstellung der Gesamtkapazität an Betten und Plätzen, die im RSG ausgewiesen werden.

Aufgrund der Änderung der Sonderfach-Gliederung gemäß Novellierung der Ärzteausbildung im Zeitraum 2014 bis 2016 werden zwei betroffene Fachbereiche[44] (Innere Medizin bzw. Pulmologie) in den nachfolgend dargestellten **Planungsrichtwerten** unter Berücksichtigung der Übergangsfrist (bis zum Jahr 2027) bis auf Weiteres speziell dargestellt. Die unten angeführten Planungsrichtwerte bzw. Orientierungsrichtwerte sind bei der Erstellung bzw. bei der Aktualisierung von RSG heranzuziehen. Die Planungshorizonte sind österreichweit einheitlich in 5-Jahres-Schritten zu wählen (2025, 2030, 2035 usw.).

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

[44] Zusammenführung der Sonderfächer Unfallchirurgie und Orthopädie und orthopädische Chirurgie in das Sonderfach Orthopädie und Traumatologie in Umsetzung bzw. bis 2018 bereits vielerorts vollzogen, daher nur mehr gemeinsame Darstellung.

Planungsrichtwerte für die Normalpflege- und Intensivbereiche sowie tagesklinische/tagesambulante Versorgung in Akutkrankenanstalten (Planungshorizont 2030)

Fachbereiche/Versorgungsbereiche	Err. (Min.)	BMZvs (min)	BMZvs (max)	PMZ	KMZ	BMZ 2019	MBZ
Intensivbehandlungsbereiche (INT/IS)	60	0,13	0,22	*	0,17	0,16	6
Intensivüberwachungsbereiche (INT/UE)	45	0,06	0,10	*	0,08	0,07	4
IMCU/ICU (NEO), Kinder und Jugendliche	60	0,05	0,08	*	0,06	0,06	4/6
Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)	45	0,09	0,15	*	0,13	0,15	20
Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)	*	0,02	0,03	*	0,03	0,03	20
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	60	0,05	0,09	0,04	0,11	0,06	30
Chirurgie (CH)	45	0,38	0,64	0,01	0,52	0,64	30
Neurochirurgie (NCH)	60	0,04	0,07	*	0,06	0,06	30
Innere Medizin (IM)	45	0,99	1,65	0,07	1,39	1,41	30
- davon Pulmologie (PUL) / Innere Medizin-Pneumologie (IM-PUL)	*	0,08	0,13	0,01	0,11	0,10	30
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH)	45	0,17	0,28	0,02	0,24	0,33	20
Neurologie (NEU)	60	0,17	0,28	*	0,23	0,23	30
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe B (NEU-ANB/B)	60	0,04	0,07	*	0,05	0,04	3
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe C (NEU-ANB/C)	90	0,06	0,09	*	0,07	0,07	8
Psychiatrie (PSY, exkl. PSY-ABH und PSY-FOR)	60	0,31	0,51	0,09	0,50	0,36	30
Haut- und Geschlechtskrankheiten (DER)	90	0,03	0,05	*	0,05	0,06	25
Augenheilkunde (AU)	90	0,02	0,03	0,05	0,07	0,08	15
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	60	0,07	0,11	*	0,09	0,12	25
Urologie (URO)	60	0,10	0,16	*	0,14	0,14	25
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (PCH)	*	0,02	0,03	*	0,03	0,03	15
Orthopädie und Traumatologie (ORTR)	45	0,42	0,70	0,02	0,58	0,68	30
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	*	*	*	*	*	0,02	15
Strahlentherapie-Radioonkologie (STR)	90	*	*	*	*	0,03	*
Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)	*	*	*	*	*	0,01	*
Psychosomatik / Erwachsene (PSO-E)	90	0,03	0,06	0,01	0,05	0,05	20
Psychosomatik / Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSO-KJ) [1]	90	0,02	0,04	*	0,03	0,01	6
Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	45	0,24	0,40	0,02	0,34	0,20	24
Remobilisation/Nachsorge (RNS)	*	0,03	0,06	*	0,05	0,03	24
Palliativmedizin (PAL) / Erwachsene	60	0,05	0,08	*	0,06	0,04	8
Palliativmedizin (PAL) / Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	*	*	*	*	*	0,00	*
Gemischter Belag (GEM)	*	*	*	*	*	0,03	*
Summe (exkl. PSY-ABH und PSY-FOR) [1]	*	**3,63**	**6,06**	**0,35**	**5,19**	**5,28**	*

[1] Summen enthalten auch Fachbereiche/Versorgungsbereiche ohne ausgewiesene Planungsrichtwerte oder IST-Werte (*)
* Angaben nicht sinnvoll bzw. nicht verfügbar

Legende:

Err. (Min.) Erreichbarkeitsfrist in Minuten für jeweils nächstgelegene Abteilung (ABT, ohne Berücksichtigung von FSP, dWK und dTK bzw. für NEU-ANB, PSO, AG/R, RNS und PAL für alle bettenführende Einheiten anzuwenden); zu erfüllen für 90 % der Wohnbevölkerung jedes Bundeslandes (unter Berücksichtigung auch Bundesländer übergreifender Versorgungsbeziehungen)

BMZvs Bettenmessziffer-vollstationär (Bettenäquivalente als Basis für Planbetten in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EW) ausschließlich für vollstationäre Aufenthalte zum Planungshorizont 2030

BMZvs(min) untere Grenze des BMZvs-Soll-Intervalls, das von BMZvs(min) und BMZvs(max) begrenzt wird

BMZvs(max) obere Grenze des ZVS-Soll-Intervalls, das von BMZvs(min) und BMZvs(max) begrenzt wird

PMZ Platzmessziffer (Summe Tagesklinikplätze und ambulante Betreuungsplätze in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EW) zum Planungshorizont; Berechnung gemäß Anhang 2

KMZ Kapazitätsmessziffer (Summe Mittelwert des BMZvs-Intervalls und PMZ); Kapazitätsbedarf in Akut-KA für die vollstationäre und tagesklinische/tagesambulante Versorgung zum Planungshorizont: Planungsrichtwert

BMZ 2019 Bettenmessziffer (systemisierte Akutbetten inkl. Tagesklinikplätze in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EW 2019); CH inkl. HCH, GCH, TCH, TXC

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

Anmerkungen zu MBZ:
Tagesklinikplätze (TKP) sind Teil der einer ABT zugeordneten Betten zur ausschließlichen Nutzung für Tagesklinikaufenthalte mit im Durchschnitt 1,5-facher Belegung pro Platz an 250 Betriebstagen/Jahr und 90%-iger Auslastung; Berechnung ambulante Betreuungsplätze (ambBP) gemäß Anhang 2: standardisierte Festlegungen unabhängig von der organisatorischen Ausgestaltung entsprechend KA-spezifischer Rahmenbedingungen als Teil der fachbereichsspezifischen Organisationsform; werden abweichend davon andere Betriebstage/Jahr oder ein anderer Mehrfachbelegungsfaktor der Kapazitätsermittlung und -darstellung zugrunde gelegt, so sind diese im RSG bzw. LKAP offenzulegen. Betten auf Wochenstationen sind entsprechend ihrer eingeschränkten Betriebszeit mit 250 Betriebstagen/Jahr zu betrachten.

Anmerkungen zu BMZvsmin:
Wurde unter der Annahme bereits realisierter ambulanter Verlagerungspotenziale bzw. in Anlehnung an internationale Vergleiche festgelegt.
Folgende Normauslastungen wurden -– abhängig von Akutanteil, Verweildauer und Binnendifferenzierung -– der BMZvs zugrunde gelegt:
70 % für INT/UE Erw.; 75 % für INT/IS Erw. und INT/KIJU, KIJU, KJC, KJP, NEU (SU), NEU-ANB/B, PSO-KJ, PAL-KJ, GEM (ZAE);
82 % für AU, HNO, URO; 90 % für RNS, NEU-ANB/C, PSO-E; 85 % für alle anderen Fach- und Versorgungsbereiche

Wohnbevölkerung 2019: 8.858.775; Wohnbevölkerung 2030: 9.347.316

Anmerkungen zu den Fachbereichen/Versorgungsbereichen:

INT: Intensivbereiche der Neonatologie sowie Kinder- und Jugendheilkunde zusammengefasst; Intensivbereiche der Erwachsenenversorgung aller Fachbereiche getrennt nach Behandlungs- und Überwachungsbereichen; Anzahl an INT-Betten in Abhängigkeit von der Fächerstruktur der betreffenden KA individuell festzulegen

IM bzw. AG/R und RNS: Der überwiegende Teil der Betten für AG/R bzw. RNS ist durch Umwidmung von Akutbetten in den von der Verlagerung betroffenen Fachrichtungen (v. a. IM, OR, UCH bzw. ORTR) zu realisieren; zur Einhaltung der KMZ und der Erreichbarkeits-Richtwerte sind AG/R- und RNS-Kapazitäten gemeinsam zu betrachten

NEU: Bettenaufbau für NEU-ANB/B zumindest zum Teil durch Umwidmung von NEU-Betten zu realisieren; in der BMZvs(min) für NEU-ANB/C sind auch die entsprechenden Kapazitäten für RIG NEU in Reha-Einrichtungen i.S. des Sozialversicherungsrechts zu berücksichtigen.

PSY: BMZvs-Intervall bzw. KMZ sind nur nach vollständigem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar (siehe Planungsrichtwert VD für ambulanten Bereich); BMZvs(min) und BMZvs(max) inkl. akuter Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (akuter Entzug)[45], jedoch exkl. Entwöhnungsbehandlung[46]; Anwendung dieses Planungsrichtwerts unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Sichtweise und regionaler Gegebenheiten unter Einbeziehung der Bereiche Krankenanstalten, extramurale Versorgung und Sozialbereich;
Anmerkung: PSY exkl. PSY-ABH = Psychiatrie-Abhängigkeitserkrankungen (längerfristige Entwöhnungsbehandlung in spezialisierten Einrichtungen bzw. Einheiten mit eigenem Funktionscode 1-6215) und PSY-FOR = Psychiatrie-Forensik (Funktionscode 1-6249)

ORTR: innerhalb ORTR besteht Potenzial für Kapazitätsreduktion schwerpunktmäßig im Teilbereich OR

GEM: Akutbetten in GEM sind – auch im Falle interdisziplinärer Organisation des Normalpflegebereichs – entsprechend den dort abgedeckten MHG auf Fachrichtungen/Fach-/Versorgungsbereiche zuzuordnen; Ausnahmen: ZNA und ZAE

Quelle: BMASGPK - KA-Statistik 2019; Statistik Austria - Bevölkerungsstatistik 2019; GÖG-eigene Berechnungen

[45] Der akute Entzug (= körperliche Entgiftung) umfasst die Behandlung der Alkoholintoxikation mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder von Alkoholentzugssymptomen und von Intoxikationen mit anderen psychotropen Substanzen mit hohem Suchtpotential. Die Dauer der Behandlung sollte sich individuell an der Schwere der Entzugserscheinungen und der körperlichen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen orientieren. Darüber hinaus kann eine (auch längere) Behandlung in der Akut-PSY bei psychiatrischen Komorbiditäten (z.B. Depression) erforderlich sein oder wenn im Rahmen des Entzugs Begleiterscheinungen wie psychotische Zustände auftreten.

[46] „Entwöhnung“ umfasst (ausgehend von einer differentiellen individuellen Indikationsstellung) eine im Anschluss an die Entzugsphase möglichst nahtlos weiterführende Behandlung in den unterschiedlichen Settings (ambulant, ganztägig ambulant bzw. teilstationär, stationär), wobei sich die Dauer und Intensität individuell an der Schwere, der Komorbidität, den vorhandenen teilhabeorientierten Einschränkungen und den Folgen orientieren soll; vgl. auch die entsprechenden Regelungen im Kapitel „Festlegung von Einheiten zur Alkohol- und Drogenentwöhnung“ im jeweils aktuellen LKF-Modell.

2.2.3.2 Versorgungsmatrix und Planungsgrundlagenmatrix

Ergänzend zu den oben dargestellten Richtwerten zur Kapazitätsdichte an Akutbetten werden in der **Versorgungsmatrix** (→ *Anhang 6*) **Planungsrichtwerte zur Anzahl vollstationärer Aufenthalte** sowie der aus diesen Aufenthalten in den spitalsambulanten Bereich bereits 2018 zum Teil verlagerten bzw. bis 2025/2030 verlagerbaren „**platzerzeugenden Nulltagesaufenthalte/platzerzeugenden ambulanten Besuche**“ pro VMMHG[47] und Versorgungsregion (somit zur angestrebten Leistungsdichte) angegeben[48].

Die Richtwerte in der VM wurden unter Berücksichtigung der Häufigkeit stationärer Aufenthalte pro VMMHG bzw. im Bundesdurchschnitt (Jahr 2018; FKA, UKH und SAN), der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2025 bzw. 2030 sowie der Auswirkungen der medizinischen und technischen Entwicklung auf den Leistungsbedarf in den einzelnen MHG festgelegt.

Die Richtwerte sind **„quellbezogen“** (also bezogen auf den Wohnort der PatientInnen) definiert, inkludieren die im Jahr 2018 in der jeweiligen VR versorgten ausländischen GastpatientInnen („zielbezogen“) und sollen in jeder der 32 Versorgungsregionen bzw. in jeder der vier Versorgungszonen (vgl. Karte 1 im Anhang 11) nicht um mehr als **25 % über- bzw. unterschritten** werden.

Darüber hinaus weist die Versorgungsmatrix auch die Anzahl jener im Jahr 2018 angefallenen „platzerzeugenden **Nulltagesaufenthalte (NTA)**“ und „**platzerzeugenden ambulanten Besuche**“ aus, die ab 2017 (verpflichtend ab 2019) auf Grundlage des LKF-Modells ambulant potenziell gesamthaft im spitalsambulanten Bereich erbringbar sind und für die somit Tagesklinikplätze und/oder ambulante Betreuungsplätze gemäß Anhang 2 benötigt werden (vgl. Spalte „Anzahl platzerzeugende NTA/platzerzeugende amb. Besuche 2018/2025/2030 Ö gesamt“).

Eine wesentliche Grundlage für die regionale Angebotsplanung stellt die **Planungsgrundlagenmatrix** *(→ Anhang 5)* dar. In dieser sind – neben der quantitativen Beschreibung der Inanspruchnahme 2018 im akutstationären Bereich sowie der verfügbaren Kapazitäten in allen Versorgungssystemen in der jeweiligen Versorgungsregion – pro Fachrichtung Richtwerte zur Anzahl der insgesamt aus der jeweiligen Region heraus im Jahr 2025 entstehenden vollstationären Aufenthalte sowie Soll-Werte für platzerzeugende Nulltagesaufenthalte/ambulante Besuche festgelegt.

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

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

[48] Die in der „Versorgungsmatrix“ enthaltenen Richtwerte zur Anzahl stationärer Aufenthalte pro VMMHG im Jahr 2025 bzw. im Jahr 2030 basieren u.a. auf den Ergebnissen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation des Jahres 2018. 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 vollstationärer Aufenthalte in der VM bilden weiters auch die Grundlage für die Ermittlung der Richtintervalle zu den Betten- und Platzmessziffern in der oben dargestellten Planungsrichtwerte-Tabelle.

2.2.4 Ergänzende Planungsgrundlagen für ausgewählte Versorgungsbereiche

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

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

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

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

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

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

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

Ergänzende Planungsgrundlagen für ausgewählte Versorgungsbereiche

Ausgewählte Versorgungsbereiche	Planungsgrundsätze	Erreich-barkeit (Minuten)	Einzugsbereich Einwohnerrichtwert	ÜRVP
PVE-AM[1]	Im städtischen Bereich (inkl. suburbane Bereiche) vorrangig als PVZ. Im ländlichen Raum ggf. als PVN zweckmäßig	25	Max. 50.000 EW (Orientierungswert für regional differenzierte Standortplanung)	
Psychosoziale Versorgungsbereiche				
Kinder- und Jugend-psychiatrie			ABT: mind. 350.000 EW; mind. 1 ambulante KJP-Einheit pro 250.000 EW	
PSY – Entwöhnungsbe-handlung bei Abhängig-keitserkrankungen	Längerfristige Entwöhnungsbe-handlung mit standardisierten Be-handlungsprogrammen in speziali-sierten Einrichtungen/stat. Einhei-ten mit eigenem Funktionscode		1 Behandlungsplatz2 pro 6.500 EW 75 % Alkohol-, Medikamenten- u. substanzungebundene Sucht 25 % illegale Drogen	
Spezialisierte Versorgungsbereiche (Referenzzentren, Spezialzentren)				
Kinderorthopädisches Zentrum	keine zusätzlichen Standorte	180	KOZ: mind. 2.000.000 EW	
Geburtshilfe[3]: **Perinatalzentren** **GH-Schwerpunkt A** **GH-Schwerpunkt B**		 120 90 60	 PNZ: mind. 500.000 EW GH-SA: mind. 500.000 EW GH-SB: mind. 150.000 EW	
Neonatologie: **NICU** **NIMCU**	Nationale und internationale Richt-werte für die Mindestanzahl an Ge-burten in einer neonatologischen Einrichtung zur Evaluierung beste-hender Standorte		Geburten im Einzugsgebiet des KA-Standorts: NICU: 2.500 NIMCU: 1.000	
Traumazentrum[3]	Festlegung von österreichweit max. 8 Trauma-Netzwerken - auch staats-/bundesländergrenzenüber-greifend tätig - unter Einbindung al-ler an der Trauma-Versorgung be-teiligten Krankenanstalten im je-weils zugeordneten Einzugsbereich	120	TRZ: mind. 400.000 EW	
Schwerbrandverletzten-Zentrum	internationale Vernetzung für Be-herrschung von Großschadenereig-nissen	180	BRA: mind. 2.000.000 EW	X
Kardiologie – endovaskulär[3, 4]		60	KARZ oder KARS: mind. 200.000 EW	
Gefäßchirurgisches Zentrum[3]		60	GCHZ: mind. 300.000 EW	
NEU-Stroke Unit		60	SU: mind. 200.000 EW	
NEU/NCH-Spezial-zentren	keine zusätzlichen Standorte	180	NEU/NCH-SPZ: mind. 2.000.000 EW	
SPZ Endovaskuläre Neurointervention		90	-	
Onkologische Versor-gung[3]: **ONK-Zentrum** **ONK-Schwerpunkt**		 120 60	 ONKZ: mind. 500.000 EW ONKS: mind. 300.000 EW	
Stammzelltransplanta-tion (allogen)	keine zusätzlichen Standorte	180	SZTall: mind. 1.600.000 EW	X
Brustgesundheits-zentrum		90	BRZ: mind. 250.000 EW	
Transplantations-chirurgie	keine zusätzlichen Standorte	180	TXC: mind. 1.600.000 EW	X
Herzchirurgie	keine zusätzlichen Standorte	120	HCH: mind. 800.000 EW	X
Thoraxchirurgie		90	TCH: mind. 500.000 EW	
Nuklearmedizinisches Referenzzentrum (stationäre Therapie)	keine zusätzlichen Standorte	120	NUKT: mind. 800.000 EW	

Ausgewählte Versorgungsbereiche	Planungsgrundsätze	Erreich-barkeit (Minuten)	Einzugsbereich Einwohnerrichtwert	ÜRVP
Nephrologisches Zentrum[3]		120	NEPZ: mind. 800.000 EW	
Dialyseeinheit	Neuerrichtungen von HDia-Standorten nur dann, wenn Aufstockungen nicht durchführbar bzw. Erreichbarkeitsrichtwert nicht einhaltbar; unter Beachtung standortbezogener Richtwerte von 3.000 HD p.a.	45	-	
Hämodialyseplätze (HDia-Plätze)	Ambulante Hämodialyseplätze pro 100.000 EW (in Bezug auf die zu versorgende Bevölkerung) auf Basis eines 3-2-Schicht-Betriebes und eines österreichweit anzustrebenden PDia-Versorgungsanteils von 15 % bzw. 10 % (bei alternativer Schichtbetrieb-Organisation bzw. anderem PDia-Versorgungsanteil ist Platzanzahl entsprechend zu adaptieren); zusätzlich allfällige Reserve für Backup-Funktion (im intramuralen Bereich) sowie Plätze für Gastdialysen und Plätze für PatientInnen in der Rehabilitation; exklusive Plätze für Kinderdialyse	-	Richtwerte für das Jahr 2030 pro 100.000 EW bei Anteil 15 % PDia (bzw. *10 % PDia):* Burgenland 11,4 *(12,1)* Kärnten 11,6 *(12,3)* Niederösterreich 10,1 *(10,7)* Oberösterreich 10,6 *(11,2)* Salzburg 10,5 *(11,1)* Steiermark 11,9 *(12,6)* Tirol 9,4 *(9,9)* Vorarlberg 9,9 (10,5*)* Wien 10,9 *(11,5)*	
Peritonealdialyse (PDia)	an zumindest einem HDia-Standort pro BL (auch durch Bundesländer übergreifende Kooperation möglich); weitere PDia-Standorte jeweils in Anbindung an HDia-Standorte mit PDia-Erfahrung; unter Beachtung standortbezogene Mindestbetreuungsfrequenz von 10 PDia-Pat. p.a.	-	-	
Spezielle Versorgungsbereiche				
Akutgeriatrie/ Remobilisation (AG/R)	ABT vorrangig an KA mit breiter Fächerstruktur bzw. bestehende Geriatrie-Zentren; Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten	-	-	
Palliativ- und Hospizversogung[5]	Palliativstation im Rahmen ABT mit hohen Anteilen an PAL-PatientInnen und PAL-Interesse; Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten Palliativ-Konsiliardienst (PKD) Teil jeder bettenführenden PAL-Einheit; in jeder Akut-KH verfügbar (PKD KH-übergreifend tätig)	60	-	
	Pädiatrische Palliativbetten: bedarfsorientiert innerhalb von ABT für KIJU; Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten	-	-	

[1] Mindestanforderung gem. PrimVG
[2] Abstimmung der Planung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich bzw. Suchtkoordination im Sinne einer regionalen Gesamtplanung (auch im Rahmen von Kooperationen bundesländerübergreifend)
[3] Im Falle ausreichender Kapazitäten eines Referenzzentrums muss auch bei größeren Einzugsbereichen kein Schwerpunkt eingerichtet werden.
[4] Im Rahmen von regionalen Konzepten ist eine leitliniengerechte ACS-Versorgung umzusetzen.
[5] Expertenempfehlungen für andere Angebote der Palliativ- und Hospizversorgung siehe Broschüre *„Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene“,* siehe → *Kap. 3.2.4.4*

2.2.5 Überregionale Versorgungsplanung

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

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

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

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

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

Die Versorgungsbereiche erfüllen folgende **Kriterien**:

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

und

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

und

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

oder

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

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

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

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

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

Übersicht über ÜRVP-Gruppen

Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Kinder/Jugendliche und Erwachsene
• **Herzchirurgie** • **Transplantationschirurgie** • **Neurochirurgie** – akut	• **Kinder-Herzzentren** (Herz-CH und Kardiologie) • **Pädiatrische onkologische Versorgung**	• Zentren für **medizinische Genetik** (inkl. BRCA) • **Expertisezentrum für seltene Erkrankungen**
• **Schwerbrandverletzten-Versorgung** • **Stammzell-Transplantation** – allogen	• **Kinder-Schwerbrandverletzten-Versorgung** • **Kinder-Stammzell-Transplantation** – allogen	• Sonderisolierstationen für **hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen** (HKLE)

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

Für die ÜRVP-Gruppen 1 und 3 sind die Bettenkapazitäten im Ist-Stand in Form von „Bettenäquivalenten (BÄ)“ auf Basis der tatsächlichen Inanspruchnahme im Jahr 2018 unter Berücksichtigung einer Soll-Auslastung von 85 % ausgewiesen. Abweichend sind im Bereich der pädiatrisch onkologischen Versorgung (KJONK) in den Angaben zu den Kapazitäten neben „Bettenäquivalenten auch ambulante Betreuungsplätze und Tagesklinikplätze subsummiert. Der spezifische Kapazitätsbedarf 2030 wurde auf Basis der beobachteten Inanspruchnahme-Entwicklung im Zeitraum 2014 - 2021 und unter Annahme von bis zum Jahr 2030 stabilen Patientenströmen zwischen den Bundesländern festgelegt. Im ÜRVP-Bereich der Schwerbrandverletztenversorgung und bei den Sonderisolierstationen für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen erfolgte die Bedarfsschätzung basierend auf internationalen Vergleichen mit Deutschland und mit der Schweiz.

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

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

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

Bei Reduktion von Kapazitäten (Betten bzw. im Bereich KIJONK Betten und Plätzen) eines Leistungsstandortes infolge von realisierten Effizienzsteigerungen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Ver-

sorgungsniveaus bezogen auf Fallzahlen, Herkunftsbundesland der PatientInnen sowie Leistungsumfang ist die B-ZK über die neue Angebotsstruktur zu informieren und die ÜRVP gegebenenfalls anzupassen.

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

Die im ÖSG enthaltenen Planungsaussagen zur ÜRVP sind in RSG-Arbeiten zu berücksichtigen, berühren aber nicht die Inhalte bereits vor Beschlussfassung des ÖSG 2023 in der Fassung vom 15.12.2023 in Kraft gesetzter RSG. Die im RSG enthaltenen Planungsaussagen zur ÜRVP sind bei die ÜRVP betreffenden RSG-Änderungen entsprechend den ÖSG-Vorgaben zu adaptieren, spätestens jedoch bis 2025.

Anmerkung: Die Kapazitätsangaben in der Tabelle zur KJONK-Versorgung in den Spalten „Bettenäquivalente inkl. INT 2019*“ sowie „Spezifischer Bettenbedarf 2030*“ sind nicht mehr direkt mit den im ÖSG 2017 angeführten Bettenzahlen vergleichbar, da es sich nunmehr um Kapazitätszahlen handelt (vgl. Fußnoten (*) zu den ÜRVP-Tabellen). Die Kapazitätszahl entspricht der Summe der Bettenäquivalente, ambulanten Betreuungsplätze und Tagesklinikplätze im Bereich KJONK.

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

Ziel-Krankenanstalt bzw. Ziel-Versorgungsregion	Bettenäquivalente inkl. INT 2019*	Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet": 11 Burgenland-Nord	12 Burgenland-Süd	21 Kärnten-Ost	22 Kärnten-West	31 NÖ Mitte	32 Waldviertel	33 Weinviertel	34 Thermenregion	35 Mostviertel	41 OÖ Zentralraum Linz	42 OÖ Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzkammer-	46 Innviertel	51 Salzburg-Nord	52 Pinzgau-Pongau-Lungau	61 Graz	62 Liezen	63 Östliche Obersteiermark	64 Oststeiermark	65 West-/Südsteiermark	66 Westliche Obersteiermark	71 Tirol-Zentralraum	72 Tirol-West	73 Tirol-Nordost	74 Osttirol	81 Rheintal-Bregenzerwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost	Spezifischer Bettenbedarf 2030*
Kinder-Herzzentren (Kinder-Herzchirurgie und Kinder-Kardiologie) (KHZ), *vgl. Kap. 3.2.3.11*[1]																																		
Kinder-Herzchirurgie (KHCH)																																		
K470 KUK Linz		-	-	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	-	-	-	
K612 Graz LKH UnivKl.		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K901 Wien AKH	40	x	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Österreich Insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**42**
Kinder-Kardiologie(KKAR)																																		
K470 KUK Linz		-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	x	-	-	-	x	x	x	-	-	-	
K612 Graz LKH UnivKl.		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K706 Innsbruck LKH	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	
K901 Wien AKH		x	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	
Österreich Insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**24**
Kinder-Schwerbrandverletzten-Versorgung (KBRA), *vgl. Kap. 3.2.3.6*[2]																																		
K612 Graz LKH UnivKl.		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	3
K956 Klinik Donaustadt		x	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	x	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	3
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**6**
Pädiatrische onkologische Versorgung (KJONK), *vgl. Kap. 3.2.3.9*[3]																																		
K470.3 KUK Linz		-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K524 Salzburg LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K612 Graz LKH UnivKl.		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K706 Innsbruck LKH	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	
K901 Wien AKH		x	x	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	
K952 St Anna KISP																																		
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**92**[4]
Kinder-Stammzelltransplantation-allogen (KSZT-all)[5], *vgl. Kap. 3.2.3.9*[3]																																		
K612 Graz LKH UnivKl.		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
K706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	2
K952 St Anna KISP	8	x	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	8
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**14**

* Grobabschätzung des Bettenbedarfs für Österreich insgesamt auf Basis der vollstationären Betteninanspruchnahme in den Jahren 2014 - 2021 (ausgenommen KBRA, hier Bedarfsschätzung basierend auf internationalen Vergleichen mit Deutschland und mit der Schweiz); Grobschätzung des spezifischen Bettenbedarfs 2030 auf Basis von Bettenäquivalenten (= Belagstage/310,25; entsprechend einer Soll-Auslastung von 85 % wird eine Belegung von 310,25 Tagen pro Bett und Jahr zugrunde gelegt) inkl. INT-Versorgung

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

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

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

[4] Kapazitätszahl inkludiert Bettenäquivalente sowie ambulante Betreuungs- und Tagesklinikplätze; die Berechnung des Plätze-Bedarfs erfolgt in Anlehnung an die Berechnungsvorschriften im Anhang 2 für die Platzbemessung bei der onkologischen Pharmakotherapie; aufgrund adaptierter Berechnungsgrundlagen für die Platzberechnung kommt es im Vergleich zur Version des ÖSG 2023 (Stand 15.12.2023) zu einer rein rechnerischen Reduktion der ausgewiesenen Kapazitätszahlen im Ist- und Planstand; exklusive Weiterbetreuung außerhalb von KJONK Zentren

[5] Inkl. Vor- und Nachsorgebetten

x Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts

ANM: Da die Zuordnung der VR zu den ÜRVP-Soll-Standorten primär auf Basis der tatsächlichen Patientenströme bzw. Einzugsbereiche im Jahr 2018 erfolgte, kann eine VR (in Fällen nicht eindeutig zuordenbarer Patientenströme) auch mehreren ÜRVP-Soll-Standorten zugeordnet sein.

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA; Berechnungen: GÖG

Überregionale Versorgungsplanung - Standort-/Kapazitätsplanung (Erwachsene)

Ziel-Krankenanstalt bzw. Ziel-Versorgungsregion	Bettenäquivalente inkl. INT 2019*	Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet": 11 Burgenland-Nord	12 Burgenland-Süd	21 Kärnten-Ost	22 Kärnten-West	31 NÖ Mitte	32 Waldviertel	33 Weinviertel	34 Thermenregion	35 Mostviertel	41 OÖ Zentralraum Linz	42 OÖ Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzkammergut	46 Innviertel	51 Salzburg-Nord	52 Pinzgau-Pongau-Lungau	61 Graz	62 Liezen	63 Östliche Obersteiermark	64 Oststeiermark	65 West-/Südsteiermark	66 Westliche Obersteiermark	71 Tirol-Zentralraum	72 Tirol-West	73 Tirol-Nordost	74 Osttirol	81 Rheintal-Bregenzerwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost	Spezifischer Bettenbedarf 2030*
Herzchirurgie (HCH), *vgl. Kap. 3.2.3.11*																																		
K205 Klinikum Klagenfurt LKH		-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	x	-	-	-	-	
K382 St. Pölten-LF UnivKL		-	-	-	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K470.1 KUK Linz standortüber-greifend mit K434.1 KL Wels-Grieskirchen, Standort Wels		-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K524 Salzburg LKH	349	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	
K612 Graz LKH UnivKl.		-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	
K901 Wien AKH		x	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	
K976 Klinik Floridsdorf																																		
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**369**
Transplantationschirurgie (TXC), *vgl. Kap. 3.2.3.13*																																		
K419 Linz ELISAB KH[1]		-	-	-	-	-	n	-	-	n	n	n	n	n	n	n	n	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K612 Graz LKH UnivKl.		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K706 Innsbruck LKH	60	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	
K901 Wien AKH		x	x	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**64**
Neurochirurgie akut (NCHa; MEL AC020-AC040, AD010-AD070, EA020, EA030, LA010), *vgl. Kap. 3.2.3.7*																																		
K205 Klinikum Klagenfurt LKH		-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	
K356 Wr. Neustadt LKL		x	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K382 St. Pölten-LF UnivKL		-	-	-	-	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K470.2 KUK Linz		-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K528 Salzburg CDK		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K612 Graz LKH UnivKl.	248	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
K706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	
K830 Feldkirch LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	
K901 Wien AKH																																		
K917 Klinik Landstraße		x	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	
K956 Klinik Donaustadt																																		
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**262**
Schwerbrandverletzten-Versorgung in BRA-Einheit (BRA)[2], *vgl. Kap. 3.2.3.6*																																		
K612 Graz LKH UnivKl.		-	x	x	x	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
K706 Innsbruck LKH**		-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	2
K901 Wien AKH		x	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	6
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**14**
Stammzelltransplantation-allogen (SZT-all)[3], *vgl. Kap. 3.2.3.9*																																		
K419 Linz ELISAB KH		-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
K612 Graz LKH UnivKl.		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
K706 Innsbruck LKH	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	7
K901 Wien AKH		x	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	14
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**42**

* Grobabschätzung des Bettenbedarfs für Österreich insgesamt auf Basis der vollstationären Betteninanspruchnahme in den Jahren 2014 - 2021 (ausgenommen BRA, hier Bedarfsschätzung basierend auf internationalen Vergleichen mit Deutschland und mit der Schweiz); Grobschätzung des spezifischen Bettenbedarfs 2030 auf Basis von Bettenäquivalenten (= Belagstage/310,25; entsprechend einer Soll-Auslastung von 85 % wird eine Belegung von 310,25 Tagen pro Bett und Jahr zugrunde gelegt) inkl. INT-Versorgung

**Der Planungshorizont für die BRA-Einheit im LKH Innsbruck ist das Jahr 2035. Die Versorgung der dem LKH Innsbruck zugeordneten Versorgungsgebiete erfolgt bis dahin entweder durch die Leistungsstandorte LKH Graz UnivKl. und AKH Wien oder im Rahmen von Kooperationen im Ausland.

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

2 Idealtypische Standortplanung für INT-Bereiche im Rahmen der BRA auf Basis Erreichbarkeit/Nächstgelegenheit

3 inklusive Vor- und Nachsorgebetten

x Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts

ANM: Da die Zuordnung der VR zu den ÜRVP-Soll-Standorten primär auf Basis der tatsächlichen Patientenströme bzw. Einzugsbereiche im Jahr 2018 erfolgte, kann eine VR (in Fällen nicht eindeutig zuordenbarer Patientenströme) auch mehreren ÜRVP-Soll-Standorten zugeordnet sein.

Quelle: BMASGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA; Berechnungen: GÖG

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

		Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet"																																
Ziel-Krankenanstalt bzw. Ziel-Versorgungsregion	**Bettenäquivalente inkl. INT 2019**	11 Burgenland-Nord	12 Burgenland-Süd	21 Kärnten-Ost	22 Kärnten-West	31 NÖ Mitte	32 Waldviertel	33 Weinviertel	34 Thermenregion	35 Mostviertel	41 OÖ Zentralraum Linz	42 OÖ Zentralraum Wels	43 Mühlviertel	44 Pyhrn-Eisenwurzen	45 Traunviertel-Salzkammergut	46 Innviertel	51 Salzburg-Nord	52 Pinzgau-Pongau-Lungau	61 Graz	62 Liezen	63 Östliche Obersteiermark	64 Oststeiermark	65 West-/Südsteiermark	66 Westliche Obersteiermark	71 Tirol-Zentralraum	72 Tirol-West	73 Tirol-Nordost	74 Osttirol	81 Rheintal-Bregenzerwald	82 Vorarlberg-Süd	91 Wien-Mitte-Südost	92 Wien-West	93 Wien-Nordost	**Spezifischer Bettenbedarf 2030***
Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen – Sonderisolierstation (HKLE)*, *vgl. Kap. 3.2.3.17*																																		
K910 Klinik Favoriten	n.v.	x	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	3
K612 Graz LKH UnivKl.		-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
K706 Innsbruck LKH		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	2
Österreich insgesamt		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**8**

x Versorgungsgebiet des jeweiligen Leistungsstandorts
* Grobabschätzung des Bettenbedarfs für Österreich basierend auf internationalen Vergleichen mit Deutschland und mit der Schweiz

		Quell-Versorgungsregion bzw. "Versorgungsgebiet"																																
Ziel-Krankenanstalt bzw. Ziel-Versorgungsregion	**Fälle BRCA 2019**	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	**Leistungsbedarf BRCA 2030**
Zentren für medizinische Genetik (inkl. BRCA), *vgl. Kap. 3.2.3.15*																																		
K470.3 KUK Linz UnivKl.[1]	n.v.	Versorgungsgebiet innerhalb Österreichs: Bundesgebiet																																
K524 Salzburg LKH UnivKl.																																		
K612 Graz LKH UnivKl.																																		
K706 Innsbruck LKH UnivKl.																																		
K901 Wien AKH UnivKl.																																		
K912 Hanusch KH																																		
Österreich insgesamt																																		

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

Expertisezentren für seltene Erkrankungen (Typ B), *vgl. Kap. 3.2.3.16*			
Krankenanstalt	Gruppe seltener Erkrankungen	Europäisches Referenznetzwerk (ERN)*	Versorgungs-gebiet
K418 Linz BHS (ab 11/2018)	**Seltene kinderurologische Erkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für urogenitale Krankheiten (ERN eUROGEN)	Bundesgebiet
K470 KUK Linz UnivKl. (ab 6/2025)	**Seltene urogenitale Erkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für urogenitale Krankheiten (ERN eUROGEN	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 4/2024)	**Kinderurologie und anorektale Malformationen**	Europäisches Referenznetzwerk für urogenitale Krankheiten (ERN eUROGEN)[1]	
K524 Salzburg LKH UnivKl. (ab 12/2016)	**Seltene genetisch bedingte Hauterkrankungen (Genodermatosen) mit Schwerpunkt auf Epidermolysis bullosa (EB)**	Europäisches Referenznetzwerk für Hautkrankheiten (ERN Skin)[1]	
K706 Innsbruck LKH UnivKl. (ab 11/2018)	**Seltene genetisch bedingte Hauterkrankungen (Genodermatosen) mit Schwerpunkt auf Verhornungsstörungen**	Europäisches Referenznetzwerk für Hautkrankheiten (ERN Skin)[1]	
K524 Salzburg LKH UnivKl. (ab 11/2018)	**Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und kraniofaziale Anomalien**	Europäisches Referenznetzwerk für kraniofaziale Anomalien und Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (ERN CRANIO)[1]	

Expertisezentren für seltene Erkrankungen (Typ B), *vgl. Kap. 3.2.3.16*			
Krankenanstalt	Gruppe seltener Erkrankungen	Europäisches Referenznetzwerk (ERN)*	Versorgungs-gebiet
K528 Salzburg CDK UnivKl. (ab 6/2019)	**Seltene und komplexe Epilepsien**	Europäisches Referenznetzwerk für Epilepsien (ERN EpiCare)[1]	Bundesgebiet
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 4/2024)	**Seltene und komplexe Epilepsien**	Europäisches Referenznetzwerk für Epilepsien (ERN EpiCare)[1]	
K612 Graz LKH UnivKl. (ab 11/2018)	**Knochen- und Weichteiltumore**	Europäisches Referenznetzwerk für Krebskrankheiten bei Erwachsenen (solide Tumoren) (ERN EURACAN)	
K612 Graz LKH UnivKl. (ab 4/2025)	**intraokulare Tumore im Kindes- und Erwachsenenalter**	Europäisches Referenznetzwerk für Krebskrankheiten bei Erwachsenen (solide Tumoren) (ERN EURACAN)	
K901 Wien AKH UnivKl., Ambulanz (ab 6/2026)	**Ophthalmologische Onkologie und Okuloplastik**	Europäisches Referenznetzwerk für Krebskrankheiten bei Erwachsenen (solide Tumoren) (ERN EURACAN)	
K706 Innsbruck LKH UnivKl. (ab 6/2020)	**Seltene Bewegungsstörungen**	Europäisches Referenznetzwerk für Neurologische Erkrankungen (ERN-RND)[1]	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 6/2025)	**Seltene neurologische Störungen mit Schwerpunkt auf seltene Bewegungs-störungen**	Europäisches Referenznetzwerk für Neurologische Erkrankungen (ERN-RND)	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 6/2026)	**Seltene Bewegungsstörungen und neu-rometabolische Erkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für Neurologische Erkrankungen (ERN-RND)	
K612 Graz LKH UnivKl. (ab 4/2025)	**Retinoblastome**	Europäisches Referenznetzwerk für Krebskrankheiten im Kindesalter (Hämato-Onkologie) (ERN PaedCan)	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 4/2025)	**Hirntumore im Kindes- und Jugendalter**	Europäisches Referenznetzwerk für Krebskrankheiten im Kindesalter (Hämato-Onkologie) (ERN PaedCan)	
K952 St Anna KISP (ab 4/2017)	**Pädiatrische Onkologie**	Europäisches Referenznetzwerk für Krebskrankheiten im Kindesalter (Hämato-Onkologie) (ERN PaedCan)[1]	
K470 KUK Linz UnivKl. (ab 4/2024)	**Wachstum und Osteologie**	Europäisches Referenznetzwerk für Knochenerkrankungen (ERN BOND)	
K901 Wien AKH UnivKl. mit K912 Hanusch KH und K943 Speising KH (ab 6/2020)	**Seltene Knochenerkrankungen, Störungen des Mineralhaushaltes und Wachstums-störungen**	Europäisches Referenznetzwerk für Knochenerkrankungen (ERN BOND)[1]	
K612 Graz LKH UnivKl. (ab 12/2022)	**Angeborene Intestinale Malformationen bei Kindern- und Jugendlichen**	Europäisches Referenznetzwerk für hereditäre und kongenitale Anomalien (ERN ERNICA)	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 6/2023)	**Angeborene Fehlbildungen und erworbene Erkrankungen des Verdauungstraktes, Zwerchfellhernien und Bauchwanddefekte bei Kindern- und Jugendlichen**	Europäisches Referenznetzwerk für hereditäre und kongenitale Anomalien (ERN ERNICA)	
K524 Salzburg LKH UnivKl. (ab 4/2025)	**Vaskuläre Anomalien**	Europäisches Referenznetzwerk für seltene multi-systemische Gefäßkrankheiten (ERN VASCERN)	
K612 Graz LKH UnivKl. (ab 9/2023)	**Gefäßanomalien im Kindesalter**	Europäisches Referenznetzwerk für seltene multisystemische Gefäßkrankheiten (ERN VASCERN)	
K612 Graz LKH UnivKl. (ab 4/2024)	**Seltene Lungenerkrankungen mit Schwerpunkt pulmonale arterielle Hypertension**	Europäisches Referenznetzwerk für Atem-wegserkrankungen (ERN LUNG)	
K706 Innsbruck LKH UnivKl. (ab 9/2023)	**Cystische Fibrose**	Europäisches Referenznetzwerk für Atem-wegserkrankungen (ERN LUNG)	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 4/2024)	**Cystische Fibrose und Primäre Ciliäre Dyskinesie**	Europäisches Referenznetzwerk für Atem-wegser-krankungen (ERN LUNG)	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 4/2024)	**Seltene Lungenerkrankungen mit Schwerpunkt pulmonale arterielle Hypertension**	Europäisches Referenznetzwerk für Atem-wegserkrankungen (ERN LUNG)	
K524 Salzburg LKH UnivKl. (ab 4/2024)	**Angeborene Stoffwechselstörungen mit Schwerpunkt Mitochondriopathien und lysosomale Speicherkrankheiten**	Europäisches Referenznetzwerk für hereditäre Stoffwechselstörungen (MetabERN)	
K612 Graz LKH UnivKl. (ab 4/2024)	**Angeborene Stoffwechselerkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für hereditäre Stoffwechselstörungen (MetabERN)	

Expertisezentren für seltene Erkrankungen (Typ B), *vgl. Kap. 3.2.3.16*			
Krankenanstalt	Gruppe seltener Erkrankungen	Europäisches Referenznetzwerk (ERN)*	Versorgungs-gebiet
K706 Innsbruck LKH UnivKl. (ab 4/2024)	**Angeborene Stoffwechselstörungen mit Schwerpunkt Organazidämien, Harnstoffzyklus- und Fettsäureoxidationsstörungen, (Remethylierungsstörungen)**	Europäisches Referenznetzwerk für hereditäre Stoffwechselstörungen (MetabERN)	Bundesgebiet
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 6/2024)	**Angeborene Stoffwechselerkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für hereditäre Stoffwechselstörungen (MetabERN)	
K612 Graz LKH UnivKl. (ab 4/2024)	**Erbliche Tumordispositionssyndrome**	Europäisches Referenznetzwerk für genetisch bedingte Tumor-Risiko-Syndrome (GENTURIS)	
K706 Innsbruck LKH UnivKl. (ab 4/2024)	**Erbliche Tumordispositionssyndrome**	Europäisches Referenznetzwerk für genetisch bedingte Tumor-Risiko-Syndrome (ERN GENTURIS)	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 4/2025)	**Neurofibromatose bei Kindern**	Europäisches Referenznetzwerk für genetisch bedingte Tumor-Risiko-Syndrome (ERN GENTURIS	
K524 Salzburg LKH UnivKl. (ab 4/2025)	**Seltene Augenerkrankungen mit Schwerpunkt vorderer Augenabschnitt, Glaukom und Kinderophthalmologie**	Europäisches Referenznetzwerk für seltene Augenerkrankungen (ERN EYE)	
K612 Graz LKH UnivKl. (ab 4/2025)	**Seltene Augenerkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für seltene Augenerkrankungen (ERN EYE)	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 6/2025)	**Seltene Augenerkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für selteneAugenerkrankungen (ERN EYE)	
K901 Wien AKH UnivKl. K952 St Anna KISP (ab 6/2025)	**Seltene endokrine Erkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für seltene endokrine Krankheiten (Endo-ERN)	
K706 Innsbruck LKH UnivKl. (ab 6/2025)	**Seltene Nierenerkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für seltene Nierenkrankheiten (ERKNet)	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 6/2025)	**Pädiatrische Dialyse und Nierentransplantation/ Komplementerkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für seltene Nierenkrankheiten (ERKNet)	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 6/2025)	**Seltene pädiatrische Herzerkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für ungewöhnliche und seltene Herzkrankheiten (ERN GUARD-Heart)	
K901 Wien AKH UnivKl. (ab 6/2025)	**AL-Amyloidose, multiples Myelom und monoklonale Gammopathien**	Europäisches Referenznetzwerk für seltene hämatologische Krankheiten (ERN-EuroBloodNet)	
K952 St Anna KISP K901 Wien AKH UnivKl. (ab 6/2025)	**Pädiatrische nicht maligne Hämatologie & Hämostaseologie**	Europäisches Referenznetzwerk für seltene hämatologische Krankheiten (ERN-EuroBloodNet)	
K910 Klinik Favoriten (ab 6/2026)	**Neuromuskuläre Erkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für seltene neuromuskuläre Krankheiten (ERN EURO-NMD)	
K901 Wien AKH UnivKl. K952 St Anna KISP (ab 6/2026)	**Genetische inflammatorische Krankheiten und Immundefekterkrankungen**	Europäisches Referenznetzwerk für seltene Immundefizienzen und seltene autoinflammatorische und Autoimmunkrankheiten sowie Kinderkrankheiten und rheumatische Erkrankungen (ERN RITA)	

* https://ec.europa.eu/health/ern/networks_de

[1] Vollmitglied im Europäischen Referenznetzwerk

Quelle: GÖG-Erhebungen

2.2.6 Rehabilitation

Die Planung des Rehabilitationsbereichs umfasst die **stationären** und **ambulanten** Kapazitäten der antragspflichtigen[49] **medizinischen Rehabilitation im Sinne des Sozialversicherungsrechts**. Im Rahmen der Ist-Analyse sind auch die gegenwärtig von den SV-Trägern beschickten Einrichtungen im Ausland zu berücksichtigen.

Im Rahmen der (quellbezogenen) Abschätzung des **Bettenbedarfs** in der **stationären Rehabilitation** auf Bundesebene wird zusätzlich zu den allgemeinen Planungskriterien (z.B. Inanspruchnahme und Auslastung der bestehenden Rehabilitationseinrichtungen, demografische Entwicklung) in Differenzierung nach den Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) in der Erwachsenen-Rehabilitation sowie nach Rehabilitations-Indikationsgruppen-Clustern (RIG-Cluster) in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation auch das Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen in den bettenführenden SKA bzw. Einrichtungen für Rehabilitation berücksichtigt[50].

Der Bedarf an **ambulanter Rehabilitation der Phase II** für Erwachsene wird auf Ebene der Eignungsstandorte bzw. deren Einzugsbereiche ermittelt und als Menge an bedarfsnotwendigen ambulanten Rehabilitationsverfahren auf Ebene der Eignungsstandorte dargestellt. Dieser Bedarf wird auf Basis der Anteile an ambulant erbringbaren Rehabilitationsverfahren an allen Verfahren je RIG abgeschätzt. Verfahren gelten als ambulant erbringbar, wenn von einer im Vergleich zur stationären Leistungserbringung zumindest gleichbleibenden medizinischen Qualität bei ambulanter Leistungserbringung ausgegangen werden kann und der/die RehabilitandIn mobil und selbstständig genug ist, um an der ambulanten Rehabilitation teilzunehmen, und den nächstgelegenen Eignungsstandort von seiner/ihrer Wohngemeinde aus innerhalb von 45 Minuten (im Straßen-Individualverkehr) erreichen kann.

Der Bedarf an **ambulanter Rehabilitation der Phase III** für Erwachsene wird, analog zur ambulanten Rehabilitation der Phase II, auf Ebene der Eignungsstandorte bzw. deren Einzugsbereiche ermittelt und als Menge an bedarfsnotwendigen ambulanten Rehabilitationsverfahren auf Ebene der Eignungsstandorte dargestellt. Dieser Bedarf wird auf Basis von Anteilen an ambulant erbringbaren Rehabilitationsverfahren nach einem Rehabilitationsverfahren der Phase II je RIG abgeschätzt.

Die nachfolgend dargestellten Planungsrichtwerte zur stationären und ambulanten Rehabilitation für Erwachsene und zur stationären Rehabilitation für Kinder und Jugendliche basieren auf den Bedarfsschätzungen im Rahmen des **Rehabilitationsplans 2025** (d. h. auf Datenbasis 2010-2023, vgl. dazu auch detaillierte Bedarfsschätzung zur stationären und ambulanten Rehabilitation für den Planungshorizont 2030 in Differenzierung nach RIG bzw. RIG-Cluster, bundesweit und nach Eignungsstandorten in den nachfolgenden Tabellen). Im Rahmen von Bedarfsprüfungs- und Bewilligungsverfahren bzw. von Vertragsvergabeverfahren der SV sind neben diesen Planungsrichtwerten die bereits im Wege des VUG 2017 ergänzten Bestimmungen im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)[51] zu berücksichtigen.

[49] „Um Maßnahmen der Rehabilitation gewähren zu können, ist ein Antrag erforderlich. Die medizinische Notwendigkeit ist durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu begründen“ Quelle: https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.820357

[50] Morbiditätsbasierte Inanspruchnahme in Akut-KA gemäß DLD 2016 - 2023; Durchgeführte Verfahren und Bewilligungen gemäß Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen in bettenführenden SKA bzw. Einrichtungen für Rehabilitation 2010 - 2023; prognostizierte demografische Struktur und Entwicklung 2024 – 2030 (Stand 2024)

[51] §§ 3 und 3a KAKuG

2.2.6.1 Rehabilitation für Erwachsene

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

Die Planung des Rehabilitationsbereichs für Erwachsene umfasst die **stationären** und **ambulanten** Kapazitäten der antragspflichtigen medizinischen Rehabilitation im Sinne des Sozialversicherungsrechts für **Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr**[52] in den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung und in den Vertragspartner-Einrichtungen. Kureinrichtungen sowie die ambulante Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen bzw. TherapeutInnen außerhalb des gesetzlich definierten Bereichs „Rehabilitation" finden in der Rehabilitationsplanung keine Berücksichtigung.

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

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

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

Für die stationäre Rehabilitation von Erwachsenen wird als Messziffer die Menge an jährlich bedarfsnotwendigen stationären Rehabilitationsverfahren (statRV) pro 100.000 EinwohnerInnen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (EW≥18a) und Rehabilitations-Indikationsgruppe als Soll-Vorgabe für 2030 wie folgt festgelegt:

Tabelle R1: Planungsrichtwerte* für die stationäre Rehabilitation für Erwachsene (Alter ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) nach Rehabilitations-Indikationsgruppen, Planungshorizont 2030

Rehabilitations-Indikationsgruppe	statRV/EW≥18a Soll 2030	statRV/EW≥18a 2023
Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)	916,1	925,3
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)	276,5	78,5
Lymphologische Rehabilitation (LYMPH)	21,2	20,6
Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)	321,3	290,5
Onkologische Rehabilitation (ONK)	149,7	128,8
Psychiatrische Rehabilitation (PSY)	189,7	182,6
Atmungsorgane (PUL)	126,3	130,0
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)	103,3	118,7
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)	43,6	45,2
Gesamt	**2.147,8**	**2.120,2**

* Abgeleitet aus der bundesweiten Bedarfsschätzung im Rahmen des Rehabilitationsplans 2025

Legende:

statRV/EW≥18a	Messziffer (jährliche stationäre Rehabilitationsverfahren pro 100.000 EW ab dem vollendeten 18. Lebensjahr; Hinweis: EW-Prognosen 2030 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2030 und - aus Gründen der Konsistenz - auch EW-Summen für das Jahr 2023 nur ab dem vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden).
statRV/EW≥18a Soll 2030	Idealtypisches Soll bezüglich jährlicher stationärer Rehabilitationsverfahren pro 100.000 EW ab dem vollendeten 18. Lebensjahr; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2030
statRV/EW≥18a 2023	Stationäre Rehabilitationsverfahren pro 100.000 EW ab dem vollendeten 18. Lebensjahr 2023

Quelle: DVSV/GÖG – Berechnungen zum Rehabilitationsplan 2025; Darstellung: GÖG

[52] Seit dem Datenjahr 2015 sind keine Ein-Jahres-Altersgruppen in der DLD der österreichischen KA mehr verfügbar. Datenanalysen sind seither nur mehr in 5-Jahres-Altersgruppen möglich. Aus diesem Grund können bei Analysen zur Erwachsenen-Rehabilitation in datentechnischer Hinsicht erst Personen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden.

Aus den Messziffern gemäß Tabelle R1 ergeben sich für den Planungshorizont 2030 der nachfolgende Bedarf an stationären Rehabilitationsverfahren (Tabelle R2a) bundesweit und pro RIG:

Tabelle R2a: Stationäre Rehabilitationsverfahren in RZ nach Rehabilitations-Indikationsgruppen bundesweit – Bedarf 2030

SOLL 2030	EW≥18a	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	Gesamt
VZ 1 (Ost)	3.271.628	29.642	8.960	693	10.484	4.832	6.068	4.078	3.326	1.365	69.449
VZ 2 (Süd)	1.601.303	14.920	4.494	339	5.168	2.449	3.143	2.063	1.696	722	34.994
VZ 3 (Nord)	1.721.133	15.772	4.761	365	5.531	2.578	3.267	2.174	1.779	776	37.003
VZ 4 (West)	973.726	8.991	2.711	206	3.135	1.473	.877	1.241	1.018	439	21.091
Österreich	**7.567.790**	**69.325**	**20.926**	**1.603**	**24.318**	**11.332**	**14.355**	**9.556**	**7.819**	**3.302**	**162.536**

Aus den Messziffern gemäß Tabelle R1 ergibt sich für den Planungshorizont 2030 der stationäre Bettenbedarf (Tabelle R2b) bundesweit und pro RIG:

Tabelle R2b: Stationäre Betten in RZ nach Rehabilitations-Indikationsgruppen bundesweit – Bedarf 2030

SOLL 2030	EW≥18a	BSR*	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	Gesamt
VZ 1 (Ost)	3.271.628	1.821	592	42	863	293	703	246	223	190	4.973
VZ 2 (Süd)	1.601.303	916	297	21	426	149	365	124	114	100	2.512
VZ 3 (Nord)	1.721.133	969	315	22	456	157	379	131	119	108	2.656
VZ 4 (West)	973.726	552	179	13	258	89	218	75	68	61	1.513
Österreich	**7.567.790**	**4.258**	**1.383**	**98**	**2.003**	**688**	**1.665**	**576**	**524**	**459**	**11.654**

* exkl. der noch sanitätsbehördlich zu bewilligenden 80 Betten in der RIG BSR im Klinikum Bad Schallerbach (K453, „historisch gewachsene Struktur mit SV-Vertrag“)

Im Rahmen der bundesweiten Angebotsplanung der stationären Erwachsenen-Rehabilitation und deren Umsetzung ist grundsätzlich eine regional ausgewogene Versorgung anzustreben.

In der **Planungsgrundlagenmatrix** (vgl. Anhang 5) wird – für den Vergleich zwischen Ist-Situation 2023 und Soll-Vorgabe 2030 – die Versorgungssituation in der stationären Rehabilitation von Erwachsenen für Österreich insgesamt beschrieben.

Die nachfolgenden **Richtwerte** zur Vorhaltung von ambulanten Rehabilitationsverfahren in der **ambulanten Rehabilitation der Phasen II und III** beziehen sich ebenfalls auf Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Sie berücksichtigen auch die abgeschätzten Auslagerungspotenziale von der stationären in die ambulante Rehabilitation der Phase II. Im Rahmen von Bedarfsprüfungs- und Bewilligungsverfahren bzw. von Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung sind neben diesen Planungsrichtwerten die „Planungsprinzipien für den Auf- und Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote der Phasen II und III“[53] in Bezug auf Eignungsstandorte, Mindestgrößen, Mindestanzahl an EinwohnerInnen im natürlichen Einzugsbereich sowie auf das Prinzip „Kapazitätsausbau in bereits bestehenden Einrichtungen vor Schaffung neuer Einrichtungen“ zu beachten.

Der Bedarf an ambulanter Rehabilitation der Phasen II und III für Erwachsene wird als Menge an jährlich bedarfsnotwendigen ambulanten Rehabilitationsverfahren (ambRV) pro 100.000 EinwohnerInnen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr innerhalb der 45-Minuten-Isochrone rund um die Eignungsstandorte (kEW≥18a) sowie pro Rehabilitations-Indikationsgruppe als Soll-Vorgabe für 2030 wie folgt festgelegt, wobei auch die Auslagerungspotenziale von der stationären in die ambulante Rehabilitation der Phase II berücksichtigt sind:

[53] vgl. Rehabilitationsplan i.d.g.F.

Tabelle R3: Planungsrichtwerte* für die ambulante Phase-II-Rehabilitation für Erwachsene (Alter ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) nach Rehabilitations-Indikationsgruppen, Planungshorizont 2030

Rehabilitations-Indikationsgruppe	ambRVII/kEW≥18a Soll 2030	ambRVII/kEW≥18a 2023
Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)	187,4	127,9
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)	49,5	48,0
Lymphologische Rehabilitation (LYMPH)	kein Bedarf	0,0
Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)	16,8	3,0
Onkologische Rehabilitation (ONK)	38,1	44,9
Psychiatrische Rehabilitation (PSY)	78,9	70,3
Atmungsorgane (PUL)	30,7	18,1
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)	31,0	26,4
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)	-	0,0
Gesamt	**432,4**	**338,7**

* Abgeleitet aus der bundesweiten Bedarfsschätzung im Rahmen des Rehabilitationsplans 2025; von primärer Planungsrelevanz ist die auf die Eignungsstandorte zielbezogen vorzusehende Umsetzung dieser Richtwerte (vgl. nachfolgende Tabellen)

Legende:

kEW≥18a	Korrigierte EinwohnerInnen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (Wohnbevölkerung ≥18a innerhalb der 45-Minuten-Isochronerund um die Eignungsstandorte im Sinne der Berechnungen zum Rehabilitationsplan 2025, entsprechen rund **89 %** der Gesamt-Bevölkerung; Hinweis: EW-Prognosen 2030 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2030 und - aus Gründen der Konsistenz - auch EW-Summen für das Jahr 2023 nur ab dem vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden).
ambRVII/kEW≥18a	Messziffer (jährliche ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II pro 100.000 kEW≥18a)
ambRVII/kEW≥18a Soll 2030	Idealtypisches Soll bezüglich jährlicher ambulanter Rehabilitationsverfahren der Phase II pro 100.000 kEW≥18a; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2030
ambRVII/kEW≥18a 2023	Ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II pro 100.000 kEW≥18a 2023

Quelle: DVSV/GÖG – Berechnungen zum Rehabilitationsplan 2025; Darstellung: GÖG

Tabelle R4: Planungsrichtwerte* für die ambulante Phase-III-Rehabilitation für Erwachsene (Alter ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) nach Rehabilitations-Indikationsgruppen, Planungshorizont 2030

Rehabilitations-Indikationsgruppe	ambRVIII/kEW≥18a Soll 2030	ambRVIII/kEW≥18a 2023
Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)	108,2	55,8
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)	28,8	25,7
Lymphologische Rehabilitation (LYMPH)	0,0	0,0
Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)	10,1	8,8
Onkologische Rehabilitation (ONK)	3,7	0,0
Psychiatrische Rehabilitation (PSY)	15,6	16,8
Atmungsorgane (PUL)	10,7	12,6
Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)	6,5	7,6
Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)	0,0	0,0
Gesamt	**183,6**	**127,4**

* Abgeleitet aus der bundesweiten Bedarfsschätzung im Rahmen des Rehabilitationsplans 2025; von primärer Planungsrelevanz ist die auf die Eignungsstandorte zielbezogen vorzusehende Umsetzung dieser Richtwerte (vgl. nachfolgende Tabellen)

Legende:

- kEW≥18a: Korrigierte EinwohnerInnen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (Wohnbevölkerung ≥18a innerhalb der 45-Minuten-Isochrone rund um die Eignungsstandorte im Sinne der Berechnungen zum Rehabilitationsplan 2025, entsprechen rund **89 %** der Gesamt-Bevölkerung; Hinweis: EW-Prognosen 2030 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2030 und - aus Gründen der Konsistenz - auch EW-Summen für das Jahr 2023 nur ab dem vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden).
- ambRVIII/kEW≥18a: Messziffer (jährliche ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase III pro 100.000 kEW≥18a)
- ambRVIII/kEW≥18a Soll 2030: Idealtypisches Soll bezüglich jährlicher ambulanter Rehabilitationsverfahren der Phase III pro 100.000 kEW≥18a; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2030
- ambRVIII/kEW≥18a 2023: Ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase III pro 100.000 kEW≥18a 2023

Quelle: DVSV/GÖG – Berechnungen zum Rehabilitationsplan 2025; Darstellung: GÖG

Aus der Zahl der pro 100.000 EinwohnerInnen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr innerhalb der 45-Minuten-Isochrone rund um die Eignungsstandorte erforderlichen ambulanten Rehabilitationsverfahren gemäß vorhergehendem Absatz ergeben sich für den Planungshorizont 2030 die nachfolgenden im Rahmen der ambulanten Rehabilitation von Erwachsenen in den Phase II und III jährlich bedarfsnotwendigen ambulanten Rehabilitationsverfahren der Phasen II und III pro Eignungsstandort und Rehabilitations-Indikationsgruppe:

Tabelle R5: Ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase II nach Rehabilitations-Indikationsgruppen und Eignungsstandort - Bedarf 2030

Eignungsstandort (Standortgemeinde)/ SOLL 2030	kEW≥18a	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	Gesamt
Eisenstadt	128.641	241	64	kein Bedarf	22	49	101	39	40	*	556
Oberwart	150.713	282	75	kein Bedarf	25	57	119	46	47	*	651
Klagenfurt am Wörthersee	223.219	418	110	kein Bedarf	38	85	176	68	69	*	964
Villach	154.637	290	77	kein Bedarf	26	59	122	47	48	*	669
Amstetten	161.384	302	80	kein Bedarf	27	62	127	50	50	*	698
Baden	140.192	263	69	kein Bedarf	24	53	111	43	43	*	606
Horn	83.529	157	41	kein Bedarf	14	32	66	26	26	*	362
St. Pölten	246.325	462	122	kein Bedarf	41	94	194	76	76	*	1.065
Wiener Neustadt	184.017	345	91	kein Bedarf	31	70	145	56	57	*	795
Linz	420.863	789	208	kein Bedarf	71	160	332	129	130	*	1.819
Ried im Innkreis	148.724	279	74	kein Bedarf	25	57	117	46	46	*	644
Steyr	125.216	235	62	kein Bedarf	21	48	99	38	39	*	542
Vöcklabruck	150.872	283	75	kein Bedarf	25	58	119	46	47	*	653
Wels	239.463	449	119	kein Bedarf	40	91	189	73	74	*	1.035
Salzburg	328.128	615	162	kein Bedarf	55	125	259	101	102	*	1.419
St. Johann im Pongau	103.451	194	51	kein Bedarf	17	39	82	32	32	*	447
Bruck a. d. Mur	173.307	325	86	kein Bedarf	29	66	137	53	54	*	750
Graz	454.784	852	225	kein Bedarf	76	173	359	140	141	*	1.966
Leibnitz	132.957	249	66	kein Bedarf	22	51	105	41	41	*	575
Innsbruck	312.274	585	155	kein Bedarf	52	119	246	96	97	*	1.350
Wörgl	186.906	350	93	kein Bedarf	31	71	147	57	58	*	807
Bregenz	165.970	311	82	kein Bedarf	28	63	131	51	51	*	717
Feldkirch	156.737	294	78	kein Bedarf	26	60	124	48	49	*	679
Wien (gesamt)	2.111.888	3.957	1.045	kein Bedarf	355	805	1.666	648	655	*	9.131
Österreich	**6.684.197**	**12.527**	**3.310**	**kein Bedarf**	**1.121**	**2.547**	**5.273**	**2.050**	**2.072**	*	**28.900**

* Die ambulante Rehabilitation in der RIG UCNC befindet sich derzeit in einer Pilotierungsphase, daher liegen noch keine validen Grundlagen für die Bedarfsplanung vor. Um den Aufbau und die Akzeptanz in dieser RIG erfassen zu können und Planungsgrundlagen zu ermitteln, sollen 420 ambulante Phase-II-Rehabilitationsverfahren pro Jahr im Rahmen von Pilotprojekten ermöglicht werden. In der Pilotierungsphase besteht über diese 420 ambulanten Phase-II-Rehabilitationsverfahren pro Jahr hinaus kein Bedarf.

Tabelle R6: Ambulante Rehabilitationsverfahren der Phase III nach Rehabilitations-Indikationsgruppen und Eignungsstandort - Bedarf 2030

Eignungsstandort (Standortgemeinde)/ SOLL 2030	kEW≥18a	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	Gesamt
Eisenstadt	128.641	139	37	kein Bedarf	13	5	20	14	8	kein Bedarf	236
Oberwart	150.713	163	43	kein Bedarf	15	6	23	16	10	kein Bedarf	276
Klagenfurt am Wörthersee	223.219	241	64	kein Bedarf	23	8	35	24	15	kein Bedarf	410
Villach	154.637	167	45	kein Bedarf	16	6	24	17	10	kein Bedarf	285
Amstetten	161.384	175	47	kein Bedarf	16	6	25	17	11	kein Bedarf	297
Baden	140.192	152	40	kein Bedarf	14	5	22	15	9	kein Bedarf	257
Horn	83.529	90	24	kein Bedarf	8	3	13	9	5	kein Bedarf	152
St. Pölten	246.325	266	71	kein Bedarf	25	9	38	26	16	kein Bedarf	451
Wiener Neustadt	184.017	199	53	kein Bedarf	19	7	29	20	12	kein Bedarf	339
Linz	420.863	455	121	kein Bedarf	42	15	65	45	28	kein Bedarf	771
Ried im Innkreis	148.724	161	43	kein Bedarf	15	5	23	16	10	kein Bedarf	273
Steyr	125.216	135	36	kein Bedarf	13	5	19	13	8	kein Bedarf	229
Vöcklabruck	150.872	163	43	kein Bedarf	15	6	23	16	10	kein Bedarf	276
Wels	239.463	259	69	kein Bedarf	24	9	37	26	16	kein Bedarf	440
Salzburg	328.128	355	95	kein Bedarf	33	12	51	35	21	kein Bedarf	602
St. Johann im Pongau	103.451	112	30	kein Bedarf	10	4	16	11	7	kein Bedarf	190
Bruck a. d. Mur	173.307	187	50	kein Bedarf	17	6	27	19	11	kein Bedarf	317
Graz	454.784	492	131	kein Bedarf	46	17	71	49	30	kein Bedarf	836
Leibnitz	132.957	144	38	kein Bedarf	13	5	21	14	9	kein Bedarf	244
Innsbruck	312.274	338	90	kein Bedarf	31	11	49	34	20	kein Bedarf	573
Wörgl	186.906	202	54	kein Bedarf	19	7	29	20	12	kein Bedarf	343
Bregenz	165.970	180	48	kein Bedarf	17	6	26	18	11	kein Bedarf	306
Feldkirch	156.737	170	45	kein Bedarf	16	6	24	17	10	kein Bedarf	288
Wien (gesamt)	2.111.888	2.284	609	kein Bedarf	213	77	329	227	138	kein Bedarf	3.877
Österreich	**6.684.197**	**7.229**	**1.926**	**kein Bedarf**	**673**	**246**	**1.039**	**718**	**437**	**kein Bedarf**	**12.268**

Die Soll-Vorgaben bundesweit gemäß Tabelle R2b bzw. je Eignungsstandort gemäß den Tabellen R5 und R6 bilden den für das Jahr 2030 errechneten Bedarf ab. Bestehende Einrichtungen mit aufrechter krankenanstaltenrechtlicher Betriebsbewilligung, die zum Zeitpunkt des erstmaligen Inkrafttretens des ÖSG 2017 bzw. danach über Verträge mit einem oder mehreren Sozialversicherungsträgern verfügten, gelten solange als plankonform als diese Verträge bestehen, auch wenn es in der betreffenden Region eine Überversorgung in der jeweiligen RIG gibt. Der Aufbau neuer und der Ausbau bestehender ambulanter Rehabilitationsstrukturen soll ausschließlich an den angeführten Eignungsstandorten (siehe Tabelle R5 und R6) bzw. in deren unmittelbarer Umgebung (Radius von 10 km im Straßenverkehrsnetz zwischen den jeweiligen Gemeindezentren im betreffenden Eignungsstandort-Bundesland bzw. Radius von 15 km bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EinwohnerInnen) erfolgen.

Diese Regelung erfolgt vor dem Hintergrund, dass im Falle einer Kündigung der Vertrauensschutz zu gewährleisten ist. Für den Fall, dass ein Vertrag mit einem Anbieter geschlossen werden soll, der (bzw. dessen Tochtergesellschaften) auch an einem anderen Eignungsstandort ambulante Rehabilitationsverfahren durchführt und dieser andere Eignungsstandort mit dem Ist-Stand bereits über dem Soll-Stand liegt, ist danach zu trachten, dessen Angebot an dem bereits abgedeckten Eignungsstandort in angemessener Zeit zurückzuführen.

2.2.6.2 Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

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

Die Planung des Rehabilitationsbereichs für Kinder und Jugendliche umfasst die stationären Kapazitäten der antragspflichtigen medizinischen Rehabilitation im Sinne des Sozialversicherungsrechts für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in den Vertragspartner-Einrichtungen. Kureinrichtungen finden keine Berücksichtigung.

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

Mobilisierender Schwerpunkt (MOB): Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR), Kinder- und Jugendchirurgie (KJC), zentrales und peripheres Nervensystem (NEU), Zustände nach neurochirurgischen Eingriffen (NC), sonstige Krankheiten (SON)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) / Atmungsorgane (PUL)

Onkologische Rehabilitation (ONK) / Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)

Mental Health (MH): Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik (ESP), kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation (KJP)

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

Für die stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wird als Messziffer die Menge an jährlich bedarfsnotwendigen stationären Rehabilitationsverfahren (statRV) pro 100.000 EinwohnerInnen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (EW<18a) und Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster als Soll-Vorgabe für 2030 wie folgt festgelegt:

Tabelle R7: Planungsrichtwerte* für die stationäre Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Alter bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) nach Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster, Planungshorizont 2030

Rehabilitations-Indikationsgruppen-Cluster	sta-tRV/EW<18a Soll 2030	sta-tRV/EW<18a 2023
Mobilisierender Schwerpunkt (MOB): Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR), Kinder- und Jugendchirurgie (KJC), zentrales und peripheres Nervensystem (NEU), Zustände nach neurochirurgischen Eingriffen (NC), sonstige Krankheiten (SON)	48,7	48,0
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) / Atmungsorgane (PUL)	8,8	8,7
Onkologische Rehabilitation (ONK) / Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)	40,1	39,7
Mental Health (MH): Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik (ESP), kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation (KJP)	126,4	124,7
Gesamt	**224,0**	**221,0**

* Abgeleitet aus der bundesweiten Bedarfsschätzung im Rahmen des Rehabilitationsplans 2025

Legende:

statRV/EW<18a	Messziffer (jährliche stationäre Rehabilitationsverfahren pro 100.000 EW bis zum vollendeten 18. Lebensjahr; Hinweis: EW-Prognosen 2030 sind auf Gemeindeebene nur in 5-Jahres-Altersgruppen verfügbar; aus diesem Grund können EW-Prognosen für das Jahr 2030 und - aus Gründen der Konsistenz - auch EW-Summen für das Jahr 2023 nur bis zum vollendeten 20. Lebensjahr berücksichtigt werden).
statRV/EW<18a Soll 2030	Idealtypisches Soll bezüglich jährlicher stationärer Rehabilitationsverfahren pro 100.000 EW bis zum vollendeten 18. Lebensjahr; basierend auf den Simulationsrechnungen zur Abschätzung des Bedarfs 2030
statRV/EW≥18a 2023	Stationäre Rehabilitationsverfahren pro 100.000 EW bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 2023

Quelle: DVSV/GÖG – Berechnungen zum Rehabilitationsplan 2025; Darstellung: GÖG

Aus den Messziffern gemäß Tabelle R7 ergibt sich für den Planungshorizont 2030 der nachfolgende Bedarf an stationären Rehabilitationsverfahren (Tabelle R8) bundesweit und nach RIG-Clustern:

Tabelle R8: Stationäre Rehabilitationsverfahren in RZ* (Alter bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) nach RIG-Clustern bundesweit – Bedarf 2030

SOLL 2030	Mobilisierender Schwerpunkt (BSR, KJC, NEU, NC, SON)	HKE, PUL	ONK, STV	Mental Health (ESP, KJP)	Gesamt
Österreich	769	139	633	1.997	3.538

Aus den Messziffern gemäß Tabelle R7 ergibt sich für den Planungshorizont 2030 der stationäre Bettenbedarf (Tabelle R9) bundesweit und nach RIG-Clustern:

Tabelle R9: Stationäre Betten in RZ (Alter bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) nach RIG-Clustern bundesweit—Bedarf 2030

SOLL 2030	Mobilisierender Schwerpunkt (BSR, KJC, NEU, NC, SON)	HKE, PUL	ONK, STV	Mental Health (ESP, KJP)	Gesamt
Österreich	59	10	49*	216	334

* exkl. Angehörigenbetten in der RIG ONK

Die Soll-Vorgaben gemäß Tabelle R9 bilden den für das Jahr 2030 errechneten Bedarf ab. Bestehende Einrichtungen mit aufrechter krankenanstaltenrechtlicher Betriebsbewilligung, die zum Zeitpunkt des erstmaligen Inkrafttretens des ÖSG 2017 bzw. danach über Verträge mit einem oder mehreren Sozialversicherungsträgern verfügten, gelten solange als plankonform als diese Verträge bestehen, auch wenn es in der betreffenden Region eine Überversorgung im jeweiligen RIG-Cluster bzw. in der jeweiligen RIG gibt.

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

2.2.6.3 Weiterentwicklung der Rehabilitationsplanung

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

- Betrachtung der gesamten rehabilitativen Versorgungskette im Sinne einer integrativen Gesamtkonzeption von Akut-Bereichen und Rehabilitations-Bereichen
- Weiterentwicklung in Richtung „innovativer Versorgungsformen“ (v.a. an der Schnittstelle ambulante Rehabilitation der Phasen II und III) unter Berücksichtigung bereits bestehender Lösungen (siehe auch Ausführungen zum Pilotprojekt „teilstationäre Phase-II-Rehabilitation“ im Rehabilitationsplan 2025)
- Integration stationärer und ambulanter Rehabilitation in eine „vernetzte Versorgung“
- Indikationsübergreifende ambulante Rehabilitation
- Stärkung der ambulanten Rehabilitation gegenüber der stationären Rehabilitation

2.3 Organisation

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

Leitende Kriterien für die Zuordnung von Aufgaben und Leistungen

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

2.3.1 Ambulante Versorgung

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

Organisatons-formen[1]	Spezifizierung Berufsausübung/Leistungsspektrum gemäß regionalem Versorgungauftrag		Berufsgesetze/ KAKuG	Unternehmens-/ Gesellschaftsrecht	Behandlungs-/ Kassenvertrag	Betriebsformen	
						Öffnungszeiten	akut/ geplant
Einzelpraxis	ÄrztIn/ZahnärztIn oder zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigte Angehörige(r) anderer Gesundheits-berufe rechtlich einzeln tätig	Basisaufgaben/-leistungen und/oder spezielle Aufgaben/Leistungen gemäß regionalem Versorgungsauftrag	ÄrztInnen: Ordination gem. Ärztegesetz/ Zahnärztegesetz	freiberufliche Tätigkeit; auch bei Zusammenschlüssen bleibt Einzelperson Träger der Berufsbefugnis; eine Gesellschaft ist nur mit Wirtschaftsfunktion[2] in verschiedenen Rechtsformen möglich; Anstellung von Gesundheitsberufen sowie von ÄrztInnen/ZahnärztInnen möglich.	direkt mit Angehörigen des jeweiligen Gesundheits-berufs	gemäß regionalem Versorgungsauftrag und vertraglicher Regelung	gemäß regionalem Versorgungsauftrag
			andere Gesundheitsberufe: gem. Berufsgesetze; zumeist ohne spezifische Bezeichnung der Organisations-form				
Gruppenpraxis - monodisziplinär - interdisziplinär multiprofesionell (für PVE)	mehrere ÄrztInnen/ZahnärztInnen treten gegenüber PatientIn und gegenüber SV-Träger rechtlich als Einheit auf PVE als multiprofessionelle Gruppenpraxis: zusätzlich zu ÄrztInnen können auch im PVE-Team tätige Gesundheitsberufe GesellschafterInnen sein		Gruppenpraxis gem. Ärztegesetz/ Zahnärztegesetz Gruppenpraxis gem. PrimVG	Rechtsträger: OG oder GmbH; Für PVE als Netzwerk: auch Verein oder Genossenschaft als Trägerorganisation möglich; Anstellung von Gesundheitsberufen sowie ÄrztInnen/ ZahnärztInnen in definiertem Ausmaß möglich. Multiprofessionelle Gruppenpraxis gem. PrimVG nur in der Rechtsform GmbH möglich.	mit OG bzw. GmbH Bei PVE als Netzwerk mit Trägerverein: direkt mit Angehörigen des jeweiligen Gesundheits-berufs mit GmbH		
Selbständige **Ambulatorien** - monodisziplinär - interdisziplinär	Berufsausübung im Rahmen nicht-bettenführender Krankenanstalt		KAKuG, PrimVG	Rechtsträger: natürliche od. juristische Person in jeglicher Rechtsform; Anstellung von ÄrztInnen/ ZahnärztInnen und anderen Gesundheitsberufen möglich.	mit dem Rechtsträger der KA		

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

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

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

Darüber hinaus können Akutordinationen als direkt zugängliche Einrichtungen zur Behandlung akuter allgemeinmedizinischer Fragestellungen im Vorfeld von Krankenanstalten eingerichtet sein. Durch die räumliche Nähe zu bettenführenden Krankenanstalten kann bei Bedarf die fachliche Weiterbetreuung oder gegebenenfalls stationäre Aufnahme in der Krankenanstalt erfolgen.

Im **intramuralen Bereich** stehen für die ambulante Versorgung Anstaltsambulatorien[54] („Spitalsambulanzen“) zur Verfügung.

Spitalsambulanzen werden zumeist im Rahmen eines Fach- bzw. Versorgungsbereichs betrieben, der in einer bettenführenden Krankenanstalt mit einer stationären Organisationsform eingerichtet ist.

[54] gemäß § 26 KAKuG

Sofern im RSG eine Spitalsambulanz in einem Fachbereich vorgesehen ist, der nicht im Rahmen einer stationären Organisationsform am KA-Standort geführt wird, ist diese entweder als Spitalsambulanz am jeweiligen KA-Standort oder als dislozierte Ambulanz einer Partner- oder Mutterabteilung an einem anderen Standort einzurichten.

Optionen für Ausgestaltung von Spitalsambulanzen in bettenführenden Krankenanstalten

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

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

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

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

2.3.1.1 Primärversorgung

Primärversorgung wird vorrangig durch **ÄrztInnen für Allgemeinmedizin** und **FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde** im Zusammenwirken mit Angehörigen therapeutisch und pflegerisch tätiger Gesundheits- sowie Sozialberufen geleistet. Zur Stärkung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems in der Grundversorgung sollen neben den bisher zumeist bestehenden Einzelordinationen vermehrt Vergemeinschaftungsformen (PVE, Gruppenpraxen, selbständige Ambulatorien) zum Einsatz kommen, um einerseits für PatientInnen längere Öffnungszeiten und andererseits für LeistungserbringerInnen attraktivere Arbeitsbedingungen (z.B. durch inhaltliche und zeitliche Arbeitsteilung) zu schaffen[55].

Akutordinationen erfüllen durch die Behandlung akuter Problemstellungen eine Teilaufgabe der Primärversorgung. Sie können im Vorfeld von ausgewählten Krankenanstalten eingerichtet werden und

[55] siehe:
https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html
und Plattform Primärversorgung

werden trotz ihrer z.T. unterschiedlichen Bezeichnungen unter dem Begriff „Erstversorgung-Allgemeinmedizin (EVA)“ subsummiert.

Unter anderem soll als ein telemedizinisches Versorgungsangebot in Verbindung mit der Gesundheitsberatung 1450 eine zentral organisierte „Virtuelle Krankenbehandlung (VIKB)“ durch die ÖGK zunächst im Rahmen der Primärversorgung, für Akutfälle auf allgemeinmedizinischem Niveau, pilotiert werden.

PVE sind zur Umsetzung eines breiten multiprofessionellen Ansatzes in der Primärversorgung (i.S. Primary Health Care) idealtypische Formen, in denen AllgemeinmedizinerInnen und/oder FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit anderen in der Grundversorgung häufig erforderlichen Gesundheits- und Sozialberufen rechtlich verbunden zusammenarbeiten. Dies kann:

- in einem räumlichen Verbund an einem Standort – **Primärversorgungszentrum** (PVZ)
- in einem Netzwerk von Anbietern an mehreren Standorten - **Primärversorgungsnetzwerk** (PVN)

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

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

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

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

Personalausstattung und Kernkompetenzen in PVE

Primärversorgung – Kernteam	**Primärversorgung – Kernkompetenzen**
• ÄrztInnen für AM und/oder FachärztInnen für KIJU • Angehörige des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes • OrdinationsassistentInnen	• Akute Grundversorgung von PatientInnen aller Altersgruppen mit besonderer Berücksichtigung von • Kindern und Jugendlichen • älteren Personen • Versorgung von chronisch Kranken • Medikationsmanagement • Gesundheitsförderung und Prävention • Psychosoziale Versorgung • Versorgung von PalliativpatientInnen
Erweitertes PVE-Team	
Häufig und strukturiert einzubeziehende Gesundheits- und Sozialberufe sind u.a. (in alphabethischer Reihenfolge): • DiätologInnen • ErgotherapeutInnen • FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe • Gesundheitsberufe mit einer anerkannten „PSY-Kompetenz“ (über die Kompetenzen des Kernteams hinausgehend); diese Kompetenz kann alternativ abgedeckt sein durch ÄrztInnen mit PSY-III-Modul, eine Qualifikation als PsychotherapeutIn oder als Gesundheits- oder Klinische/r PsychologIn[56] • Hebammen • LogopädInnen • PhysiotherapeutInnen • SozialarbeiterInnen	

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

Darüber hinaus stehen die Primärversorgungseinheiten in häufigem und strukturiert gestaltetem Kontakt mit Institutionen und weiteren Primärversorgungspartnern im Gesundheits- und Sozialbereich (z.B. KA, mobile Pflegedienste, sozialmedizinische und psychosoziale Dienste, Apotheken, SV-Träger u. a. m.), um die **Lotsenfunktion** für von ihnen betreute PatientInnen zur Optimierung des patientenbezogenen Versorgungsprozesses wahrzunehmen. Art und Anzahl der in Primärversorgungsteams vertretenen Berufsgruppen werden entsprechend den regionalen Erfordernissen und verfügbaren Ressourcen festgelegt.

Primärversorgungsteams betreuen die Klientel eines **definierten Einzugsbereichs (Servicepopulation)** und treten gegenüber den PatientInnen und den Sozialversicherungsträgern als Einheit auf. PVE können als Zentrum mit allen im PVE-Team eingebundenen Mitgliedern unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialberufe an einem Standort oder als Netzwerk von an unterschiedlichen Standorten tätigen Mitgliedern umgesetzt werden. Kooperationen sind dabei verbindlich vertraglich festzulegen. In einem Versorgungskonzept sind u.a. das Zusammenwirken der Teammitglieder sowie Kooperationen festgelegt.

2.3.1.2 Ambulante Fachversorgung

Da auch in den Fachbereichen vermehrt Teambildung und strukturierte Vernetzung zwischen den häufig zusammenarbeitenden Gesundheitsberufen erforderlich werden, um die umfassende Patientenversorgung innerhalb der Versorgungsstufe analog zur Primärversorgung zu gewährleisten, ist die Entwicklung von **multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsformen** zu unterstützen. Dafür sollen in der Regel vorhandene Kapazitäten im intra- und extramuralen ambulanten Bereich genutzt werden. Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung werden in Form von **ambulanten Zentren oder Netzwerken** im extramuralen Bereich (niedergelassener Bereich, selbstständige Ambulatorien) und/oder im spitalsambulanten Bereich geplant und umgesetzt.[57]

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

2.3.2 Akutstationäre inklusive tagesklinische/tagesambulante Versorgung

2.3.2.1 Krankenanstalten-Typen

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

Darauf ausgerichtet sind auch die Versorgungsstufen in der Typologie der Krankenanstalten[58] jeweils mit definierten Anforderungen an zu führende Fachbereiche in Form von Abteilungen oder reduzierten Organisationsformen (mit abgestuften Regelungen zu den Anforderungen an den ärztlichen Dienst und Qualitätskriterien).

- **Allgemeine Krankenanstalten** sind nicht auf bestimmte Patientengruppen beschränkte KA und können in folgenden Formen geführt werden:
  - **Standard-Krankenanstalten** führen zumindest zwei Abteilungen (eine davon jedenfalls für Innere Medizin) und stellen eine ambulante chirurgische bzw. unfallchirurgische Basisversorgung sicher. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, Röntgendiagnostik und Obduktionen vorhanden sein und entsprechend fachärztlich betreut werden. Sie können darüber hinaus weitere Fach- und Versorgungsbereiche in regional jeweils erforderlichen Organisationsformen einrichten. Standard-KA übernehmen in den jeweils eingerichteten Fach-/Versorgungsbereichen in der Regel die Basis- und Grundversorgung, können jedoch auch punktuell Schwerpunktversorgungsfunktionen mit daran geknüpften Anforderungen gemäß KAKuG und ÖSG übernehmen, ohne dass sich dadurch der Krankenanstalten-Typ ändert.
  - **Schwerpunkt-Krankenanstalten** haben in mehreren Fachbereichen Abteilungen vorzuhalten[59], können jedoch im regionalen Kontext manche davon auch in reduzierten Organisationsformen führen oder aufgrund der Verortung in anderen KA im Einzugsbereich der Schwerpunkt-KA davon auch entbunden werden. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, Hämodialyse, Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, und für Intensivpflege (inklusive Intensivpflege für Neonatologie und Pädiatrie), eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik vorhanden sein und entsprechend fachärztlich betreut werden. Schwerpunkt-KA übernehmen in den Fach-/ Versorgungsbereichen neben der Grundversorgung in der Regel die Schwerpunktversorgungsfunktion; sie können in regionaler Abstimmung jedoch auch Standorte für Referenzzentren sein.
  - **Zentral-Krankenanstalten** führen grundsätzlich in allen Fachbereichen Abteilungen und decken darin jeweils das gesamte fachbereichsspezifische Leistungsspektrum ab. Sie sind vorrangig Standorte für Referenz- und Spezialzentren für eine österreichweit relativ kleine Patientengruppe.

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

Weitere für die akutstationäre und tagesklinische/tagesambulante Versorgung relevante Krankanstalten sind:

- **Sonderkrankenanstalten** für Personen mit bestimmten Krankheiten oder für Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke (z.B. Kinderspital, Unfallkrankenhaus),

[58] nach §§ 2 und 2a KAKuG
[59] siehe § 2a Abs. 1 lit. b KAKuG

- **Sanatorien** (oder Privatkrankenanstalten) erfüllen durch ihre besondere Ausstattung höhere Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung und werden von der Gesundheitsplanung nicht umfasst.

2.3.2.2 Organisationsformen

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

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

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

Bei **standortübergreifenden Organisationsformen**, die aus einer ABT und anderen Organisationsformen bestehen, gelten für die jeweiligen Standorte die Leistungsspektren und Kriterien der entsprechenden Organisationsform und sind diese jeweils im RSG auszuweisen.

Die **Systematik der Organisationsformen** folgt dem abgestuften Versorgungsmodell im stationären Bereich inkl. Übergang zum ambulanten Bereich für die Erstversorgung von Akutfällen[60]. Abgrenzungskriterien finden sich in der folgenden tabellarischen Übersicht.

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

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

Organisationsform[1] MVS-Code (LM-stat)	Planungskriterium	Leistungsspektrum lt. Leistungsmatrix (LM)	Fachbezug	Größe	Betriebszeit, Öffnungszeit[2]	Ausstattung mit ÄrztInnen	Organisatorische Eingliederung in KA	
Referenzzentrum RFZ	Konzentration von **komplexen Behandlungsfällen** geringer Häufigkeit auf wenige Standorte mit aufwändiger Ausstattung und hoher Expertise durch höhere Fallzahl ("high end"-Bereich, hochspezialisierte Medizin); Mindestfallzahlen für ÄAO/KEF 2015	RFZ-Spezialisierung zumeist innerhalb einer ABT (Additivfach bzw. Schwerpunktausbildung) oder als ABT (bei ausreichender Auslastung für ökonomische Tragfähigkeit)	HCH, KAR, KHZ, GCHZ, TCH, TRZ, TXC, ONKZ, KJONK, SZT, NUKT, NEPZ, PNZ, KJZ	keine Vorgabe	uneingeschränkte Betriebs- und Öffnungszeit	siehe spezifische RFZ-Qualitätskriterien	ABT oder im Rahmen von ABT am KA-Standort mit selber Sonderfach-Grundausbildung gem. ÄAO	Organisationsformen stationär
Abteilung ABT	fachbereichsspezifische **Regelversorgung**, Einhaltung der PRW (stationär) für ABT	fachbereichsspezifisches Leistungsspektrum exkl. RFZ-Spezialisierung, inkl. Akutfall-Versorgung	Keine Einschränkung auf Fachbereiche	MBZ fachspezifisch lt. PRW-Tabelle (Kap. 2.2.3)	uneingeschränkte Betriebs- und Öffnungszeit	Ärztl. Dienst gem. KAKuG bzw. Qualitätskriterien für jeweilige Versorgungsstufe	autonom	
Fachschwerpunkt FSP	auf **Behandlungen mit geringem Komplikationsrisiko** eingeschränkte Versorgung zur Abdeckung regionaler stationärer Versorgungslücken bzw. Herstellung regional ausgewogener Versorgung; ABT mangels Auslastung ökonomisch nicht tragbar	**eingeschränkt, MEL lt. LM,** inkl. Akutfallversorgung in Öffnungszeit, ggf. auf elektive Leistungserbringung einschränkbar (im RSG festzulegen)	Einschränkung auf Fachbereiche: a) AU, HNO, URO, OR, ORTR, UCH[6], PCH, MKG, DER b) nur an Standard-KA: CH, GYN oder GGH[3], KIJU	mind. 8 Betten (inkl. TK-Plätze); ambBP gemäß Anhang 2 fachspezifisch auf max. die Hälfte der MBZ anzurechnen max. 14 Betten (inkl. TK-Plätze und ambBP)[6]	fixe Betriebszeiten, Öffnungszeit tageszeitlich einschränkbar	mind. 2 FA[4]; Rufbereitschaft außerhalb Öffnungszeit zu regeln (für Komplikationsmanagement von stationär aufgenommenen PatientInnen)	FSP Typ 1: **autonom** mit Anbindung (für QS, Komplikationsmanagement/Sicherung Nachsorge) an Partner-ABT derselben Fachrichtung in anderer KA FSP Typ 2: **Satellit** einer fachgleichen Mutter-ABT in anderer KA / an anderem KA-Standort	

71

Organisationsform[1] MVS-Code (LM-stat)	Planungskriterium	Leistungsspektrum lt. Leistungsmatrix (LM)	Fachbezug	Größe	Betriebszeit, Öffnungszeit[2]	Ausstattung mit ÄrztInnen	Organisatorische Eingliederung in KA	
dislozierte Wochenklinik dWK	geplante Behandlungen mit geringem Komplikationsrisiko und **kurzer erwarteter Verweildauer**; eingeschränkte Versorgung zur Abdeckung regionaler Versorgungslücken bzw. Herstellung regional ausgewogener Versorgung	**eingeschränkt, (MEL der Basisversorgung lt. LM: BV),** vorrangig elektiv, auch Akutfall-Versorgung während Wochenbetriebszeit	keine Einschränkung auf Fachbereiche	keine quantitative Vorgabe; Einrichtung durch Umwandlung vollstationärer systemisierter Betten	Betriebszeit einschränkbar auf Wochenbetrieb Mo-Fr, Öffnungszeit tageszeitlich einschränkbar	je nach Umfang: in Betriebszeit mind. 1 FA im Tagdienst anwesend; NWF Rufbereitschaft fachgleicher FA	dWK Typ 1: **autonom** mit Anbindung (für QS, Komplikationsmanagement/Sicherung Nachsorge) an Partner-ABT derselben Fachrichtung in anderer KA dWK Typ 2: **Satellit** einer fachgleichen Mutter-ABT in anderer KA / an anderem KA-Standort	
dislozierte Tagesklinik dTK	auf **tagesklinische Behandlungen mit geringem Komplikationsrisiko** und erwarteter Verweildauer bis max. 12h; eingeschränkte Versorgung zur Herstellung regional ausgewogener Versorgung	**eingeschränkt**, vorrangig elektiv, MEL lt. LM (MVS dTK)	keine Einschränkung auf Fachbereiche	keine quantitative Vorgabe; Einrichtung durch Umwandlung vollstationärer systemisierter Betten	Betriebs- und Öffnungszeit eingeschränkt auf Tagesbetrieb an definierten Tagen pro Woche	1 FA und Vertretung	dTK Typ 1: **autonom** mit Anbindung (für QS, Komplikations-management/Sicherung Nachsorge) an Partner-ABT derselben Fachrichtung in anderer KA dTK Typ 2: **Satellit** einer fachgleichen Mutter-ABT in anderer KA/an anderem KA-Standort	**Organisationsformen stationär**
Department DEP für spezielle Versorgungsbereiche[5]	wohnortnahes Angebot von **Leistungen der speziellen Versorgungsbereiche**	-	AG/R RNS PSO	ab 15 Betten PSO: ab 12 Betten ambBP gemäß Anhang 2 fachspezifisch auf max. die Hälfte der MBZ anzurechnen	Uneingeschränkte Betriebszeit, Öffnungszeiten einschränkbar	mind. 3 AM/FA[4], Qualifikationserfordernis vgl. Kap. 3.2.4	im Rahmen von ABT: autonom in Fachentscheidungen; organisatorisch abhängig von ABT anderer Fachrichtung am selben oder anderem KA-Standort	

[1] Ausweis je KA im RSG
[2] **Betriebszeit:** Zeit, in der stationäre PatientInnen in KA versorgt werden; **Öffnungszeit**: Zeit, in der PatientInnen die KA zur fachspezifischen Behandlung aufsuchen können; eingeschränkte Öffnungszeiten sind öffentlich auszuweisen.
[3] FSP GGH (inkl. Geburtshilfe der Grundversorgung): in Ausnahmefällen bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten ABT GGH (gemäß PRW-Tabelle Kap. 2.2.3) zulässig.
[4] davon jeweils 1 LeiterIn.
[5] vgl. Bereiche mit tageweiser Bepunktung in LKF.
[6] für ehemalige SAT-DEP für UCH Weiterführung > 14 Betten innerhalb Übergangsfrist gemäß KAKuG möglich; Anrechnungsmöglichkeiten auf Mindestbettenzahl analog jener Regelung für MBZ für ABT gem. Kap. 2.2.3

72

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien zur Fachstruktur

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

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

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

2.3.2.3 Betriebsformen[61]

Die Behandlung und Betreuung der stationär und tagesklinisch versorgten PatientInnen wird in Betten (inkl. jener zur Nutzung als Tagesklinikplätze) auf Pflegestationen geleistet. Die Belegung kann dabei unterschiedlichen Kriterien folgen, wobei das Zusammenführen von **Patientengruppen mit ähnlichem Pflege-, Behandlungs- und Betreuungsbedarf** in räumlich-organisatorisch abgegrenzten Funktionsbereichen einen effizienten Ressourceneinsatz sowohl in personeller als auch infrastruktureller Hinsicht unterstützt. Dies umso mehr, je mehr Leerkapazitäten durch interdisziplinäre Nutzung[62] von Pflegestationen bei optimalem Bettenmanagement reduziert werden können. Im Fall der Tagesstation können Tagesklinikplätze auch mehrfach pro Tag genutzt werden.

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

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

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

Betriebsformen stationärer Pflegebereiche in Akutkrankenanstalten

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

2.3.3 Rehabilitation

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

Die **stationäre medizinische Rehabilitation** im Sinne des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes[63] umfasst u. a. die Unterbringung in KA, die vorwiegend der Rehabilitation dienen (in der Regel in Sonderkrankenanstalten[64]). Die stationäre medizinische Rehabilitation erfolgt künftighin ausschließlich in bettenführenden (Sonder-) Krankenanstalten für Rehabilitation („stationäre Rehabilitationszentren").

Seit 1.1.2011 ist die **ambulante medizinische Rehabilitation** im Bereich der Pensionsversicherung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz erwähnt und seit 2019 fallen auch Maßnahmen der Telerehabilitation in diesen Aufgabenbereich[65]. Die Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation erfolgt derzeit in Krankenanstalten im Sinne des KAKuG (in der Regel in selbstständigen Ambulatorien[66]). Die ambulante medizinische Rehabilitation der Phasen II und III erfolgt künftighin ausschließlich in selbstständigen Ambulatorien.

2.4 Strukturelle Vorgaben für RSG-Inhalte

Die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sind die zentralen Planungsdokumente zur integrativen Versorgungsplanung in den Bundesländern und haben möglichst umfassend alle Teilbereiche der integrativen regionalen Versorgungsplanung abzudecken. Jedenfalls enthalten RSG Planungsgrößen zum akutstationären Bereich, zur ambulanten Fachversorgung und zur Primärversorgung samt Ausweis geplanter Vergemeinschaftungsformen (PVE, Gruppenpraxen, selbständige Ambulatorien)~~.~~. Sind Vergemeinschaftungsformen geplant, die ohne Festlegung in einem RSG grundsätzlich nur aufgrund eines Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahrens errichtet werden dürfen, haben die diesbezüglichen Festlegungen im RSG eine derart hohe Granularität aufzuweisen, dass die entsprechenden Vergemeinschaftungsformen auf Grundlage der verbindlich zu erklärenden Teile der RSG ohne Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahren errichtet werden können. Des Weiteren haben die RSG auch überregionale Versorgungsangebote und zugehörige Versorgungsgebiete zu beinhalten, wobei die Berücksichtigung der Versorgung von inländischen und ausländischen GastpatientInnen transparent gemacht werden muss[67].

Zu PVE sind Festlegungen insbesondere im Hinblick auf deren Anzahl, Typ (Netzwerk oder Zentrum), Versorgungsgebiet, Größe, Schwerpunkte der Leistungsangebote und den zeitlichen Umsetzungshorizont zu treffen[68].

Festgelegte Trauma-Netzwerke sind unter Einbindung aller im jeweils definierten Einzugsbereich an der Trauma-Versorgung beteiligten KA-Standorte mit ihrer zugeordneten Trauma-Versorgungsstufe (vgl. Kap. 3.2.3.5 Trauma-Versorgung) inkl. ihrer bundesländer- und ggf. staatsgrenzenübergreifenden Zuständigkeit in den jeweiligen RSG abzubilden. Trauma-Netzwerke werden nach ihrer Festlegung in der ÜRVP abgebildet.

Weiters sind auch Angaben zur Rehabilitation im RSG zu erfassen.

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

[63] § 154a, § 189, §§ 300–307c ASVG
[64] im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG
[65] § 302 Abs. 1 Z 1a ASVG
[66] im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG
[67] siehe § 21 Abs. 3 G-ZG
[68] siehe Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 6 Abs. 2 Z 2

2.4.1 RSG-Planungsmatrix

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

Das zentrale Instrument der Detailplanungen auf Landesebene in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) ist die RSG-Planungsmatrix (RSG-PM). In dieser sind die Versorgungssituation im ambulanten und akutstationären Versorgungsbereich (sowie möglichst auch zu den Nahtstellen zum Sozialbereich) in der jeweiligen Versorgungsregion (VR) sowie für die stationäre und ambulante Rehabilitation im jeweiligen Bundesland zu beschreiben. Der Ist-Stand ist gemäß der jeweils aktuell verfügbaren Datenbasis darzustellen und das Basis-Daten-Jahr ist auszuweisen. Die Darstellung zum Plan-Stand betrifft den jeweiligen Planungshorizont, der beginnend mit dem Jahr 2020 oder 2025 jeweils in Fünfjahresschritten (2025, 2030, 2035 etc.) zu wählen ist.

Die RSG-PM hat in Struktur und Aufbau dem Anhang 9 zu entsprechen und kann um weitere bundeslandspezifische Planungsgrößen und Zusatzinformationen ergänzt werden. Im Jeweiligen RSG können Klarstellungen zur RSG-PM hinsichtlich der Darstellung in Fußnoten getroffen werden. Die RSG-PM ist in folgende vier Bereiche zu unterteilen:

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

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

Detailinhalte	KA-Standort	Bezirks-ebene	Versorgungs-region	Bundes-land
Ambulante ärztliche Versorgung je Fachrichtung				
ÄAVE spitalsambulant			x	x
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gesamt (mit Kassenvertrag), Ist-Stand			x	x
ÄAVE selbst. Ambulatorien (mit Kassenvertrag), Ist-Stand			x	x
ÄAVE Kassenambulatorien (kasseneigene selbst. Ambulatorien), Ist-Stand			x	x
ÄAVE niedergelassene ÄrztInnen und in selbstständigen Ambulatorien (mit Kassenvertrag und kasseneigene) gesamt, Soll-Stand			x	x
ÄAVE in Vergemeinschaftungsformen sowie davon in PV-Einheiten			x	x
ÄAVE gesamt (Optional bis zum Vorliegen einer detaillierten Definition von Sachleistungsstellen)			opt	opt
ÄAVE Wahlärztinnen und -ärzte und selbständige Ambulatorien (ohne Kassenvertrag), Ist-Stand			opt	opt
Vertragsärztliche Planstellen je KV-Träger, Ist-Stand			x	x
Anzahl Ambulatorien-Standorte (mit Kassenvertrag und kasseneigen), Ist-Stand			x	x
Gemeinsame Sachleistungsstellen aller KV-Träger sowie zusätzliche Sachleistungsleistungsstellen je KV-Träger		x	x	x
davon jeweils maximal als vertragsärztliche Planstellen in Prozent		x	x	x
davon in Einrichtungen für Erstversorgung-Allgemeinmedizin (EVA)		opt	opt	opt
Akut-Krankenanstalten				
Betriebsformen von Spitalsambulanzen je Fach-/Versorgungsbereich	x		opt	
Ambulante Betreuungsplätze in Fach-/Versorgungsbereichen	x		x	x
PLAN Kapazität stationär und tagesambulant	x		x	x
Anzahl der Betten in Normalpflegebereichen (davon TK-Plätze jedenfalls auf KA-Ebene ausgewiesen) und Intensivpflegebereichen je Fach-/Versorgungsbereich	x		x	x
Stationäre Organisationsformen je Fach-/Versorgungsbereich	x		opt	
Leistungsstandorte und, wenn vorgesehen auch, Anzahl der Betten von Referenzzentren (soweit in eigener Struktur), Versorgungsbereiche mit	x		opt	x

Detailinhalte	KA-Standort	Bezirks-ebene	Versorgungs-region	Bundes-land
ÜRVP, alle Versorgungsstufen, Spezialzentren, Expertisezentren, Modulen je Versorgungsbereich				
Großgeräte und Dialyse (extramural und intramural)				
Großgeräte gemäß GGP je Großgeräteart	opt		opt	opt
Anzahl der Plätze in Dialyseeinrichtungen	x		x	x
Rehabilitation				
Anzahl der vertraglichen Betten bundesweit je RIG im Ist-Erwachsene				opt
Anzahl der Betten bundesweit je RIG im Soll gemäß ÖSG Erwachsene				opt
Anzahl der ambulanten Verfahren der Phase II je ESO im Bundesland je RIG im Ist-Erwachsene				opt
Anzahl der ambulanten Verfahren der Phase II je ESO im Bundesland je RIG im Soll gemäß ÖSG Erwachsene				opt
Anzahl der ambulanten Verfahren der Phase III je ESO im Bundesland je RIG im Ist - Erwachsene				opt
Anzahl der ambulanten Verfahren der Phase III je ESO im Bundesland je RIG im Soll gemäß ÖSG Erwachsene				opt
Anzahl der vertraglichen Betten bundesweit je RIG im Ist-Kinder/ Jugendliche				opt
Anzahl der Betten bundesweit je RIG im Soll gemäß ÖSG Kinder/ Jugendliche				opt
Primärversorgungseinheiten (PVE)				
PVE für Allgemeinmedizin oder für Kinder und Jugendliche mit Angaben zu		x		
• Standort (zumindest Bezirksebene)		x		
• Einzugsgebiet/zu versorgende Gebiete		x		
• Leistungsangebot und Schwerpunkte: • für bestehende PVE • für geplante PVE		x opt		
• VZÄ AllgemeinmedizinerInnen und/oder FÄ Kinder- und Jugendheilkunde: • für bestehende PVE • für geplante PVE		x opt		
• VZÄ oder Verfügbarkeit weitere Gesundheits- und Sozialberufe (ggf. inkl. weitere FachärztInnen): • für bestehende PVE • für geplante PVE		x opt		
• Typ: Einrichtung als Zentrum oder Netzwerk		x		
• Realisierungszeitpunkt der Umsetzung (Jahr), soweit bekannt		x		
Geplante Vergemeinschaftungsformen exkl. Primärversorgungseinheiten		opt		
Angebot/Zweck der Vergemeinschaftungsform(en) mit Angaben zu		opt		
• Standort (zumindest Bezirksebene)		opt		
• Einzugsgebiet/zu versorgende Gebiete		opt		
• Leistungsangebot und Schwerpunkte		opt		
• Ärztliche VZÄ je Fachbereich		opt		
• VZÄ oder Verfügbarkeit weitere Gesundheits- und Sozialberufe		opt		
• Anzahl versorgte Personen und/oder Anzahl Plätze ggf. mit Angabe von Schichten		opt		
• Typ: Einrichtung als Zentrum oder Netzwerk		opt		
• Öffnungszeiten		opt		
• Realisierungszeitpunkt der Umsetzung (Jahr)		opt		

x = verpflichtender Mindestinhalt in Tabellen; opt = optional in Tabellen

Werden als Planungsgrundlage und in der Darstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung im jeweiligen RSG in Ersatz zu ÄAVE andere Planungsgrößen wie z.B. Standardversorgungseinheiten (SVE) verwendet, so ist auf Ebene des Bundeslandes je Fachrichtung und Sektor ein Umrechnungsschlüssel der bundeslandspezifischen Planungsgrößen auf ÄAVE gemäß ÖSG anzugeben.

Die in den RSG ausgewiesenen Gesamtkapazitäten für die akutstationäre inkl. tagesklinische/tagesambulante Versorgung sind je Fachbereich und Krankenanstalt als Zielwerte zu verstehen, die es zu erreichen gilt, die aber nicht überschritten werden dürfen. Die an den einzelnen KA-Standorten je Fachbereich ausgewiesene Anzahl an Tagesklinikplätzen und ambulanten Betreuungsplätzen stellen Mindestwerte dar, die durch Umwidmung vormals vollstationär genutzter Betten – unter Wahrung des zugewiesenen Versorgungsauftrags im Rahmen der für die Gesamtkapazität festgelegten Zielwerte (zulasten der Bettenanzahl) – erhöht werden können.

2.4.2 Versorgungsaufträge im RSG

Die Grundlagen für Versorgungsaufträge im ambulanten Bereich bilden die **Aufgabenprofile** und **Leistungsmatrix-ambulant** (vgl. Kap. 3.1), die österreichweit einheitlich definiert sind und vorerst für 22 Fachbereiche und für die teambasierte Primärversorgung vorliegen. Weitere Fachbereiche werden laufend ergänzt. Noch nicht behandelte Themen im ÖSG (noch keine Zuordnung in Leistungsmatrix/Versorgungsauftrag) bzw. nicht abgebildete Leistungen sind dementsprechend noch keine Grundlage für die Festlegung von Versorgungsaufträgen. Insbesondere wird keine Aussage über Honorierung und Finanzierung getroffen.

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

Für die Darstellung der Versorgungsaufträge steht eine Mustertabelle zur Verfügung (siehe Anhang 9 RSG-PM), die sich auf die geplante Anzahl an Zugangspunkten für die Bevölkerung zum Planungshorizont für die intra- und extramurale Versorgung im Rahmen der in den Aufgabenprofilen ausgewiesenen Spezialaufgaben bezieht.

In Abhängigkeit von der Einführung und den Erfahrungen mit der Diagnosencodierung im gesamten ambulanten Bereich wird eine Weiterentwicklung von Darstellungsform und -inhalten zur Abbildung von Versorgungsaufträgen im RSG in Aussicht genommen.

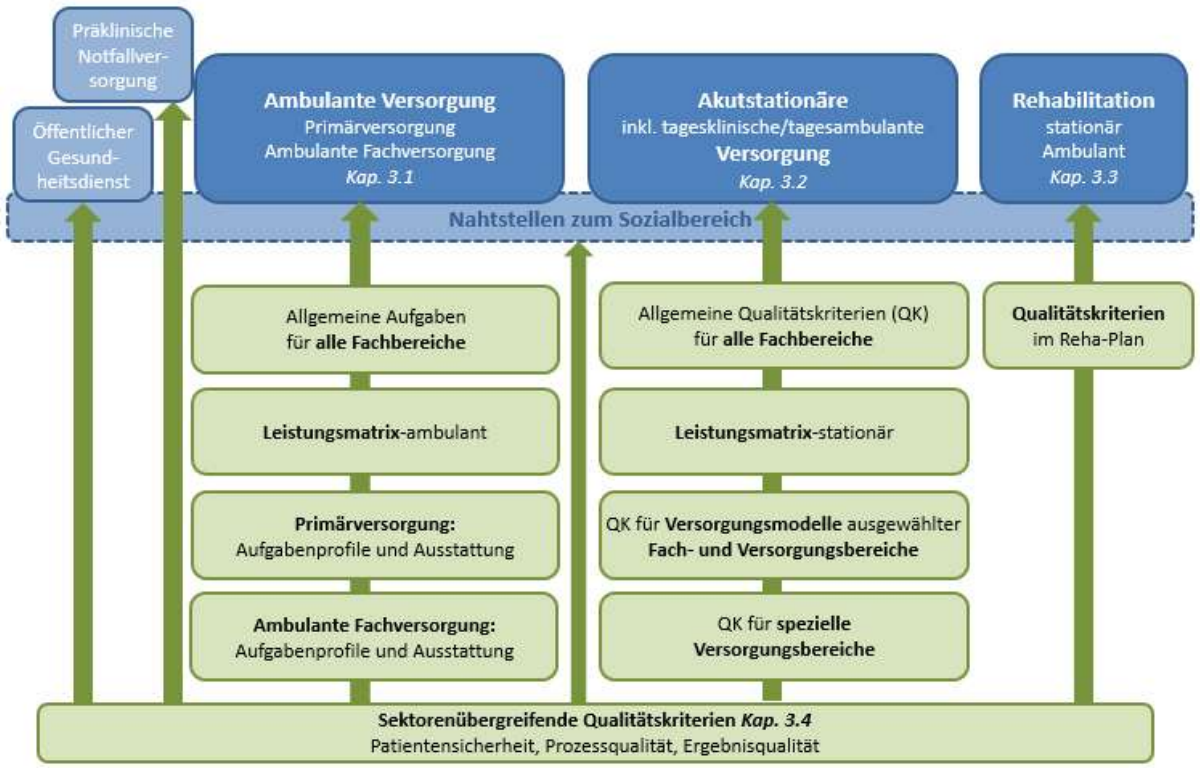
3 QUALITÄTSKRITERIEN

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

Die Qualitätskriterien (QK) fokussieren im Wesentlichen auf die **Strukturqualität**[69]. Prozessqualitätskriterien werden im Kapitel **Prozessqualität** *(→ Kap. 3.4.2)* in allgemeiner Form und grundsätzlich für das gesamte Gesundheitssystem gültig angesprochen. Darüber hinaus enthält der ÖSG Aussagen zur Prozessqualität in ausgewählten Versorgungsbereichen *(→ Kap. 3.2.2).* Allgemeine Hinweise auf **Ergebnisqualität** enthält *Kap. 3.4.4*.

ÖSG KAPITEL 3 – ÜBERSICHT

Quelle: BMASGPK



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

Allgemeine Qualitätskriterien

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

Fachbereiche orientieren sich an der Systematik und den Inhalten der **Sonderfächer** gemäß ÄAO, **schließen** aber sämtliche relevante **Gesundheitsberufe**[70] **mit ein**, die in diesem Fachbereich bzw. ausgehend von diesem Fachbereich mit der Übernahme von Aufgaben bzw. Leistungen im Rahmen der jeweiligen Berufsgesetze einen wesentlichen Behandlungsbeitrag leisten.

[69] 7 Abs. 1 G-ZG

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

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

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

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

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

Im Fall der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe erfolgt der Einsatz der Pflegefachassistenz soweit dies berufsrechtlich möglich ist. Die Pflegefachassistenz ist zur eigenverantwortlichen Durchführung der ihr übertragenen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten ohne verpflichtende Aufsicht berechtigt. Der/die anordnende Arzt/Ärztin bzw. anordnende DGKP prüft zuvor die Delegationsmöglichkeit und hat im Rahmen der Anordnungsverantwortung zudem zu entscheiden, ob die Durchführung durch die Pflegefachassistenz (PFA) jeweils im Einzelfall ergänzend einer Aufsicht bzw. begleitenden Kontrolle bedarf.

Bei den Qualitätskriterien zur Personalanwesenheit von DGKP (als Mindestvorgaben, z.B. DGKP 7/24) im ÖSG ist der Einsatz mindestens einer DGKP gemäß § 11 Abs. 1 GuKG bzw. DGKP mit Berechtigung in der jeweiligen Spezialisierung gemäß § 11 Abs. 2 GuKG unabhängig vom Einsatz von PFA zu gewährleisten.

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

Spezifische Qualitätskriterien

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

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

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

und ist nur in Ausnahmen ident mit einem gesamten Fachbereich.



Die im ÖSG dargestellten ausgewählten Versorgungsbereiche sind teilweise nur im stationären Bereich angesiedelt, können aber auch den ambulanten und den stationären Bereich umfassen sowie fallweise auch über das Gesundheitssystem hinaus in das Sozial- bzw. Pflegesystem hineinreichen[71].

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

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

Legende zu Kapitel 3 – Qualitätskriterien

VERSORGUNGSMODELL

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

Bei Bedarf werden „transformierte“ Qualitätskriterien für Sanatorien dargestellt.

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

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

3.1 Ambulante Versorgung

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

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

Aufgabenprofile und die Zuordnung von Leistungen in der LM-amb wurden vorerst für die Primärversorgung und 22 Fachbereiche erstellt. Weitere Fachbereiche werden laufend erarbeitet und in den nächsten Revisionen des ÖSG sukzessive ergänzt.

3.1.1 Leistungsmatrix - ambulant (LM-amb)

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

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

Bei der Zuordnung wird zwischen Basisleistungen und speziellen Leistungen differenziert:

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

Strukturqualitätskriterien (SQK) für spezielle (ärztliche) Leistungen hinsichtlich Ausstattung, Qualifikation und Erfahrung sind der jeweiligen Einzelleistung in der LM-amb direkt zugeordnet. Die angeführten Aus- und Fortbildungen sowie die Erfahrung sind für die Erbringung der entsprechenden Leistungen zu belegen. Für Basisleistungen ist die erforderliche Ausstattung im Anschluss an das jeweilige Aufgabenprofil dargestellt.

Sämtliche in der LM-amb ausgewiesene Qualitätskriterien gelten als essenzielle Qualitätsstandards gemäß § 3 Abs. 3 Gesundheitsqualitätsgesetz.

Ein Versorgungsauftrag für die Erbringung von Leistungen, deren Durchführung einen Eingriffs- oder Operationsraum erfordert, im extramuralen Bereich setzt voraus, dass im extramuralen Bereich gleiche Qualitätsvorgaben wie im intramuralen Bereich gelten und deren Einhaltung gleichwertig sichergestellt ist.

Vorerst wurde die Leistungszuordnung in der LM-amb für die Primärversorgung und 22 Fachbereiche erstellt, weitere Fachbereiche werden laufend ergänzt. Die ergänzende Abbildung der Leistungen der Pflege und therapeutischen Gesundheitsberufe ist in Erarbeitung.

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

3.1.2 Aufgabenprofile

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

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

Spezifische Qualitätskriterien für den jeweiligen Fachbereich

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

Allgemeine Aufgaben für alle Fachbereiche

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

Allgemeine Aufgaben für alle Fachbereiche

Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Gesundheitskompetenz von PatientInnen stärken[1]	Anleitung und Motivation zum Selbstmanagement im Umgang mit Erkrankungen
	Information und Beratung zu Gesundheitsdeterminanten, persönlichen Risikofaktoren und präventiven Maßnahmen
	Patientenzentrierte Gesprächsführung[2] inkl. Herstellen und Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehung
Aufklären der PatientInnen[1]	Kommunikation mit PatientInnen über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen (Patientengespräch bzw. Gespräche mit Angehörigen. Information bzgl. Selbsthilfeinstitutionen)
Interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit	Koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen GesundheitsdienstanbieterInnen
Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen	Administration
	Strukturierte Patientendokumentation (inkl. kodierte Diagnosen- und Leistungsdokumentation unabhängig von Abrechnung)
	Standardisierte Informationsweitergabe / modellbasierte Kommunikation[2]
	Nutzen von Telemedizin
Psychosomatik	Diagnostik, ggf. Therapie (gemäß ÄAO des jeweiligen Fachbereichs) und Weiterleiten
Prähabilitation	Individuelle Vorbereitung einer Patientin/eines Patienten auf belastende konservative oder chirurgische Therapien, z.B. mittels Ernährungs-/Bewegungs-therapie, psychologischer Unterstützung und ggf. unter Einbeziehung des Patient Blood Managements
Rehabilitative Maßnahmen	Koordinierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung besonderer fachspezifischer Erfordernisse
Palliativversorgung	Schmerztherapie, Symptomkontrolle, psychosoziale Betreuung, Koordination/Einbindung von PAL/HOS-Diensten unter Berücksichtigung besonderer Erfordernisse des jeweiligen Fachbereichs

[1] wobei die Anforderungen von vulnerablen Gruppen (z.B. Personen mit Sprachbarriere, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen) speziell zu berücksichtigen sind.
[2] Definition Patientenzentrierung, Aufgaben und Beispiel für ein Modell der patientenzentrierte Gesprächsführung siehe → *Glossar*

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

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

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

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

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

Die Entscheidung, ob eine stationäre Aufnahme notwendig ist, liegt in der Verantwortung der behandelnden AnstaltsärztInnen[72].

[72] gemäß §22 KAKuG

3.1.3 Allgemeinmedizin/Allgemein- und Familienmedizin (AM)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Allgemein- und Familienmedizin, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, OrdinationsassistentInnen sowie DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, Hebammen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen, HeilmasseurInnen, Klinische- und GesundheitspsychologInnen, PsychotherapeutInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde; Zusammenarbeit mit SozialarbeiterInnen

Unabhängig von der Organisationsform ist im Rahmen der Allgemein- und Familienmedizin eine entsprechende Vernetzung zwischen den Angehörigen der beteiligten Gesundheits- und Sozialberufe im Sinne einer Koordination und Lotsenfunktion sicherzustellen. Dabei ist auf die Aufrechterhaltung der persönlichen Kontinuität Bedacht zu nehmen.

Für PVE-AM:

Kernteam: FachärztInnen für Allgemein- und Familienmedizin, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, OrdinationsassistentInnen

Erweitertes Team (orts- und bedarfsabhängig), insbesondere: DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hebammen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde, HeilmasseurInnen; SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen

Nachfolgendes Aufgabenprofil bezieht sich einerseits auf das Spektrum von PVE aufgrund des verbindlichen Teamsettings und vorgegeben erweiterter Öffnungszeiten und andererseits auf das Mindestspektrum an Aufgaben in allen anderen Organisationsformen inkl. Einzelordinationen (EO), ggf. auch im Rahmen von Kooperationen.

Nachfolgendes Aufgabenprofil stellt die Ausprägung in PVE sowie die Mindestanforderungen an Einzelordinationen (EO) dar (vgl. „x“ bzw. Ausprägung bei Mindestspektrum EO).

	Aufgabenbereiche	Beschreibung	Konkretisierung (PVE)	Mindestspektrum (EO)
Basisaufgaben	Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein	Basisdiagnostik, Therapie und Nach- bzw. Verlaufskontrolle bei allen einfachen, episodenhaften Gesundheitsbeschwerden	Abschließende Behandlung unkomplizierter **Infektionen**	x
			Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Basisdiagnostik[1], ggf. abschließende Behandlung, bei Bedarf Weiterleiten	x
			Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei **Verdacht auf Neubildungen**	x
			Abschließende Therapie von **einfachen Verletzungen** und ggf. Weiterleitung zur sozialen Diagnostik (Gewaltprävention und Opferschutz)	x
			Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) **Fehlbildungen**	x
		Basischirurgie und Nachsorge nach Verletzungen bzw. Operationen	**Kleine Eingriffe** gemäß **LM-amb (b)**, inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren	x
		Sofortlabor	Zur niederschwelligen, zeitnahen und evidenzbasierten Diagnostik von häufigen Krankheitsbildern	quantitatives CRP, Blutzucker, Harn
		Organisation bedarfsspezifisch erforderlicher **aufsuchender Dienste** aus dem (zuständigen) Gesundheits- und/oder Sozialbereich		Information und ggf. Weiterleiten

	Aufgabenbereiche	Beschreibung	Konkretisierung (PVE)	Mindestspektrum (EO)
Basisaufgaben	Akutversorgung und Verlaufskontrolle bei komplexen Fällen	Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von **akuten Problemen** bei **chronisch Kranken**	Leistungen **analog** zum Umfang für **Akutfälle allgemein** unter **besonderer Berücksichtigung** der **chronischen Grunderkrankung** bzw. der Anforderungen bei **Abweichung vom regelhaften Krankheitsverlauf**	x
		Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von **akuten Problemen** bei **Menschen mit Behinderung**	Leistungen **analog** zum Umfang für **Akutfälle allgemein** unter **besonderer Berücksichtigung** der **Behinderung**	x
		Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	**Information** über und **Koordination** bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste	x
Basisaufgaben	Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider PatientInnen	Kontinuierliche Begleitung, fortgesetzte Betreuung, Anleitung und Behandlung nach "state of the art" von PatientInnen mit einer oder mehreren **chronischen Erkrankung(en)** in enger Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Fachbereich/Sonderfach	Multidimensionales (bio-psycho-soziales) **"Assessment"**[2] zum individuellen Versorgungsbedarf	x
			Diagnostik, Beratung, Therapie (inkl. Medikation, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen) und **Verlaufskontrolle** (inkl. Anpassen des Behandlungsregimes), bei spezialisiertem Versorgungsbedarf Weiterleiten	x
			Schmerzmanagement einschließlich Schmerztherapie	Grundversorgung gem. ÖSG Kap.3.2.4.5
			Strukturiertes **Medikamentenmanagement** (Verringern von Polypharmazie, potentiell inadäquate Medikation PIM)	x
			Management und Versorgung chronischer Wunden	Grundversorgung
			Verordnung und Anpassung von **Heilbehelfen und Hilfsmitteln** inkl. Anleitung	Verordnung
			Management **besonderer Therapieformen** wie z.B.: Inhalationstherapie, zu- und ableitende Kathetersysteme, Sondennahrung, Inkontinenz, Stomaversorgung, Heimdialyse, …	Grundversorgung
			Integrierte Versorgung	x
			Mitwirkung an **Disease-Management-Programmen**	x
			Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) **im Lebensumfeld**[73]	Anleitung
			Anleitung zum selbstbestimmten Umgang mit Erkrankung (**Empowerment**)	x
		Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	**Information** über und **Koordination** von bedarfsspezifisch erforderlichen Gesundheits- und Sozialberufen bzw. Diensten	Information
		Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/Angehörige/betreuende Personen von **Menschen mit einer chronischen Erkrankung sowie multimorbiden PatientInnen,** inkl. Beratung bezüglich Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht		
Basisaufgaben	Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Störungen	Identifizierung und Behandlung von PatientInnen mit **psychischen bzw. psychosomatischen Gesundheitsproblemen** bei Bedarf in **Zusammenarbeit** mit teamexternen Berufsgruppen/Einrichtungen mit **PSY-Kompetenz**[3] in allen Versorgungsstufen	Leistungen **analog** zum Umfang für **Akutfälle allgemein** sowie (Langzeit-) Versorgung **von Menschen mit einer chronischen Erkrankung** unter **besonderer Berücksichtigung** der **Anforderungen psychisch beeinträchtigter PatientInnen**	x
			Erkennen und bei Bedarf Weiterleiten oder ggf. Behandlung von PatientInnen mit **Abhängigkeitserkrankungen**	x
			Erkennen und bei Bedarf Weiterleiten oder ggf. Behandlung von PatientInnen mit z.B. **Schlafstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen, Essstörungen, psychotischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**	x
			Erkennen und ggf. Therapie von PatientInnen mit **psychosomatischen Erkrankungen** bzw. bei Bedarf Weiterleiten	x
		Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	**Information** über und **Koordination** von bedarfsspezifisch erforderlichen Gesundheits- und Sozialberufen bzw. Diensten	Information

[73] vgl. Anhang 1 Glossar

	Aufgabenbereiche	Beschreibung	Konkretisierung (PVE)	Mindestspektrum (EO)
Basisaufgaben	Besondere Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen	Basisdiagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle bei **akuten Gesundheitsbeschwerden** und bei Bedarf Weiterleiten an und/oder Zusammenarbeit mit **FA KIJU, KJP** und kinder-/jugendspezifischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen	Leistungen **analog** zum Umfang für **Akutfälle allgemein** sowie für **Menschen mit psychischen Störungen** unter **besonderer Berücksichtigung** der **Anforderungen des Kindes- und Jugendalters**	x
			Beurteilung des **physischen und psychischen Entwicklungsstands;** Erkennen und ggf. Therapie bei Auffälligkeiten, bei Bedarf Weiterleiten	x
			Beurteilung von **psychosozialen Auffälligkeiten,** Basisdiagnostik, bei Bedarf Weiterleiten der PatientInnen	x
		Langzeitversorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in enger Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Fachbereich/Sonderfach	Leistungen **analog** zum Umfang für (Langzeit)-**Versorgung von Menschen mit einer chronischen Erkrankung** unter **besonderer Berücksichtigung** des **individuellen Entwicklungsstandes**	x
			Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) **im Lebensumfeld (inkl. Kindergarten, Schule)**	Anleitung
		Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	**Information** über und **Koordination** bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste unter **Berücksichtigung des Kinderschutzes**	Information
		Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen, Familien/Angehörige / betreuende Personen von **Kindern und Jugendlichen** insbes. **mit einer chronischen und/oder psychischen Erkrankung bzw. mit Behinderung(en)**		
Basisaufgaben	Besondere Versorgungsanforderungen bei alten Menschen	Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle **geriatrischer PatientInnen**[4] unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse in Zusammenarbeit mit geriatrischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen	**Fokussierte Testverfahren aus dem geriatrischen Basis-Assessment** zum individuellen Versorgungsbedarf	x
			Leistungen **analog** zum Umfang für **Akutfälle allgemein** sowie **Menschen mit chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen** unter **besonderer Berücksichtigung altersbedingter Veränderungen**	x
			Beurteilung von **psychosozialen Auffälligkeiten,** Basisdiagnostik, ggf. Therapie/Behandlung, bei Bedarf Weiterleiten der PatientInnen	x
			Basisdiagnostik bei **Demenz**, ggf. Therapie/Behandlung, bei Bedarf Weiterleiten der PatientInnen	x
			Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) **im Lebensumfeld**	Anleitung
		Sicherstellen der psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung	**Information** über und **Koordination** bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste unter Berücksichtigung des **Schutzes der persönlichen Freiheit und der körperlichen Integrität**	Information
		Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/Angehörige / betreuende Personen **von alten Menschen,** inkl. Beratung bezüglich Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht		
	Rehabilitative Therapie	Sicherstellen der bedarfsspezifischen rehabilitativen ambulanten/stationären Versorgung	**Information** über und **Koordination** bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste inkl. **Unterstützung bei administrativen Erfordernissen**	Information
			Ärztliche Stellungnahme zur Veranlassung von rehabilitativen Maßnahmen	x
	Palliativversorgung (Grundversorgung)	Verbesserung der Lebensqualität am Lebensende	**Management bezüglich Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf**	x
			Symptomkontrolle; Schmerzmanagement inkl. Schmerztherapie	x
			Unterstützung des **Erhalts selbstbestimmten Lebens** inkl. bestmöglicher Mobilität	x
		Sicherstellen psychosoziale und sozialmedizinische Versorgung	**Psychosoziale Unterstützung und Begleitung**	-
			Information über und **Koordination** bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste	Information
			Zusammenarbeit mit mobilem Palliativ-/Hospizteam	x
		Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/Angehörige / betreuende Personen von **Menschen in ihrer letzten Lebensphase**		
Basisaufgaben	Prävention & Gesundheitsförderung		**Vorsorgeuntersuchung** gemäß nationalem Vorsorgeuntersuchungs-Programm	-
			Früherkennung von Störungen des **Bewegungsapparates** (Fehlhaltungen, Dysbalancen, …)	-
			Prävention **sexuell übertragbarer Krankheiten**	-

Aufgabenbereiche	Beschreibung	Konkretisierung (PVE)	Mindestspektrum (EO)
	Präventive Maßnahmen betreffend **allgemeine Gesundheitsrisiken, Risiken chronischer Erkrankungen sowie psychische und psychosomatische Gesundheitsrisiken**	Impfberatung, Impfungen, Wartung **Impfstatus** und ggf. Weiterleiten	x
		Identifizierung von und Beratung **bei Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken** (z.B.: Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes); ggf. Zuführung zu speziellen bestehenden Programmen	Erkennen und ggf. Weiterleiten
		Basisdiagnostik (z.B. FRAX[5] ab dem mittleren Lebensalter) und Beratung bei **Risikogruppen für Osteoporose**	-
		Risikoevaluierung und Beratung bei Familien und Personen mit **hohem psychosozialem Risiko** (z.B. Gewaltbereitschaft, Alkoholmissbrauch) inkl. im Rahmen von Hausbesuchen	-
		Risikoevaluierung und Beratung bei **geriatrischen Personen** inkl. im Rahmen von Hausbesuchen – Unterstützung insbesondere in Bezug auf **Sturz- und Dekubitusprophylaxe, Demenz, Fehl- bzw. Mangelernährung**	-
	Identifikation von **Gesundheitsressourcen** und aktive Unterstützung und Befähigung von Individuen, Gruppen und Familien, **Kontrolle über ihre Gesundheit** zu erlangen und sie zu verbessern	Unterstützung im **Selbstmanagement** (medizinisch, sozial, emotional) / Anleitung in der **Selbstversorgung**, Motivation/Empowerment	-
	Gesundheitskompetenz von Individuen, Gruppen und Familien stärken	Kontinuierliche Unterstützung in der **Weiterentwicklung** der Gesundheitskompetenz	-
	Mitwirkung an populationsbezogenen und zielgruppenspezifischen **regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen**	Angebote u. a. zu **adäquater Bewegung & Ernährung, psychosozialem Wohlbefinden** für unterschiedliche Zielgruppen unter Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten	-
Familienplanung Schwangerschaftsberatung Säuglingsuntersuchung	Beratung hinsichtlich Verhütung und Familienplanung, in **Zusammenarbeit** mit den Fachbereichen **GGH** und **URO**	**Kontrazeption**	Grundversorgung
		Fertilität/Sterilität	Grundversorgung
		Schwangerschaftsberatung	Grundversorgung
		Psychosoziale Beratung einschließlich Vermittlung **Früher Hilfen**	Grundversorgung
		Stillen und Ernährung	Grundversorgung
	Sonderleistungen **Eltern-Kind-Pass**[6]	Durchführung und Koordination der Untersuchungen gemäß **Eltern-Kind-Pass**	x
für alle Patientengruppen	**Hausbesuche** und aufsuchende Dienste	Bei Notwendigkeit Versorgung der PatientInnen **im Wohnumfeld (inkl. Pflegeheimen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen)** ggf. in Kombination mit Telekonsultation	x
	Anbieten von **Telekonsultation**	z.B. für **Verlaufskontrollen, Schulung, Beratung** und **Therapie**, bei akuten und chronischen Erkrankungen sowie Langzeitbetreuung	x
	Anleitung und Delegation von bzw. an Familien/Angehörige/betreuende Personen und andere Berufsgruppen		
Todesfeststellung; Entscheidung über Verbringung der Leiche (außerhalb KA)			-

Spezielle Aufgaben		**Öffentliche Gesundheitsaufgaben**	**Amtliche Totenbeschau**	-
			Begutachtung und Beurteilung, ob eine Aufnahme wider Willen **in psychiatrische KA** gerechtfertigt ist gem. UbG	-
			Begutachtungen auf **Haftfähigkeit** außerhalb von Justizvollzugsanstalten od. polizeilichen Anhaltezentren	-
			Kurative Versorgung von kurzfristig **Inhaftierten** außerhalb der Anhaltezentren	-
			Beurteilung **Fahrtauglichkeit** gemäß §5StVO	-
			Mitwirkung bei Management von **Infektionskrankheiten und Epidemien,** Tuberkulosediagnostik	-
			Anordnung von **freiheitsbeschränkenden Maßnahmen** nach dem Heimaufenthaltsgesetz	-
		Traumatologische Basisversorgung	**Traumaversorgung** in Zusammenarbeit mit RAD und ggf. UCH bzw. ORTR (inkl. Röntgen und Gipsversorgung)	-
		Basischirurgie und Nachsorge nach Operationen	Eingriffe gemäß LM-amb (s)	-
		Kardiologie Basisdiagnostik	Leistungen gemäß LM-amb (s)	-
		Pulmologische Basisdiagnostik	Leistungen gemäß LM-amb (s)	-
		Sonographische Basisdiagnostik	Leistungen gemäß LM-amb (s)	-
		Physikalische Therapie	Leistungen gemäß LM-amb (s)	-
		Spezielle Diagnostik ggf. Therapie in folgenden Bereichen	**Substitutionstherapie**	-
			Behandlung chronischer Wunden	-
			Ernährungsberatung	-

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

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

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

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

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

[6] Eltern-Kind-Pass dient der gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder (bis zum 5.LJ). Nähere Informationen: https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/eltern-kind-pass.html

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Otoskop
- Reflexhammer inkl. Monofilament
- EKG (12-Kanal)
- Ausstattung für kleine Eingriffe
- Notfallausstattung
- Messeinrichtung für Körpergröße und Gewicht
- RR-Messgerät
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe
- Labor-Ausstattung: Messgeräte für Sofortlabor
- Fieberthermometer
- Stimmgabel
- Instrumentarium für Cerumenentfernung
- Pulsoxymeter

3.1.3.1 Organisatorische Aufgaben inkl. Lotsenfunktion

Organisatorische Aufgaben werden von Allgemeinmediziner:innen/Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemein- und Familienmedizin im Rahmen ihrer Rolle als Vertrauensärzt:innen, in PVE in Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Versorgungsteam übernommen.

Dabei erfolgt die Umsetzung sowohl in Einzelordinationen, Gruppenpraxen als auch im Rahmen größer strukturierter Einheiten wie Primärversorgungseinheiten (PVE). Die dargestellten Aufgabenprofile sind sinngemäß auf alle Kontexte anwendbar.

Organisatorische Aufgaben	Konkretisierung (PVE)	Mindestspektrum (EO)
Lotsenfunktion für PatientInnen/KlientInnen	Planung, Koordination und Monitoring des erforderlichen Versorgungsprozesses: indikationenbezogene Fallführung	x
	Organisiertes Weiterleiten an weitere/geeignete Versorgungseinrichtungen (inkl. Zuweisung)	x
	Mitwirkung am Nahtstellenmanagement, insb. am intramuralen Aufnahme- und Entlassungsmanagement	Beteiligung am Informationsaustausch (inkl. Bereitstellung Medikations- und Diagnosenliste)
	Kooperation & Koordination der Gesundheits- und Sozialberufe inkl. Abstimmung der zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit	-
	Vernetzung mit anderen VersorgungspartnerInnen inkl. telemedizinischem Austausch	x
	Informationsaustausch durch standardisierte Dokumentation und Kommunikation inkl. Team- und Fallbesprechungen	Informationsaustausch durch standardisierte Dokumentation und Kommunikation
	Information über relevante Sozialeinrichtungen, Selbsthilfegruppen und Opferschutzgruppen einschließlich Vermittlung	Hinweis zu weiterführenden Informationen
	Vermeidung von Unter-, sowie Über- und Fehlversorgung[1] unter Berücksichtigung der Quartärprävention [2, 3, 4]	x
	Aktives Zugehen auf und Unterstützung im Zugang zur Versorgung für vulnerable Gruppen wie z.B. Personen mit Migrationshintergrund, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Risikogruppen	-
Administrative Aufgaben zur Unterstützung der Lotsenfunktion	Verwaltung, Organisation & Wartezeitenmanagement, Führen von Erinnerungssystemen	-
	Entsprechend der Dringlichkeit und dem Bedarf Terminorganisation bei Weiterleitung an andere Versorgungspartner/-einrichtungen	x
	Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen für die jeweils erforderlichen VersorgungspartnerInnen im Rahmen der patientenbezogenen Fallführung	x
	Elektronische, multiprofessionell zu nutzende Patientendokumentation (miteinander kompatible IT- und Kommunikationssysteme, ELGA) unter Berücksichtigung des Datenschutzes (z.B. Zugangsberechtigungen)	kompatible Kommunikationssysteme, ELGA
Qualitätsmanagement als Grundlage für Versorgung „state of the art“ mit Fokus auf Teamarbeit	Klären der Rollen- und Aufgabenteilung im Team	-
	Regelung der Kommunikation im Team	-
	Führen eines teambezogenen Qualitäts- und Fehlermanagementsystems einschließlich Bereitschaft zur begleitenden Evaluierung	-
	Möglichkeit zum PatientInnen-Feedback einschließlich Beschwerdemanagement	x
	Teilnahme an/ Organisation von Qualitätszirkeln	anzustreben
	Regelmäßige Fortbildung	x
	Berücksichtigung evidenzbasierter, für den Fachbereich relevante medizinische, pflegerische und therapeutische Leitlinien und Qualitätsstandards	x
	Erfüllen der Kriterien zur Aus- und Weiterbildungstätigkeit (Lehrpraxis und Praktika)	-
	Organisation der Einhaltung rechtlicher Auflagen (z.B. Hygienerichtlinien/-verordnung, Medizinproduktegesetz)	x

	Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen zur Wissensgenerierung als Grundlage zur evidenzbasierten Analyse und Steuerung des Gesundheitssystems	-
Terminservice	Teilnahme an Terminbuchungssystemen	anzustreben

[1] Leitlinie DEGAM: S2e-Leitlinie Schutz vor Über- und Unterversorgung https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-045LG
[2] Carlos Martins, Maciek Godycki-Cwirko, Bruno Heleno and John Brodersen; British Journal of General Practice 2019; "Quaternary prevention: an evidence-based concept aiming to protect patients from medical harm" https://bjgp.org/content/69/689/614
[3] Bentzen, Niels (2003). Wonca dictionary of general/family practice (PDF). [S.l.]: Wonca International Classification Committee. p. 115. ISBN 8788638227.
[4] Carlos Martins, Maciek Godycki-Cwirko, Bruno Heleno, John Broderson; European Journal of General Practice 2018 Jan 31; 24(1)106-111; "Quaterny prevention: reviewing the concept"

3.1.4 Ambulante Fachversorgung (Aufgabenprofile und Ausstattung)

3.1.4.1 Augenheilkunde und Optometrie (AU)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Augenheilkunde, OrthoptistInnen

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

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

3.1.4.2 Haut- und Geschlechtskrankheiten (DER[74])

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

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

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

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

3.1.4.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH[75])

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hebammen

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

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

[75] Die Abkürzung GGH von „Gynäkologie und Geburtshilfe“ wurde trotz der Umbenennung des Sonderfachs beibehalten.

3.1.4.4 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)

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

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

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

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

3.1.4.5 Innere Medizin (IM)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Innere Medizin, DiätologInnen, PhysiotherapeutInnen

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

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

3.1.4.6 Lungenheilkunde/Innere Medizin – Pneumologie, (PUL[76])

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

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

[1] COPD: chronic obstructive pulmonary disease; chronisch obstruktive Lungenerkrankung
[2] CPAP: Continuous Positive Airway Pressure; Beatmungsform, die die Spontanatmung des Patienten mit einem dauerhaften Überdruck (positiver endexspiratorischer Druck - PEEP) kombiniert

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

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

3.1.4.7 Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU) inklusive Primärversorgungseinheit für Kinder und Jugendliche (PVE-KIJU)



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

Für PVE-KIJU:

Kernteam: FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde sowie DGKP bevorzugt mit Berechtigung in der Spezialisierung „Kinder- und Jugendlichenpflege“, OrdinationsassistentInnen

Erweitertes Team (orts- und bedarfsabhängig), insbesondere: DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, Hebammen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, AllgemeinmedizinerInnen; SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen

Nachfolgendes Aufgabenprofil stellt die Maximalausprägung in PVE sowie die Mindestanforderungen an Einzelordinationen (EO) dar (vgl. „x“ bzw. Ausprägung bei Mindestspektrum EO). KIJU-Versorgung in anderen Organisationsformen ist auf den standortspezifischen Bedarf abzustimmen.

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung (PVE)	Mindestspektrum (EO)
Basisaufgaben	**Ambulante Grundversorgung und Nachkontrolle** bei sämtlichen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters	Abschließende Behandlung unkomplizierter **Infektionen**	x
		Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden,** Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleiten der PatientInnen	x
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) **Fehlbildungen**	x
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen**	x
		Sofortlabor	x
		Erstversorgung von Notfällen, ggf. Weiterleiten an die geeignete Versorgungseinheit (Verbrennungen, verschluckte Fremdkörper, …)	x
		Basisversorgung und Nachsorge bei Verletzungen bzw. nach Operationen	x
		Bereitstellen von **Information, Anleitung, Beratung und Schulung** für PatientInnen/Familien/Angehörige / betreuende Personen	x
		Bei Bedarf **Aufsuchen der PatientInnen in deren Wohnumfeld** ggf. in Kombination mit Telekonsultation	-
	Ambulante Fachversorgung und Nachsorge von Kindern und Jugendlichen mit **chronischen und komplexen Krankheiten**	Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle **von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen** und/oder **besonderen Bedürfnissen** unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation	x
		Diagnostik, Therapie von **behandlungsbedürftigen Wahrnehmungs- und Entwicklungsstörungen** (z.B. in Bezug auf Sprache und Kommunikation, Sehen, Sensorik, Motorik, Kognition, Nahrungsaufnahme), ggf. Weiterleiten	x
		Vermittlung frühzeitiger Förderung sowie Früher Hilfen	x
		Nachsorge für Frühgeborene	x
		Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von **chronisch kranken Kindern und Jugendlichen** ggf. Weiterleiten; besondere Berücksichtigung des **Medikamentenmanagements** sowie allfälliger **therapeutischer Zusatzmaßnahmen**	x
		Integrierte Versorgungsprogramme (z.B. Mitwirkung DMP)	-
		Erkennen und Behandeln bzw. Weiterleitung bei **psychischen/psychiatrischen Erkrankungen** unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation	x
		Bereitstellen von **Information, Anleitung, Beratung und Schulung** für PatientInnen/Familien/Angehörige / betreuende Personen bei Vorliegen einer komplexen und/oder chronischen Erkrankung	Bereitstellen von Information
		Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) **unter Einbeziehung des externen Lebensumfeldes (inkl. Kindergarten, Schule**)	exkl. Einbeziehung externes Lebensumfeld
		Sicherstellung der Transition chronisch kranker Jugendlicher, Adoleszentenmedizin	x

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung (PVE)	Mindestspektrum (EO)
		Sicherstellung der palliativen Versorgung z.B. durch Information sowie **Zusammenarbeit mit mobilen Kinderpalliativ-/Hospizteams**	x
		Bei Bedarf **Aufsuchen der PatientInnen in deren Wohnumfeld** ggf. in Kombination mit Telekonsultation	-
	Früherkennung/Prävention/ Beratung inkl. Berücksichtigung der Lebens- und Sozialwelt	Impfberatung und Durchführung von **Impfungen**	x
		Anpassung und Anfertigung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln inkl. Anleitung	-
		Früherkennung von Störungen des **Bewegungsapparates** (Fehlhaltungen, Dysbalancen, …), ggf. Weiterleiten	x
		Identifizierung von und Beratung bei **Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken**, ggf. Zuführung zu speziellen bestehenden Programmen und Angeboten (z.B. Frühe Hilfen, „Richtig essen von Anfang an“)	Identifizierung und ggf. Weiterleitung
		Mitwirkung an populationsbezogenen und zielgruppenspezifischen **regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen**, insbesondere zu **Bewegung, Ernährung und entwicklungsfördernder Betätigung**	-
		Screening-Untersuchungen und Beratungen u. a. i.R. des **Eltern-Kind-Passes** inkl. Sonographie der kindlichen Hüfte	exkl. Sono
		Neugeborenen- und Säuglingsfürsorge und -pflege	x
		Still- und Laktationsberatung, Beratung zu Säuglingsernährung und Beikost	x
		Kinderschutz: Erkennen, Dokumentation und Weiterleitung, sowie Meldung bei begründetem Verdacht auf **Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch, physische/psychische Gewalt**	x
		Erkennen von, Dokumentation und Weiterleitung bei **psychosozialen Risiko- und Belastungsfaktoren (z.B. Mobbing, prekäre Wohn- und Lebensverhältnisse, Kinderarmut etc.)**	x
		Sexualberatung für Kinder und Jugendliche	-
		Zahngesundheit: Bereitstellen von Information, Beratung über Maßnahmen der Zahnpflege, ggf. Weiterleiten	x
	Stärken der **Gesundheitskompetenz**	Kontinuierliche Unterstützung in der Weiterentwicklung von **Gesundheitskompetenz** bei Kindern und Jugendlichen unter Einbeziehung der betreuenden Personen	x
	Anbieten von **Telekonsultation**	z.B. für **Verlaufskontrollen, Schulung, Beratung** und **Therapie**, insbesondere bei chronischen Erkrankungen und Langzeitbetreuung	anzustreben
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Pädiatrische Kardiologie, inkl. Schrittmacherkontrollen	-
		Neuropädiatrie inkl. neurophysiologische Diagnostik (EEG, ENG, EMG, Evozierte Potentiale)	-
		Pädiatrische Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechselstörungen	-
		Pädiatrische Gastroenterologie	-
		Pädiatrische Hämatologie und Onkologie	-
		Pädiatrische Pulmologie und Allergologie	-
		Fachspezifische Schlafmedizin	-
		Pädiatrische Nephrologie	-
		Lumbalpunktion	-
		Psychosomatik	-
		Behandlung früher Regulationsstörungen (z.B. Schreiambulanz)	-

Einrichtungen für Entwicklungs- und Sozialpädiatrie	
Aufgabenbereich	**Konkretisierung**
Entwicklungs- und Sozialpädiatrie	Multiprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik und Therapie von Entwicklungsauffälligkeiten oder -beeinträchtigungen, damit in Zusammenhang stehenden körperlichen und/oder psychischen Störungs-/Krankheitsbildern und daraus resultierenden Behinderungen
	Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen mit erhöhten biologischen, psychischen bzw. sozialen Risiken und Gefährdungen für solche Störungsbilder
	Case-Management, Lotsen-Funktion (Weiterleitung, Nahtstellenmanagement, Information zu anderen Angeboten z.B. Frühförderung, mobile Kinderkrankenpflege, Rehaeinrichtungen, Palliativbetreuung)
	Information, Beratung, Kommunikation und aktive Arbeit mit Eltern, Familie, Angehörigen, Obsorgeberechtigten, inkl. Vermittlung angemessener zusätzlicher Förderung, Hilfen und anderer Maßnahmen
	Sicherstellen der Transition mit den entsprechenden Fachbereichen
	Bei Bedarf pädagogische und/oder sozialarbeiterische Betreuung
	fallbezogene Vernetzung mit dem weiteren Umfeld (jeweiliges Helfersystem, Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, etc.)
	Regelmäßige strukturierte und institutionalisierte regionale Netzwerkaktivitäten (z. B. Netzwerktreffen auf regionaler Ebene, Vernetzung mit anderen ESP-Einrichtungen, mit Anbieterinnen/Anbietern psychosozialer Leistungen insbes. KJP, mit Kinder- und Jugendhilfe, Krankenhäusern, niedergelassener Bereich, Bildungsbereich: Kindergarten, Schule)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung altersentsprechend
- Ausstattung zum adäquaten Monitoring (inkl. Pulsoxymeter)
- Messeinrichtungen für Körpergröße, Gewicht und Kopfumfang altersentsprechend
- Wickeltisch
- Otoskop
- Spirometer
- Instrumentarium zur Cerumenentfernung
- RR-Messgerät altersentsprechend
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe und Infusionen altersentsprechend
- Labor-Ausstattung: Messgeräte für Sofortlabor
- 12-Kanal-EKG

- PVE: Ausstattung zur Austestung von Allergien
- PVE: Sonographie inkl. entspr. Schallköpfe und entspr. Lagerungshilfen (z.B. für Hüft-Sonographie)
- PVE: behindertengerechte Nebenräume (z.B. Inkontinenzversorgung für größere Kinder und Jugendliche) anzustreben

Erweiterte Aufgaben in Primärversorgungseinheiten für Kinder & Jugendliche

Organisatorische Aufgaben leistet das Kernteam in Kooperation mit weiteren Teammitgliedern.

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

3.1.4.8 Neurologie (NEU)[77]

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

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

[77] Für FÄ für Neurologie und Psychiatrie sowie für FÄ für Psychiatrie und Neurologie gelten die Aufgabenprofile sowohl für Neurologie als auch Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin.

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

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

3.1.4.9 Urologie (URO)

Fachbereichsrelevanter Gesundheitsberuf: FachärztInnen für Urologie

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

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

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

3.1.4.10 Radiologie (RAD)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Radiologie, RadiologietechnologInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Radiologische Basisdiagnostik** (Indikationsstellung, Aufklärung, Rechtfertigung[1], Durchführung inkl. Postprocessing sowie Befundung) unter Gewährleistung des **Strahlenschutzes**	Konventionelle **Röntgenuntersuchungen**
		Durchleuchtungen
		Ultraschalluntersuchungen inkl. Doppler-/Duplexunteruchungen
	Fachspezifische Basisdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen	
	Fachspezifische Basisdiagnostik bei PatientInnen mit Behinderungen; inkl. Barrierefreiheit	
	Erstversorgung von Notfällen	Allgemeine Erstversorgung von Notfällen
		Fachspezifische Versorgung von Notfällen insbesondere Kontrastmittelzwischenfälle
Spezielle Aufgaben	Früherkennung/Prävention/Beratung	Sonografie der kindlichen Hüfte im Rahmen MuKiPa
		Teilnahme am Österreichischen **Brustkrebs-Früherkennungsprogramm**
		Knochendichtemessung
	Spezielle Diagnostik mittels **Ultraschall**	
	Spezielle Diagnostik (Indikationsstellung, Aufklärung, Rechtfertigung[1], Durchführung inkl. Postprocessing sowie Befundung) mittels **ionisierender Strahlung** unter Gewährleistung des **Strahlenschutzes**	**Mammografien**
		Computertomografien mit/ohne Applikation von Kontrastmittel
		Anwendung von Computertomografie in Hybridverfahren in Zusammenarbeit mit Nuklearmedizin
	Spezielle Diagnostik (Indikationsstellung, Aufklärung, Rechtfertigung[1], Durchführung inkl. Postprocessing sowie Befundung) mittels **Magnetresonanztomografie**	**Magnetresonanztomografie** mit/ohne Applikation von Kontrastmittel
		Anwendung von Magnetresonanztomografie in Hybridverfahren in Zusammenarbeit mit Nuklearmedizin
	Teilnahme an interdisziplinären Beratungen	Mitwirkung an **Gefäßboards**
		Mitwirkung an **Tumorboards**
		Mitwirkung an interdisziplinären Fallkonferenzen
	Spezielle radiologische **Fachdiagnostik**	**Pädiatrische Radiologie**
	Minimal-Invasive diagnostische und therapeutisch-interventionelle Verfahren	Fachspezifische minimalinvasive Schmerztherapie des gesamten Bewegungsapparates
		Organbiopsien, Gewebemarkierungen, Punktionen ultraschallgezielt
		Organbiopsien, Punktionen - bildwandlergezielt
		Organbiopsien, Gewebemarkierungen - stereotaktisch gezielt
		Organbiopsien, Gewebemarkierungen, Punktionen - MR-gezielt
		Organbiopsien, Gewebemarkierungen, Punktionen - CT-gezielt
		Endovaskuläre Verfahren

[1] Rechtfertigung gemäß § 3 der Medizinischen Strahlenschutzverordnung

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung, inkl. Ausstattung für Kontrastmittelnotfälle
- RR-Messgerät
- Röntgenschaukasten, Befundungsmonitore mit entsprechender EDV-Ausrüstung
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe
- Sonografiegerät mit entsprechenden Schallköpfen
- Röntgengerät
- Röntgenaufnahmetisch und Wandstativ
- Durchleuchtungsgerät

3.1.4.11 Unfallchirurgie (UCH)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Unfallchirurgie, RadiologietechnologInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen; Zusammenarbeit mit FA für Radiologie und FA für Anästhesie

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachbehandlung** bei Verletzungen aller Art	Klinische und radiologische Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung von Verletzungen der **Extremitäten**, inkl. Gefäß- und Nervenverletzungen, ggf. Weiterleiten
		Klinische und radiologische Diagnostik von **Schädel-/Hirnverletzungen**, Überwachung, ggf. abschließende Therapie, ggf. Weiterleiten
		Klinische und radiologische Diagnostik von Verletzungen des **Beckens, der Wirbelsäule und des Rückenmarks**, ggf. Therapie, ggf. Weiterleiten
		Klinische und radiologische Diagnostik von Verletzungen der **Körperhöhlen**, Überwachung, ggf. Therapie, ggf. Weiterleiten
		Therapie von **Verbrennungen**, ggf. Weiterleiten
		Fachspezifische Versorgung mit Orthesen, Prothesen, Heilbehelfen und Hilfsmitteln
		Fachspezifische **Schmerztherapie**
		Chirurgische Eingriffe gemäß LM-amb (b)
		Infiltrationen und Punktionen
		Bildwandlergezielte und sonografischgezielte Infiltrationen und Punktionen
		Erstversorgung von Notfällen und ggf. Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
	Versorgung und Nachbehandlung von PatientInnen bei **komplexen Situationen**	Klinische und radiologische Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle, ggf. Weiterleitung von **chronisch Kranken** bzw. bei multimorbiden PatientInnen sowie **PatientInnen mit Behinderungen** unter besonderer Berücksichtigung des Medikamentenmanagements, ggf. in Zusammenarbeit mit FA IM
		Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung von **Kindern und Jugendlichen**, ggf. in Zusammenarbeit mit FA KIJU, FA KCH
		Langfristige Nachbetreuung nach Erstintervention; ggf. Weiterleiten
	Früherkennung/Prävention/Beratung	**Unfallprävention** insb. bei alten Menschen (Sturzprophylaxe) und Kindern
		Basisdiagnostik und Beratung bei Risikogruppen für Osteoporose, ggf. Therapieeinleitung bzw. Weiterleiten
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik und/oder Therapie, ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Chirurgische Eingriffe gemäß LM-amb (s)
		Handchirurgie gemäß Spez-VO 2017
		Sporttraumatologie im Sinne des Additivfaches
		Manuelle Medizin
		Mitwirkung an interdisziplinären Fallkonferenzen
		Endovaskuläre Verfahren

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Ausstattung zum adäquaten Monitoring
- Ausstattung zur parenteralen Medikamentenverabreichung
- Technische Möglichkeit zur Ansicht von radiologischen Bildern/ Bilddateien
- Ausstattung für chirurgische Eingriffe inkl. lokaler und/oder Leitungs-Anästhesie
- OP-Raum inkl. Anästhesie
- Sonografiegerät mit entsprechenden Schallköpfen
- Röntgenausstattung
- Möglichkeit zur Versorgung mit ruhigstellenden oder korrigierenden Verbänden, Orthesen, Prothesen, Heilbehelfen
- Funktionsmessinstrumentarium (Goniometer, flexibles Maßband, Reflexhammer)

3.1.4.12 Orthopädie und orthopädische Chirurgie (OR)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachsorge** bei sämtlichen Erkrankungen, Verletzungsfolgen und Funktionsstörungen der Stütz- und Bewegungsorgane sowie anderen fachspezifischen Symptomen	Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleiten
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen**
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene und erworbene) **Fehlbildungen**
		Diagnostik und ggf. Therapie fachspezifischer **Infektionen**, ggf. Weiterleiten
		Fachspezifische **Schmerztherapie**
		Eingriffe inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren gemäß LM-amb (b)
		Versorgung mit ruhigstellenden oder korrigierenden Verbänden, Orthesen, Prothesen, Heilbehelfen und Hilfsmitteln und deren Kontrolle
		Erstversorgung von Notfällen und ggf. Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
	Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit **chronischen und komplexen Krankheiten**	Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle bei fachspezifischen Erkrankungen von **chronisch kranken** und **multimorbiden PatientInnen** unter besonderer Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle bei fachspezifischen Erkrankungen von **PatientInnen mit Behinderungen** unter besonderer Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von **Kindern und Jugendlichen** in Zusammenarbeit mit PV und ggf. FA für KIJU
	Früherkennung/Prävention/Beratung	Abklärung und Prophylaxe von **Osteoporose**
		Früherkennung von **Störungen des Bewegungssystems** aller Altersgruppen (z.B. Fehlhaltungen, Dysbalancen)
		Identifizierung von und Beratung bei **Lebensstil- bzw. Lebensumfeld**-assoziierten Risiken (inkl. Arbeitsbereich)
		Identifizierung von Risikofaktoren (inkl. biopsychosoziale) bei PatientInnen mit **Rückenschmerzen** und Verhinderung der Chronifizierung
	Rehabilitative Therapie	Nachbehandlung nach Operationen und Verletzungen am Bewegungssystem
		Begleitende Behandlung von chronischen, chronisch fortschreitenden bzw. remittierenden Erkrankungen
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Chirurgische Eingriffe gemäß LM-amb (s)
		Handchirurgie gemäß Spez-V 2017
		Sportorthopädie im Sinne des Additivfaches
		Kinderorthopädie
		Bildgebungsassistierte Infiltrationen
		Rheumatologie im Sinne des Additivfachs
		Manuelle Medizin
		Untersuchungen und Beratungen i.R. des Mutter-Kind-Passes (Kind 4.-7. Lebenswoche); Sonografie der Säuglingshüfte (ab 2027 Basisaufgabe)
		Tumororthopädie
		Neuroorthopädie

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Ausstattung zur parenteralen Medikamentenverabreichung
- Ausstattung für chirurgische Eingriffe inkl. lokaler und/oder Leitungs-Anästhesie
- Möglichkeit zur Versorgung mit ruhigstellenden oder korrigierenden Verbänden, Orthesen, Prothesen, Heilbehelfen
- Funktionsmessinstrumentarium (Goniometer, flexibles Maßband, Reflexhammer)
- Technische Möglichkeit zur Ansicht von radiologischen Bildern/ Bilddateien

3.1.4.13 Orthopädie und Traumatologie (ORTR)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Orthopädie und Traumatologie, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen; Zusammenarbeit mit RAD

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachsorge** bei sämtlichen Erkrankungen und Verletzungen von Knochen, Gelenken und damit verbundenen Weichteilen (sowie Verletzungen des Schädels und der Körperhöhlen)	Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleiten
		Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung von **Verletzungen** gemäß abgestufter Trauma-Versorgung siehe Kapitel 3.2.3.5., ggf. Weiterleiten
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen**
		Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei (Verdacht auf) **Fehlbildungen** und **Fehlstellungen**
		Diagnostik und ggf. Therapie fachspezifischer **Infektionen**, ggf. Weiterleiten
		Fachspezifische **Punktionen** und **Infiltrationen**
		Fachspezifische **Schmerztherapie**
		Eingriffe gemäß LM-amb (b)
		Versorgung mit ruhigstellenden oder korrigierenden Verbänden, Orthesen, Prothesen, Heilbehelfen und Hilfsmitteln und deren Kontrolle
		Erstversorgung von Notfällen und ggf. Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
	Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit **chronischen und komplexen Krankheiten und Verletzungen**	Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle bei fachspezifischen Erkrankungen, bei Verletzungen bzw. Verletzungsfolgen von **chronisch kranken** und **multimorbiden PatientInnen** unter besonderer Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle bei fachspezifischen Erkrankungen, bei Verletzungen bzw. Verletzungsfolgen von **PatientInnen mit Behinderungen** unter besonderer Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung bei fachspezifischen Erkrankungen, bei Verletzungen bzw. Verletzungsfolgen von **Kindern und Jugendlichen** in Zusammenarbeit mit PV und ggf. FA für KIJU
		Langfristige Nachbetreuung nach Erstintervention; ggf. Weiterleiten
	Früherkennung/Prävention/Beratung	Abklärung und Prophylaxe von **Osteoporose**
		Früherkennung von **Störungen des Bewegungssystems** aller Altersgruppen (z.B. Fehlhaltungen, Dysbalancen)
		Identifizierung von und Beratung bei **Lebensstil- bzw. Lebensumfeld**-assoziierten Risiken (inkl. Arbeitsbereich), ggf. Weiterleiten
		Unfallprävention insb. bei alten Menschen (Sturzprophylaxe) und Kindern
		Identifizierung von Risikofaktoren (inkl. biopsychosoziale) bei PatientInnen mit u.a. **Rückenschmerzen** und Verhinderung der Chronifizierung, ggf. Weiterleiten
	Rehabilitative Therapie	Fachspezifische Nachbehandlung nach Operationen und Verletzungen am Bewegungssystem
		Erstellen von **Rehabilitationsplänen**
		Begleitende Behandlung von chronischen, chronisch fortschreitenden bzw. remittierenden Erkrankungen
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Chirurgische Eingriffe gemäß LM-amb (s)
		Handchirurgie gemäß Spez-VO 2017
		Kinderorthopädie und Kindertraumatologie
		Interdisziplinäre Behandlung von chron. Wunden inkl. der Behandlung von thermischen und chemischen Schädigungen
		Rheuma-Orthopädie
		Manuelle Medizin
		Untersuchungen und Beratungen i.R. des Mutter-Kind-Passes (Kind 4.-7. Lebenswoche); Sonografie der Säuglingshüfte
		Tumororthopädie

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Ausstattung zur parenteralen Medikamentenverabreichung
- Ausstattung für kleine chirurgische Eingriffe inkl. lokaler und/oder Leitungs-Anästhesie
- Möglichkeit zur Versorgung mit ruhigstellenden oder korrigierenden Verbänden, Orthesen, Prothesen, Heilbehelfen
- Funktionsmessinstrumentarium (Goniometer, flexibles Maßband, Reflexhammer)
- Technische Möglichkeit zur Ansicht von radiologischen Bildern/ Bilddateien

3.1.4.14 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, ZahnärztInnen bzw. FA für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachsorge** bei sämtlichen angeborenen und erworbenen Formveränderungen, Funktionsstörungen, Erkrankungen und Verletzungen der Hart- und Weichgewebe der Mund-, Kiefer- und Gesichtsregionen und bei anderen fachspezifischen Symptomen	Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleitung
		Basistherapie von fachspezifischen Infektionen, ggf. Weiterleiten
		Basisdiagnostik und Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen** sowie Nachkontrolle
		Diagnostik und Therapie von einfachen **Verletzungen** (inkl. Kontrollen, Verbandswechsel)
		Basisdiagnostik und Weiterleiten bei Verdacht auf angeborene und erworbene **Fehlbildungen** sowie Nachkontrolle
		Kleine Eingriffe inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren gemäß LM-amb (b)
		Erstversorgung von Notfällen und Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
	Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit **chronischen und komplexen Krankheiten**	Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von **chronisch Kranken und Multimorbiden**; besondere Berücksichtigung des Medikamenten- und Gerinnungsmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von **Menschen mit Behinderungen und Angststörungen**; besondere Berücksichtigung des Medikamenten- und Gerinnungsmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge von fachspezifischen Erkrankungen bei **Kindern und Jugendlichen** in Zusammenarbeit mit PV und FA für KIJU
	Früherkennung/Prävention/Beratung	Untersuchung und Beratung bei Kieferfehlstellungen
		Beratung bei angeborenen Fehlbildungen (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten)
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Kiefergelenkserkrankungen und kraniomandibuläre Dysfunktionen
		Tumorerkrankungen
		Rekonstruktive MKG-Chirurgie
		Ambulant versorgbare komplexe Verletzungen
		Kleine Eingriffe inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren gemäß LM-amb (s)
		Kieferfehlstellungen, Vorgehen in Zusammenarbeit mit kieferorthopädisch tätigen ZahnärztInnen, Logopädie, Physiotherapie
		Fachspezifische Sonographie

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Instrumentarium zur Zahnentfernung
- Bohreinheit, Elektrokoagulation
- Behandlungseinheit mit Sauger, Spülgerät, Beleuchtung oder gleichwertige Einzelgeräte
- Panoramaröntgen, Kleinbildröntgen
- Ausstattung für kleine Eingriffe
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe

3.1.4.15 Psychiatrie (PSY)[78]

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Psychiatrie, klinische und/oder GesundheitspsychologInnen, PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, MusiktherapeutInnen, DGKP bzw. DGKP mit Berechtigung in der Spezialisierung „Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege“, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin/Primärversorgungseinheiten, ÄrztInnen mit PSY-Diplom II/III bzw. Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin, FA Neurologie, FA Kinder- und Jugendpsychiatrie; Zusammenarbeit mit SozialarbeiterInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachsorge** bei sämtlichen psychischen Erkrankungen und psychosomatischen Beschwerdebildern	Erstversorgung von **psychiatrischen Notfällen**, bspw. Krisenintervention und Suizidprävention, Panikattacke, akute Psychose; bei Bedarf Weiterleiten an die geeignete Versorgungseinheit
		Beurteilung von **Symptomen, Beschwerden**, Diagnostik, Einleiten der Behandlung, Nachsorge, ggf. Weiterleiten
		Erkennen und (Akut-)Therapie von PatientInnen mit neu aufgetretenen psychischen Erkrankungen, bei Bedarf Weiterleiten an andere Berufsgruppen bzw. Einrichtungen, Selbsthilfe (inkl. qualifizierten Peers)
		Indikationsstellung zur bildgebenden und neurophysiologischen Diagnostik
		Fachbereichsspezifische diagnostisch relevante **Testverfahren** inkl. Beurteilung und Befundung
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleitung von Jugendlichen mit fachspezifischen Erkrankungen in Zusammenarbeit mit PV und ggf. FA für KIJU bzw. KJP (insb. Transition)
		Gerontopsychiatrie in Zusammenarbeit mit PV und ggf. Geriatrie mit Fokus auf soziale Teilhabe und Wohnumfeld inkl. Social Prescribing
		Ggf. Zusammenarbeit zur Diagnostik und Therapie mit allen fachbereichsrelevanten Gesundheits- und Sozialberufen sowie Zusammenarbeit mit qualifizierten Peers und Selbsthilfe
	Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit **chronischen und/oder komplexen psychischen Erkrankungen**	Fachspezifische Versorgung von PatientInnen mit chronischen und/oder **komplexen psychischen Erkrankungen** inkl. Aufbau, Interaktion und Kontinuität therapeutischer Beziehungen
		Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleitung bei **somatisch-chronisch Kranken** bzw. bei somatisch-multimorbiden PatientInnen mit psychischen Erkrankungen; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements (z.B. Polypharmazie, potenziell inadäquate Medikation PIM)
		Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleitung bei **chronisch psychischen Erkrankungen mit relevanter somatischer Komorbidität**; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements (z.B. Polypharmazie, potenziell inadäquate Medikation PIM)
		Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle bei fachspezifischen Erkrankungen von **PatientInnen mit (Mehrfach-)Behinderungen** unter besonderer Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Teilnahme an **integrierter Versorgung**
		Erkennen, Diagnostik und Therapie von PatientInnen mit **Abhängigkeitserkrankungen**
		Störungsspezifische Psychotherapie/psychotherapeutische Medizin
		Klinisch-psychologische Behandlung
		Psychosomatische Medizin
		Multiprofessionelle aufsuchende Betreuung/Behandlung (z.B. Home-Treatment)
	Prävention, Gesundheitsförderung, Rückfallprophylaxe und Beratung unter besonderer Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells	Unterstützung durch Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen/ Familien/ Angehörige / betreuende Personen
		Früherkennung demenzieller Erkrankungen
		Beurteilung von psychosozialen Auffälligkeiten, Basisdiagnostik, bei Bedarf Weiterleiten der PatientInnen
		Identifizierung von und Beratung bei Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken (inkl. Arbeitsbereich), ggf. Weiterleiten
		Entwicklung von Strategien der **Selbstfürsorge und Resilienz**, ggf. Einbeziehung von qualifizierten Peers
		Information, Beratung und Kommunikation mit PatientInnen und ggf. Angehörigen zur Entwicklung von **Krisenplänen und Bewältigungsstrategien**, ggf. Einbeziehung von qualifizierten Peers
		Suizidprävention, Postvention

[78] Für FÄ für Psychiatrie und Neurologie sowie für FÄ für Neurologie und Psychiatrie gelten die Aufgabenprofile sowohl für Neurologie als auch Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin.

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
		Prävention von Abhängigkeitserkrankungen
	Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	Vernetzung und Zusammenarbeit mit relevanten Einrichtungen und Berufsgruppen im psychosozialen Bereich, mit Servicestellen zur beruflichen Integration mit Case-ManagerInnen, ggf. Einbindung von Betroffenen- und Angehörigenvertretern
		Vernetzung mit AM/PVE und FÄ anderer Sonderfächer
		Teilnahme an Fallkonferenzen und Helferkonferenzen
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Betreuung von PatientInnen mit schweren neuromentalen Entwicklungsstörungen
		Forensische Psychiatrie, inkl. Begutachtungen
		Psychoonkologie
		Konsiliar- und Liaisondienst für entsprechende Einrichtungen (Krankenanstalten, Pflegeheime, Frauenhäuser, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Justizanstalten, etc.)
		Fachspezifische Schlafmedizin
		Substitutionstherapie
		Betreuung von PatientInnen mit Problemen im Zusammenhang mit der Geschlechtsidentität (Genderinkongruenz)
		Fachspezifische und multimodale Schmerztherapie
		Peripartalpsychiatrie

3.1.4.16 Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinische PsychologInnen (vorzugsweise mit Spezialisierung in Kinder-, Jugendlichen- und Familienpsychologie), PsychotherapeutInnen (vorzugsweise mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie), PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, MusiktherapeutInnen, DiätologInnen, DGKP bzw. DGKP mit Berechtigung in der Spezialisierung „Kinder- und Jugendlichenpflege“ bzw. DGKP mit Berechtigung in der Spezialisierung „Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege“, FA für Kinder- und Jugendheilkunde, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin/(Kinder-)Primärversorgungseinheiten, FA Neurologie, FA Psychiatrie; Zusammenarbeit mit SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, HeilpädagogInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachsorge** bei sämtlichen psychischen Krankheiten, einschließlich entwicklungsbedingter psychischer Erkrankungen bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen	Erstversorgung von **kinder- und jugendpsychiatrischen Notfällen**, bspw. Krisenintervention und Suizidprävention; bei Bedarf Weiterleiten an die geeignete Versorgungseinheit
		Beurteilung von **Symptomen, Beschwerden**, Diagnostik, Einleiten der Behandlung, Nachsorge, ggf. Weiterleiten an andere Berufsgruppen bzw. Einrichtungen inkl. weiterführender diagnostischer Abklärung
		Diagnostisch relevante **Testverfahren** inkl. Beurteilung und Befundung
		Weiterleitung von Jugendlichen mit fachspezifischen Erkrankungen an FA für PSY im Rahmen der Transition
	Versorgung und Nachsorge von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit **chronischen und/oder komplexen psychischen Erkrankungen**	Fachspezifische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen oder komplexen psychischen Erkrankungen inkl. Aufbau, Interaktion und Kontinuität therapeutischer Beziehungen
		Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleitung bei somatisch-chronisch kranken Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleitung bei chronischen psychischen Erkrankungen mit relevanter somatischer Komorbidität; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen mit (Mehrfach-)Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Mitwirkung an integrierter Versorgung
		Erkennen und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit **Abhängigkeitserkrankungen**
		Psychosomatische Medizin
		Störungsspezifische Psychotherapie/psychotherapeutische Medizin
		Klinisch-psychologische Behandlung
		Multiprofessionelle aufsuchende Betreuung/Behandlung (u.a. Home-Treatment, Wohneinrichtungen, die dem Heimaufenthaltsgesetz unterliegen, psychiatrische Übergangspflege)
	Prävention, Gesundheitsförderung, Rückfallprophylaxe und Beratung unter besonderer Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells	Unterstützung durch Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für betroffene Kinder und Jugendliche/Familien/Angehörige/sonstige betreuende Personen/ Kindergarten/Schulen
		Beurteilung von psychosozialen Auffälligkeiten, Basisdiagnostik, bei Bedarf Weiterleiten der Kinder und Jugendlichen
		Identifizierung von und Beratung bei Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken, ggf. Weiterleiten
		Entwicklung von Strategien der **Selbstfürsorge und Resilienz**, ggf. inkl. Einbindung von qualifizierten Peers
		Information, Beratung und Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen und Angehörigen bzgl. Therapie, Verhalten und **Vermeidungs- und Bewältigungsstrategien**
		Suizidprävention, Postvention
		Prävention von Abhängigkeitserkrankungen
	Sicherstellen der psychosozialen Versorgung	Vernetzung und Zusammenarbeit mit relevanten Einrichtungen und Diensten im psychosozialen Bereich (Kinder und Jugendhilfe) sowie relevanten Berufsgruppen (z.B. Sozialarbeit, Sozialpädagogik)
		Konsiliar- und Liaisondienst für entsprechende Einrichtungen
		Teilnahme an Fallkonferenzen, Helferkonferenzen
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Kinder-und jugendpsychiatrische Forensik, inkl. Begutachtungen
		Substitutionstherapie
		Transitionspsychiatrie in Kooperation mit PSY, unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklungspsychologie
		Betreuung von PatientInnen mit Problemen im Zusammenhang mit der Geschlechtsidentität (Genderinkongruenz)
		Psychoonkologie

3.1.4.17 Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation (PMR)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Physikalische Medizin und Rehabilitation, u.a. PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, DiätologInnen, HeilmasseurInnen, TrainingstherapeutInnen; Zusammenarbeit mit SozialarbeiterInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	Ambulante Fachversorgung, Assessment und Nachsorge gemäß Definition des Aufgabengebietes[1]	Anamnese, klinische- und apparative Untersuchung und Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Befunden, Therapieplanung und Durchführung, ggf. Weiterleiten
		Fachspezifische Diagnostik, inkl. Diagnostik nach dem ICF Modell[2], Therapie und Nachsorge bei erworbenen und angeborenen Veränderungen und Funktionsdefiziten, u.a. des Stütz- und Bewegungsapparats (insbesondere bei Rückenschmerzen, Muskelerkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems, z.B zentrale und periphere Paresen, Polyneuropathien, Vertigo)
		Koordination des multimodalen Behandlungsprozesses nach dem ICF Modell. Fachspezifische apparative und nichtapparative Physikalische Therapie
		Therapieplanung zur Wiederherstellung von motorischen und sensorischen Funktionen nach **Unfällen** und Durchführen der Therapie
		Erstellung von rehabilitativen Konzepten nach **Operationen und schweren Krankheiten** (z.B. Schlaganfall) und Durchführen der Therapie
		Therapie von **Schmerzsyndromen**, z.B. arthrogen, radiculär, myofascial
		Manuelle Medizin
		Durchführen und Beurteilung von fachspezifischen apparativen Messverfahren, z.B. Bewegungs- und Leistungstests
		Diagnostik und Therapie von **Ödemen** unterschiedlicher Genese mit physikalischen und rehabilitativen Mitteln (insbesondere des Lymphödems, Lipödems, Lipohypertrophie und kombinierter Formen)
		Diagnostik, Therapie, Assessment, Prävention und Wiederherstellung der funktionellen Leistungsfähigkeit in allen Bereichen des täglichen Lebens (activities of daily living; ADL)
		Versorgung mit ruhigstellenden oder korrigierenden Verbänden, Orthesen, Prothesen, speziellen Kommunikationsmitteln und Hilfen zur Umgebungskontrolle, Heilbehelfen und Hilfsmitteln und deren Kontrolle
		Erkrankungen des Urogenitaltraktes, insbesondere Problematiken des männlichen und weiblichen Beckenbodens
		Minimalinvasive Eingriffe gemäß LM-amb
		Erstversorgung von Notfällen; b.B. Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
	Physikalische Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit **chronischen und komplexen Krankheiten**	Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleitung von **Kindern und Jugendlichen** in Zusammenarbeit mit PV und FA KIJU
		Fachspezifische Diagnostik, Therapie und Nachsorge, ggf. Weiterleitung bei **chronisch Kranken** bzw. bei **geriatrischen und multimorbiden PatientInnen**; besondere Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachkontrolle bei fachspezifischen Erkrankungen von **PatientInnen mit Behinderungen** unter besonderer Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
		fachspezifische **Therapie chronischer Schmerzen**, z.B. neuropathisch, zentral, chronic regional pain syndrome (CRPS), und Koordination des multimodalen Behandlungsprozesses
	Früherkennung/Prävention/Beratung	Unterstützung durch Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung auch für Heimtherapieprogramme für PatientInnen/Angehörige/betreuende Personen; auch in Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
		Information, Beratung und Kommunikation mit PatientInnen und ggf. Angehörigen bzgl. Therapie, Verhalten sowie Vermeidungs- und Bewältigungsstrategien, inkl. Stärken der Gesundheitskompetenz
		Identifizierung von und Beratung bei Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken (inkl. Arbeitsbereich), unter besonderer Berücksichtigung von psychischen Faktoren; ggf. Weiterleiten
		Durchführung präventiver Gruppentherapien und Informationsveranstaltungen insbesondere bei relevanten gesellschaftspolitischen Gesundheitsthemen (Zivilisationserkrankungen)

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	Früherkennung/Prävention/Beratung	Präoperatives und präinterventionelles medizinisches Therapiemanagement (z.B. Med. Trainingstherapie, Bewegungs- und Atemtherapie) zur Reduzierung der peri- und postoperativen Komplikationen bzw. zur Minimierung von behandlungsassoziierten Defiziten
		Früherkennung von Störungen des Bewegungssystems aller Altersgruppen (z.B. Fehlhaltungen, Dysbalancen, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen)
		Identifizierung von Risikofaktoren (inkl. biopsychosoziale) bei PatientInnen mit **Rückenschmerzen** und Verhinderung der Chronifizierung
	Rehabilitative Therapie	Assessment, Indikationsstellung, Planung, Evaluation und Koordination, des rehabilitativen Prozesses[3]
		Stabilisierung und Erhaltung des Therapie- bzw. Rehabilitationserfolges
		Vernetzung und Zusammenarbeit mit relevanten Einrichtungen im Bereich der Rehabilitation
Spezielle Aufgaben	Spezielle physikalische Diagnostik, Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	fachspezifische **Geriatrie**, einschließlich rehabilitativer Maßnahmen und Reintegration inklusive Frailty
		Sarkopenie, Folgen von Mangelernährung; Dekonditionierung mit verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit, Funktionseinschränkung durch Immobilität, Inaktivität oder Schonverhalten
		fachspezifische **Rheumatologie**
		fachspezifische **Sportmedizin**, vor allem posttraumatisch und nach Überlastungssyndromen sowie Maßnahmen zur Verletzungsprävention
		Sonographie des Bewegungs- und Stützapparates
		Messverfahren zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit, z.B. für arbeits- und berufsbezogene Tätigkeiten
		fachspezifische apparative Diagnostik des arteriellen und venösen Gefäßsystems
		fachspezifische periphere neurophysiologische Diagnostik

[1] Definition des Aufgabengebietes FA für PMR: Umfasst die Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Palliation von Funktions- und Gesundheitsstörungen aller Organsysteme und relevanter Erkrankungen, insbesondere mit physikalischen und rehabilitativen[1a], Mitteln zur Analgesie und zur Wiederherstellung oder Besserung der Körperstrukturen, der Körperfunktionen, der Aktivität und der Partizipation. Weiteres beinhaltet das Aufgabengebiet insbesondere die Diagnose und Indikationsstellung für Therapiemaßnahmen sowie Verfahren der rehabilitativen Intervention mit konservativen physikalischen und manuellen Therapien sowie die Anordnung und Evaluierung der gesetzten rehabilitativen Maßnahmen.

[1a] Physikalische Kombinationsbehandlung: Mechanotherapie (z.B. Bewegungstherapie – einschließlich komplexer Konzepte – mit Eigengewicht oder unter Zuhilfenahme von Geräten wie bei der Trainingstherapie oder Biofeedback, auch im Wasser; Medizinische Massage klassisch oder Spezial-; Extensionen, Hydrotherapie); Schallwellen und Ultraschalltherapie, Thermotherapie (z.B. Packungen, Heißluft, Rotlicht, Kurz- oder Mikrowelle, Kryotherapie, Fototherapie), Elektrotherapie (zur Muskelstimulation oder zur Analgesie inkl. Einbringung von Medikamenten mittels elektrischem Strom); Einzeln oder in Kombination, Anwendung örtlicher Kurmittel, Kneipp- u. Klimatherapie.

[2] Das ICF Modell umfasst Funktion, Struktur, Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren.

[3] Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitation sind im Rehabilitationsplan festgelegt

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Technische Möglichkeit zur Ansicht von radiologischen Bilddateien (PC)
- Textiles Maßband zur Umfangmessung
- Reflexhammer
- Ausstattung für Notfallmanagement
- Ausstattung für Bewegungstherapie
- Höhenverstellbare Liege, Hocker, Zugang zu Sprossenwand, Therapiespiegel
- Therapiehilfsmittel (z.B. Therapiebänder, Therapiekreisel, Hantel, Pezzibälle, Holzstäbe, Bodenmatte)
- Elektrotherapiegerät inklusive Zubehör
- Möglichkeit für Packungsbehandlung inklusive Zubehör
- Möglichkeit für Massagebehandlung inklusive Zubehör

3.1.4.18 Zahnmedizin (ZMK)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: ZahnärztInnen bzw. FÄ für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde; Zusammenarbeit mit FÄ für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, ZahntechnikerInnen, Logopädie, Physiotherapie, HeilmasseurInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachsorge** bei sämtlichen Krankheiten und Anomalien der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der dazugehörigen Gewebe	Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleitung
		Therapie von fachspezifischen **Infektionen**, z.B. Pulpitis, Parodontitis, Stomatitis, ggf. Weiterleiten
		Basisdiagnostik und Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen** sowie Nachkontrolle
		Diagnostik und Therapie von einfachen **Verletzungen** (inkl. Kontrollen)
		Basisdiagnostik und Weiterleiten bei Verdacht auf angeborene und erworbene **Fehlbildungen** sowie Nachkontrolle
		Verordnung von **Heilmitteln, Heilbehelfen und zahnmedizinisch-diagnostischen Hilfsmitteln**
		Kleine Eingriffe inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren gemäß LM-amb (b)
	Versorgung und Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit **chronischen und komplexen Krankheiten sowie von Kindern**	Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von **chronisch Kranken, Multimorbiden und/oder alten Menschen (>80a)**; besondere Berücksichtigung des Medikamenten- (z.B. Bisphosphonate) und Gerinnungsmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von Menschen mit Behinderungen und Menschen mit **Angststörungen**; besondere Berücksichtigung des Medikamenten- und Gerinnungsmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge von fachspezifischen Erkrankungen bei **Kindern** in Zusammenarbeit mit FA für KIJU
	Früherkennung/Prävention/Beratung	Beratung von Schwangeren hinsichtlich Mund- und Zahnpflege sowie Beratung der Eltern zu Ernährung und Mundpflege von Säuglingen und Kleinkindern
		Untersuchung und Beratung bei Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen
		Beratung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil (Ernährung, Rauchen, Alkohol)
		Anleitung zur Mundpflege und Kariesprävention
		Mundhygiene, inkl. Fluoridierung für Kinder ab 10 Jahren und Jugendliche
		Beratung und Therapie bei angeborenen oder erworbenen Fehlbildungen (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Zahnaplasien, Zahn- und Kiefertrauma)
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	Kieferorthopädie (Gratiszahnspange)
		Kieferfehlstellungen, Vorgehen in Zusammenarbeit mit kieferorthopädisch tätigen ZahnärztInnen, Logopädie, Physiotherapie
		Eingriffe inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren gemäß LM-amb (s)
		Zahnheilkunde in Narkose in Zusammenarbeit mit FÄ für AN/INT (Kinder bzw. Erwachsene mit speziellen Bedürfnissen)
		Parodontologie

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb (erg. zu QS-VO ÄrzteG)

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Instrumentarium zur Zahnentfernung
- Bohreinheit, Elektrokoagulation
- Behandlungseinheit mit Sauger, Spülgerät, Beleuchtung oder gleichwertige Einzelgeräte
- Panoramaröntgen, Kleinbildröntgen
- Ausstattung für kleine Eingriffe
- Ausstattung für parenterale Medikamentengabe

3.1.4.19 Chirurgie (CH)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Chirurgie, FachärztInnen für Allgemein- und Viszeralchirurgie, FachärztInnen für Allgemein- und Gefäßchirurgie, PhysiotherapeutInnen, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, RadiologietechnologInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachsorge** bei sämtlichen Formveränderungen und Fehlbildungen der inneren Organe und des Gefäßsystems, operativ zu behandelnden Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen der inneren Organe und der Gefäße sowie der Transplantations- und onkologischen Wiederherstellungschirurgie	Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleiten
		Diagnostik und Therapie von einfachen **Verletzungen** (inkl. Kontrollen und Verbandswechsel)
		Basistherapie von fachspezifischen **Infektionen**, ggf. Weiterleiten
		Basisdiagnostik und Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen** sowie Nachkontrolle
		Basisdiagnostik und Weiterleiten bei Verdacht auf angeborene und erworbene Fehlbildungen sowie Nachkontrolle bei Erwachsenen
		Eingriffe inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren gemäß LM-amb (b)
		Fachspezifische **Schmerztherapie**
		Erstversorgung von **Notfällen** und Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
		Fachspezifische **Sonographie**
		Fachspezifische **Punktionen, Drainagen** und Infiltrationen
		Analgosedierung, Lokal- und Regionalanästhesieverfahren
	Versorgung und Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit chronischen und komplexen Krankheiten	Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von **chronisch Kranken** und **multimorbiden PatientInnen** unter besonderer Berücksichtigung des Medikamenten- und Gerinnungsmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von Menschen mit **Behinderungen**; besondere Berücksichtigung des Medikamenten- und Gerinnungsmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge von fachspezifischen Erkrankungen bei **Kindern und Jugendlichen** in Zusammenarbeit mit FA KIJU, FA KJC
	Früherkennung/Prävention/Beratung	**Identifizierung** von und **Beratung** bei **Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken** (Ernährung, Bewegung, Alkohol, etc.)
		prä- und postoperative Ernährungstherapie und Beratung
		postoperative **physiotherapeutische Versorgung** bei/nach großen chirurgischen Eingriffen bzw. bei chronisch Kranken
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	**Operationen/Eingriffe** gem. LM-amb (s)
		Chirurgische Onkologie
		Endoskopie des Gastrointestinaltrakts
		spezielle **Funktionsdiagnostik** des oberen und unteren Gastrointestinaltrakts
		spezielle **Sonographie** inkl. Endosonographie
		Diagnostik und Therapie von **Erkrankungen des Gefäßsystems** inkl. Doppler-/Duplexsonographische Untersuchungen
		Phlebologie
		Spezifische prä-, peri- und postoperative Patientenbetreuung im Rahmen der **Transplantationschirurgie**
	Früherkennung/Prävention/Beratung	**Beratung** hinsichtlich der Inanspruchnahme von onkologischen **Screenings und Früherkennungsmaßnahmen** (Mamma, Colorektal, etc.)
		Vorsorgeuntersuchungs-Koloskopie (gem. §11 Abs. 1 Gesamtvertrag Vorsorgeuntersuchung)
		Beratung für **PatientInnen mit Adipositas** in enger Zusammenarbeit mit PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen und DiätologInnen hinsichtlich bariatrischer Chirurgie

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung (inkl. Defibrillator)
- Technische Möglichkeit zur Ansicht von radiologischen Bilddateien (z.B. PC)
- Ausstattung zur parenteralen Medikamentenverabreichung
- Ausstattung zum Wundmanagement
- Ausstattung für chirurgische Eingriffe inkl. lokaler und/oder Leitungs-Anästhesie
- Ausstattung zum adäquaten Monitoring bei Analgosedierung (Pulsoxymeter)

3.1.4.20 Nuklearmedizin (NUK)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Nuklearmedizin, RadiologietechnologInnen, Biomedizinische AnalytikerInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Nuklearmedizinische Basisdiagnostik** (Indikationsstellung, Aufklärung, Rechtfertigung[1], Durchführung inkl. Postprocessing sowie Befundung) inkl. radioaktiv markierte Verbindungen unter Gewährleistung des Strahlenschutzes	**Nuklearmedizinische Diagnostik** mit planaren und tomografischen Abbildungstechniken unter Anwendung von ultrastruktur-, organ- und krankheitsspezifischen **Radiopharmaka**
		Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse und Halsweichteile
		Feinnadelpunktion der Schilddrüse
		planare szintigrafische Untersuchung der Schilddrüse
		thyreologische Stimulationstests
	Konservative Therapie und Langzeitbetreuung von PatientInnen	PatientInnen mit Erkrankungen der Schilddrüse und des Knochenstoffwechsels
	Fachspezifische Basisdiagnostik bei **Kindern und Jugendlichen**	
	Fachspezifische Basisdiagnostik bei **PatientInnen mit Behinderungen**; inkl. Barrierefreiheit	
	Erstversorgung von Notfällen	Allgemeine Erstversorgung von Notfällen
		Fachspezifische Versorgung von Notfällen, inkl. Erkennung und Versorgung von im Rahmen nuklearmedizinischer Untersuchungen auftretender Komplikationen
		Prävention, Diagnostik und Behandlung einer akzidentellen Kontamination und Inkorporation von Radionukliden
	Präparation, Qualitätskontrolle, Dosimetrie, Radionuklidverwaltung und -lagerung der angewandten **Radiopharmaka**	
Spezielle Aufgaben	Früherkennung/Prävention/Beratung	Durchführung der **Knochendichtemessung**
	Nuklearmedizinische Diagnostik mittels Gammakamera (Indikationsstellung, Aufklärung, Rechtfertigung[1], Durchführung inkl. Postprocessing sowie Befundung) unter Gewährleistung des **Strahlenschutzes**	Anwendung von SPECT und SPECT/CT
		Myocard inkl. EKG und Belastung Skelett Lunge Niere Gehirn andere Organsysteme
	Nuklearmedizinische Diagnostik mittels **PET/CT** (Indikationsstellung, Aufklärung, Rechtfertigung[1], Durchführung inkl. Postprocessing sowie Befundung) unter Gewährleistung des **Strahlenschutzes**	Tumordiagnostik, ZNS, Herz, Entzündungsdiagnostik, andere Organsysteme
	Spezielle **Diagnostik** bei **endokrinologischen Erkrankungen** (Indikationsstellung, Aufklärung, Rechtfertigung[1], Durchführung inkl. Postprocessing sowie Befundung) unter Gewährleistung des Strahlenschutzes	Lokalisationsdiagnostik bei Hyperparathyreoidismus
		Diagnostik und Staging neuroendokriner und adrenaler Tumoren
	Nuklearmedizinische Behandlung (Indikationsstellung, Therapieplanung, Aufklärung, Rechtfertigung[1], Durchführung) unter Berücksichtigung der Dosisberechnung und Nachsorge	Behandlung mit **offenen Radionukliden**
	Spezielle **Therapieverfahren** (Indikationsstellung, Planung, Aufklärung, Rechtfertigung[1], Durchführung und Nachsorge inkl. Behandlung von Nebenwirkungen)	Radiojodtherapie
		Indikationsstellung für alle hochdosierten Therapien mit offenen Radionukliden
		Gelenkspunktion
		Sonstige komplexe nuklearmedizinische Therapien
	Teilnahme an interdisziplinären Beratungen	Mitwirkung an **Tumorboards**
		Mitwirkung an interdisziplinären Fallkonferenzen

[1] Rechtfertigung gemäß § 3 der Medizinischen Strahlenschutzverordnung

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- Stethoskop, RR-Messgerät
- Technische Möglichkeit zur Ansicht von nuklearmedizinischen/radiologischen Bilddateien
- Ausstattung für Feinnadelaspiration
- Ultraschall
- Gammakamera für Schilddrüsenszintigraphie
- EKG

3.1.4.21 Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (PCH)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, DiätologInnen, LogopädInnen, PsychologInnen, Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (evtl. Weiterbildungen wie z.B. Wundmanagement, Breast Care Nurse, Pain Nurse), SozialarbeiterInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachsorge** bei sämtlichen plastischen, rekonstruktiven und ästhetischen Krankheitsbildern (Haut/-anhangsgebilde/Schleimhäute, Weichteile, Muskel/ Sehnen, Knochen/Knorpel, Gefäße/Blut und Nerven)	Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung/Operation, ggf. Weiterleiten
		Diagnostik und Therapie von einfachen **Verletzungen** (inkl. Kontrollen und Verbandswechsel)
		Basisdiagnostik und Basistherapie von fachspezifischen **Infektionen**, ggf. Weiterleiten
		Basisdiagnostik und Basistherapie von fachspezifischen akuten und chronischen **Wunden und Defekten/ Deformierungen** sowie Nachkontrolle ggf. Weiterleiten
		Basisdiagnostik und Basistherapie bzw. Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen** sowie Nachkontrolle
		Basisdiagnostik und Basistherapie bzw. Weiterleiten bei Verdacht auf angeborene und erworbene **Fehlbildungen** sowie Nachkontrolle
		Erstversorgung von **einfachen thermischen-, chemischen- und Stromverletzungen** und ggf. Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
		Eingriffe inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren gemäß LM-amb (b)
		Fachspezifische **Schmerztherapie**
		Fachspezifische **Punktionen, Drainagen** und **Infiltrationen**
	Versorgung und Nachsorge von PatientInnen mit chronischen und komplexen Krankheiten	Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von **chronisch Kranken** und **multimorbiden PatientInnen** unter besonderer Berücksichtigung des Medikamenten- und Gerinnungsmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei PatientInnen mit **chronischen Wunden**
		Diagnostik und Therapie von komplexen **Verletzungen** (inkl. Kontrollen und Verbandswechsel)
		Wund- und Narbenbehandlung, inkl. Beratung zur Wund- und Narbenpflege
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von **Menschen mit Behinderungen**; besondere Berücksichtigung des Medikamenten- und Gerinnungsmanagements
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge von fachspezifischen Erkrankungen bei **Kindern und Jugendlichen** in Zusammenarbeit mit FA KIJU, FA KJC
	Früherkennung/Prävention/Beratung	**Identifizierung** von und **Beratung** bei **Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken** (Ernährung, Bewegung, Alkohol, Hautgesundheit etc.)
		Prä- und postoperative **Ernährungstherapie und Beratung**
		Postoperative **physio-/ergotherapeutische Versorgung/Mobilisation** bei/nach plastisch-chirurgischen Eingriffen bzw. bei chronisch Kranken
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	**Operationen/Eingriffe** inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren gemäß LM-amb (s)
		Komplexe thermische-, chemische- und Stromverletzungen (ggf. inkl. Weiterleitung/Zusammenarbeit mit Spezialzentren für Schwerbrandverletztenversorgung)
		Plastisch-Chirurgische Onkologie
		Rekonstruktive Mikrochirurgie
		Ästhetische Chirurgie
		Handchirurgie
		Fachspezifische **Sonographie**
		Phlebologie und Lymphologie
	Früherkennung/Prävention/Beratung	Interdisziplinäre Beratung für PatientInnen mit **Adipositas**
		Interdisziplinäre Beratung hinsichtlich der Inanspruchnahme von onkologischen **Screenings und Früherkennungsmaßnahmen** (Haut- und Weichteiltumore, Mammatumore etc.)
		Interdisziplinäre Beratung zur **psychischen Gesundheit** (Körperbild)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

- Notfallausstattung (inkl. Defibrillator in der Einrichtung)
- Ausstattung zur parenteralen Medikamentenverabreichung
- Ausstattung zur Wundversorgung
- Ausstattung für plastisch-chirurgische Eingriffe inkl. lokaler und/oder Leitungsanästhesie
- Bei (Analgo-)Sedierung: Ausstattung zum adäquaten Monitoring
- Technische Möglichkeit zur Fotodokumentation

3.1.4.22 Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)

Fachbereichsrelevante Gesundheitsberufe: FachärztInnen für Kinder- und Jugendchirurgie, DGKP bzw. DGKP mit Spezialisierung in „Kinder- und Jugendlichenpflege“, PhysiotherapeutInnen, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, Klinische PsychologInnen

	Aufgabenbereiche	Konkretisierung
Basisaufgaben	**Ambulante Fachversorgung und Nachsorge** bei sämtlichen Formveränderungen und Fehlbildungen, chirurgisch zu behandelnden Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen im Kindes- und Jugendalter	Beurteilung von **Symptomen und Beschwerden**, Diagnostik, ggf. abschließende Behandlung, ggf. Weiterleiten
		Diagnostik und Therapie von einfachen **Verletzungen** (inkl. Kontrollen und Verbandswechsel)
		Basistherapie von fachspezifischen **Infektionen**, ggf. Weiterleiten
		Basisdiagnostik und Weiterleiten bei Verdacht auf **Neubildungen** sowie Nachkontrolle
		Basisdiagnostik und Weiterleiten bei Verdacht auf angeborene und erworbene **Fehlbildungen** sowie Nachkontrolle
		Eingriffe inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren (Lokalanästhesie) gemäß LM-amb (b)
		fachspezifische **Schmerztherapie**
		Erstversorgung von **Notfällen** und Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit
		fachspezifische **Sonographie**
		fachspezifische **Punktionen** und **Infiltrationen**
		Bereitstellen von Information, Anleitung, Beratung und Schulung für PatientInnen/Familien/Angehörige/betreuende Personen
	Versorgung und Nachsorge von Kindern und Jugendlichen mit chronischen und komplexen Krankheiten	Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von **chronisch kranken Kindern und Jugendlichen** ggf. Weiterleiten; besondere Berücksichtigung des **Medikamentenmanagements** sowie allfälliger **therapeutischer Zusatzmaßnahmen**
		Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei fachspezifischen Erkrankungen von **Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen** und/oder **besonderen Bedürfnissen** unter Berücksichtigung des Medikamentenmanagements
	Früherkennung/Prävention/Beratung	**Identifizierung** von und **Beratung** bei **Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken** (Ernährung, Bewegung etc.)
		Ernährungstherapie und Beratung bei chirurgischen Erkrankungen
		physio- und ergotherapeutische Versorgung bei/nach großen chirurgischen Eingriffen bzw. bei chronisch kranken **Kindern und Jugendlichen**
		Wundmanagement
		Kinderschutz: **Erkennen, Dokumentation** und **Weiterleitung**, sowie Meldung bei begründetem Verdacht auf Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch, physische/psychische Gewalt
	Anbieten von **Telekonsultation**	z.B. für Verlaufskontrollen, Schulung, Beratung und Therapie
Spezielle Aufgaben	Spezielle Diagnostik, ggf. Therapie und ggf. Nachsorge in folgenden Bereichen	**Operationen/Eingriffe/Interventionen** inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren (inkl. Analgosedierung, Regionalanästhesieverfahren) gem. LM-amb (s)
		fachspezifische Drainagen
		Endoskopien
		spezielle **Funktionsdiagnostik**
		spezielle **Sonographie** (z.B. Duplexsonographie)
		Kindertraumatologie
		Kinderurologie
		pädiatrische Hand-/Fußchirurgie
	Früherkennung/Prävention/Beratung	**Stoma- und Inkontinenzberatung**

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Ausstattung für Basisaufgaben und -leistungen gemäß LM-amb

Altersgruppenspezifische Ausstattung:

- entsprechende Verbrauchsmaterialien
- Notfallausstattung
- technische Möglichkeit zur Ansicht von radiologischen Bilddateien (z.B. PC)
- Ausstattung zur parenteralen Medikamentenverabreichung
- Ausstattung zum Wundmanagement
- Ausstattung für chirurgische Eingriffe inkl. Lokalanästhesie
- Sonographiegerät

3.1.5 Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich

Die Qualitätssicherung in Einzelordinationen und Gruppenpraxen[79] stellt ein zentrales Instrument zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung dar. Sie ist bundesweit einheitlich ausgestaltet, folgt den Vorgaben der Qualitätssicherungs-Verordnung 2024 (QS VO 2024) und ist somit verpflichtend. Als Orientierung dienen weiters auch die Inhalte des ÖSG in der jeweiligen gültigen Fassung - insbesondere des Kapitels 3.1. Qualitätskriterien für die ambulante Versorgung und den damit verbundenen Anhängen 7 und 11. Ziel ist die nachhaltige Sicherung der Struktur, Prozess und Ergebnisqualität unter Berücksichtigung von Transparenz, Nachvollziehbarkeit und kontinuierlicher Qualitätsverbesserung.

Grundlage bildet die regelmäßige, verpflichtende Selbstevaluierung der Arztpraxen anhand standardisierter Qualitätskriterien. Ergänzend dazu werden stichprobenartige Vor Ort Besuche bei 10 % der Arztpraxen durchgeführt. Diese dienen der vertiefenden Überprüfung ausgewählter qualitätsrelevanter Aspekte im Praxisbetrieb sowie der objektiven Einschätzung der Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen. Der Fokus liegt dabei auf einem unterstützenden, entwicklungsorientierten Ansatz. Die Besuche werden durch sogenannte Peers absolviert, das sind Ärztinnen und Ärzte, die für die Vor-Ort-Besuche eine Schulung erhalten haben und Entwicklungsprozesse auf Augenhöhe einleiten.

Perspektivisch ist eine schrittweise Ausweitung auf weitere Gesundheitsberufe im niedergelassenen Bereich vorgesehen. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Berufsprofile und rechtlichen Rahmenbedingungen sollen vergleichbare qualitätssichernde Standards etabliert werden, um die interprofessionelle Versorgungsqualität weiter zu stärken.

[79] Siehe Qualitätssicherung in der Praxis Qualitätssicherung in der Praxis (QSP) | Gesundheitsqualitätsportal

3.2 Akutstationäre inklusive tagesklinische/tagesambulante Versorgung sowie angrenzende Versorgungsbereiche

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

Die jeweils einleitende Kurzbeschreibung zu den Fach- und Versorgungsbereichen gibt einen Überblick über deren wesentliche Aufgaben in der Patientenversorgung und ist damit Anknüpfungspunkt für die Zuordnung von spezifischen Qualitätskriterien. Der Umfang der zulässigen Berufsausübung der dort tätigen Gesundheitsberufe ist in den jeweiligen Berufsgesetzen[80] geregelt und wird durch die Kurzbeschreibung nicht eingeschränkt.

Die Träger von KA haben Voraussetzungen für interne Maßnahmen der QS zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.[81] Die Qualitätskriterien des ÖSG stellen eine Grundlage für die Maßnahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dar.

Die Qualitätskriterien gelten für alle KA-Typen[82]. Im Fall von Sanatorien sind die Qualitätskriterien gemäß den jeweiligen Transformationsregeln anzuwenden.

3.2.1 Allgemeine Qualitätskriterien für alle Fachbereiche

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

Allgemeine Qualitätskriterien für alle Fachbereiche
Personal
Die quantitative Ausstattung mit Personal der verschiedenen Gesundheitsberufe muss die jeweiligen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Anforderungen der Patientenversorgung erfüllen.
Interdisziplinäre/multiprofessionelle Zusammenarbeit: Verpflichtung zur strukturierten Kommunikation (inkl. Dokumentation wesentlicher Inhalte) und Teamarbeit v. a. von Angehörigen jener Gesundheitsberufe und anderer Berufsgruppen (z.B. SozialarbeiterInnen), die beim fachbereichsspezifischen Diagnosen- und Behandlungsspektrum häufig einzubinden sind bzw. den Behandlungserfolg nachhaltig stabilisieren (dies gilt unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu Versorgungsstrukturen, in denen diese tätig sind).
Darüber hinaus ist im Einzelfall erforderliches qualifiziertes Personal anderer Berufsgruppen bedarfsspezifisch in den Behandlungsprozess einzubeziehen sowie der Zugang zu diesen, ggf. auch zu erforderlichen anderen Versorgungseinrichtungen zu ermöglichen bzw. organisatorisch zu unterstützen.
Der Ärztliche Dienst ist entsprechend den Regelungen des KAKuG unter Berücksichtigung der Anforderungen der Organisationsformen sowie der zugeordneten Versorgungsstufe im jeweiligen Fachbereich einzurichten. Ärztliche Anwesenheiten, die in den → Kap. 3.2.3 und 3.2.4 für die Fach- und Versorgungsbereiche „in KA“ definiert sind, umfassen immer den/die gemäß KAKuG anwesende(n) Arzt/ÄrztIn des jeweiligen Sonderfachs und sind nicht zusätzlich vorzuhalten.
Die Voraussetzungen für die Ausbildung von TurnusärztInnen (TÄ) sind in der jeweils gültigen Ärzteausbildungsordnung festgelegt.
Die rehabilitative Betreuung von intensivpflichtigen und schwerstkranken sowie postoperativen und postinterventionellen PatientInnen ist durch Berufsgruppen aus dem Fachbereich PMR sicherzustellen.
Im Bedarfsfall ist eine fachspezifische Begutachtung von PatientInnen durch die erforderlichen Fachbereiche zur Beratung, Diagnostik und Therapieeinleitung (Konsiliarleistung) zu veranlassen.

[80] ÄrzteG inkl. ÄAO, GuKG, MTD-Gesetz, etc.
[81] gemäß § 5b Abs. 2 KAKuG
[82] gemäß § 2 KAKuG

Allgemeine Qualitätskriterien für alle Fachbereiche
Die Verfügbarkeit einer ausreichenden Zahl von ApothekerInnen zur Erbringung klinisch-pharmazeutischer Dienst-leistungen (inkl. strukturiertes Medikamentenmanagement, Verringern von Polypharmazie) ist zu gewährleisten. Eine Weiterbildung zu FachapothekerInnen für Krankenhauspharmazie ist wünschenswert. Die Verfügbarkeit von ausreichend DGKP bzw. von PflegefachassistenInnen (PFA) wird grundsätzlich in allen Bereichen vorausgesetzt. [83]
Ausstattung
Der Einsatz von und die quantitative wie qualitative Ausstattung mit technischer sowie räumlicher Infrastruktur müssen die jeweiligen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Anforderungen der Patientenversorgung in jedem Fach-/Versorgungsbereich erfüllen und den Genesungsprozess (inkl. Mobilität) der PatientInnen (z.B. durch Barrierefreiheit, Niederflurbetten) sowie die Arbeit von ÄrztInnen, Pflegepersonen und TherapeutInnen (durch entsprechende Raumausstattung) unterstützen. Der Zugang zu radiologischer und labormedizinischer Standarddiagnostik in der Akut-KA muss jedenfalls im Tagdienst gewährleistet sein. Darüber hinaus sind für die Abklärung von Akut- und Notfällen ein entsprechendes Notfalllabor rund um die Uhr (7/24) sowie Rufbereitschaft für RT vorzuhalten.

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

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

Eine Übersicht zu bekannten und erprobten Berechnungsmethoden für die Personalplanung gibt das Handbuch für die Personalplanung[84].

TRANSFORMATIONSREGELN für Sanatorien

zur Erfüllung der Qualitätskriterien (Generaltransformationsregel)

- *Die qualitätsbezogenen ÖSG-Inhalte gelten unabhängig von organisatorischen Strukturen, Trägerschaft und sektoraler Zugehörigkeit grundsätzlich für alle Leistungserbringer in Österreich gleichermaßen. Nur dort, wo ÖSG-Inhalte nicht unmittelbar anwendbar sind, sind diese Inhalte entsprechend den Transformationsregeln anzuwenden. Die Qualitätskriterien des ÖSG sind somit auch für alle in Sanatorien (SAN)[85] behandelten Fälle behandlungsprozessbezogen – unabhängig von der Zahlungszuständigkeit – verbindlich.*
- *Alle in Kapitel 3 enthaltenen allgemeinen und spezifischen Qualitätskriterien, insbesondere hinsichtlich Personalausstattung und Infrastruktur, sind **im Anlassfall einer Behandlung einzuhalten:** Ist ein/e PatientIn in einem SAN in stationärer Behandlung, für die Qualitätskriterien definiert sind, ist deren Einhaltung im SAN sicherzustellen. Bei entsprechend großen Fallzahlen sind die Vorgaben für die Behandlung von mehreren PatientInnen gleichzeitig und über längere Zeiträume sicherzustellen.*
- *Die **behandlungsprozessbezogene Einsatzbereitschaftszeit** von entsprechend qualifiziertem Personal beträgt im Anlassfall max. 30 Minuten. Zur Einhaltung ist mit geeigneten organisatorischen Maßnahmen (z.B. Bereitschaftspläne) Vorsorge zu treffen. Zur Überbrückung dieser Frist ist für stationäre PatientInnen die Anwesenheit von notfallmedizinisch qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Personal sicherzustellen.*
- *In einigen Fachrichtungen, insbesondere in der Intensivversorgung, Geburtshilfe sowie Versorgung von Kindern und Jugendlichen, gelten zusätzlich spezielle Transformationsregeln für SAN. Soweit*

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

[84] Handbuch für die Personalplanung siehe https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:211ccee0-0431-4c60-8b80-645517b3dc23/handbuch_personalplanung_2010.pdf

[85] gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG

sich die speziellen „Transformationsregeln für SAN" nur auf Teile der Bestimmungen zum jeweiligen Fach- oder Versorgungsbereich bzw. auf spezielle Versorgungsbereiche beziehen, sind die restlichen Vorgaben nach der Generaltransformationsregel zu gewährleisten. Dieser Grundsatz gilt ohne Ausnahme.

3.2.2 Leistungsmatrix – stationär (LM-stat)

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

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

Die in der LM-stat enthaltenen Qualitätskriterien gelten für die in der LM-stat geregelten Einzelleistungen bei elektiven Aufenthalten. Bei **Notfällen** sind grundsätzlich Abweichungen von den Bestimmungen der Leistungsmatrix möglich. Neben den standardisierten QK-Zuordnungen in der LM-stat sind ergänzend auch alle zu den ausgewählten Fach- und Versorgungsbereichen (Kapitel 3.2) angeführten QK-Vorgaben zu erfüllen. Sämtliche Festlegungen gelten für alle Akut-Krankenanstalten (in SAN ggf. in transformierter Form) gleichermaßen[86].

In der LM-stat nicht abgebildet sind:

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

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

Basisversorgungsleistungen

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

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

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

[86] entsprechend § 3 Abs. 1 Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl. I Nr. 179/2004) sowie Artikel 10 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

Mindestversorgungstruktur

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

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

Mindestfallzahlen pro KA-Standort (MFS)

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

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

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

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

Im Falle der Einführung von MFS für neu im Leistungskatalog aufgenommene Leistungen, hat die Festlegung von berechtigten Standorten längstens drei Jahre nach Inkrafttreten zu erfolgen. Vom Landesgesundheitsfonds kann für zur Leistungserbringung geeignete KA eine zunächst befristete Genehmigung für die Leistungsabrechnung gewährt werden.

Von Krankenanstaltenstandorten, an denen ein an MFS gebundenes Leistungsspektrum neu aufgenommen werden soll, kann der Landesgesundheitsfonds in diesem 2-Jahreszeitraum halbjährlich Berichte bezüglich Fallzahlen, Intensivraten, Komplikationen, Mortalitätsraten und Verweildauer zu erbrachten Leistungen einfordern.

Vom Landesgesundheitsfonds können höhere Mindestfallzahlen bzw. die Planungsrichtwerte für die Leistungsangebotsplanung (LAP-PRW) ggf. mit einer Übergangsfrist zur Erreichung derselben als Voraussetzung für die Leistungsabrechnung vorgegeben werden.

Es ist vorgesehen, die verbindlichen MFS für die in der LM-stat festgelegten Leistungsbündel bundesweit bis 2035 sukzessive an die Planungsrichtwerte für Leistungsangebotsplanung (LAP-PRW) heranzuführen.

Zu Erläuterungen und Definition der Leistungsbündel mit MFS samt Anmerkungen siehe → *Anhang 8*

Orientierungswerte (Planungsrichtwerte) für Leistungsangebotsplanung (LAP-PRW)

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

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

die es im Zusammenwirken zu optimieren gilt.

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

Eine stärkere Bündelung spezialisierter Leistungserbringung an festgelegten Standorten durch Fallzahlerhöhung auf Basis internationaler Evidenz über die MFS hinaus ermöglicht nicht nur den effizienten Einsatz qualifizierter Behandlungsteams mit adäquatem Skill-Grade-Mix und guten Outcome in der Patientenversorgung, sondern ist auch wesentlich für eine qualitativ hochwertige Ausbildung, die ihrerseits wiederum Vor-aussetzung für eine langfristig gesicherte Gesundheitsversorgung mit guter Versorgungsqualität ist.

Für vorrangig komplexe medizinische Leistungen mit hohen Anforderungen an Expertise und/oder technische Infrastruktur werden homogene Leistungsbündel gebildet. Für das Erreichen ausreichender Nutzungsgrade der dafür einzusetzenden spezialisierten Ressourcen werden zugehörige jährliche Fallzahlen als empfohlene Orientierungswerte definiert. Diese Werte gelten als Orientierungswerte für die Zuordnung von KA-spezifischen Leistungsspektren in der spezialisierten Versorgung, die zumindest als Plan-Zielwert angestrebt werden sollten, zu Erläuterungen und Definition der Leistungsbündel mit LAP-PRW samt Anmerkungen siehe → *Anhang 8*).

Fachrichtungszuordnung

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

Wartung der Leistungsmatrix

Die LM-stat ist jährlich zu warten[87] und den Änderungen des jeweiligen LKF-Modells entsprechend anzupassen sowie anwendungsorientiert weiterzuentwickeln. Sie wird mit dem Folgejahr der Beschlussfassung durch das zuständige BGA-Gremium als Rahmenbedingung zum LKF-Modell gültig. Der Bedarf an größeren Modifikationen der LM-stat ist im Voraus durch das zuständige BGA-Gremium festzustellen.

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

zur Leistungsmatrix – stationär (LM-stat)

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

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

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

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

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

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

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

[87] gemäß Art. 5 Abs. 4 Z 2 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

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

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

3.2.3 Qualitätskriterien für Versorgungsmodelle ausgewählter Fach- und Versorgungsbereiche

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

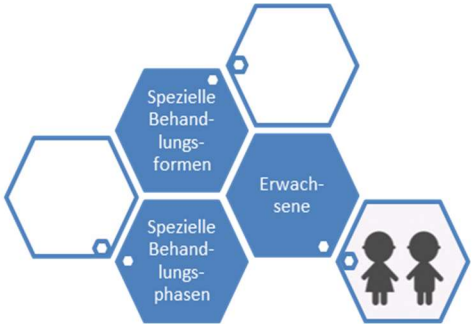
ABGESTUFTES VERSORGUNGSMODELL



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

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

MODULARES VERSORGUNGSMODELL



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

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

Die Darstellung der Berufsgruppen bei den einzelnen Fach-/Versorgungsbereichen beschränkt sich auf die zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen und ist nicht abschließend. Bei Relevanz für einzelne Fach-/Versorgungsbereiche werden ergänzend auch weitere Personen mit unterstützenden Funktionen angeführt. Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen werden nur in jenen Fällen explizit angeführt, in denen sie über die allgemeinen

Qualitätskriterien hinausgehend besondere Funktionen wahrnehmen. In den ausgewählten Fach-/Versorgungsbereichen (Kapitel 3.2.3 und 3.2.4) und insbesondere in Bereichen mit Spezialisierungserfordernissen für DGKP ist insgesamt von einem besonders hohen Komplexitäts- und Spezialisierungsgrad und zudem von einem häufig geringen Stabilitätsgrad der Pflegesituation auszugehen. In diesen Bereichen muss eine kontinuierliche Einschätzung der Stabilität der Pflegesituation durch DGKP im Sinne ihrer Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess, sowie eine laufende (Re-)Evaluierung der jeweiligen Delegationsmöglichkeiten durch DGKP gewährleistet werden können. Die Erfüllung der ÖSG-Mindestvorgaben zur Personalanwesenheit von DGKP (z.B. DGKP 7/24 und z. T. mit erforderlicher Spezialisierung) ist ausschließlich durch Einsatz von DGKP iSd § 11 GuKG unabhängig vom Einsatz von PFA zu gewährleisten.

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

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

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

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



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

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

- **Spezialzentren (SPZ)** sind Strukturen für spezialisierte Teilbereiche innerhalb von Fachbereichen, die eine zumeist kleine Patientengruppe mit speziellen Erkrankungen adressieren und bezüglich der durchgeführten Behandlungen einen hohen Grad an Expertise sowie interdisziplinärer Zusammenarbeit erfordern, jedoch nicht im Rahmen einer eigenen Organisationsform geführt werden, das sind: Neurologisch-neurochirurgische Spezialzentren, NONKZ, KiDIA, BRA, ZMG und HKLE.
- **Expertisezentren (EZ)** sind Einrichtungen, die auf eine vorgegebene Gruppe von seltenen Erkrankungen spezialisiert sind und auf Basis eines Designationsprozesses ausgewiesen werden (siehe → *Kap. 3.2.3.16 Seltene Erkrankungen).*

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

Referenzzentren, Spezialzentren und Expertisezentren sind im Rahmen regionaler Detailplanungen jedenfalls festzulegen. Sofern die **Festlegung weiterer Versorgungsstufen bzw. Versorgungsmodule** auf Landesebene erfolgt, sind diese fachbereichsbezogen und standortgenau im RSG und L-KAP auszuwei-

sen und die zugeordneten spezifischen Qualitätskriterien (einschließlich Personal- und Ausstattungskriterien) einzuhalten. Bezeichnungen und Inhalte von Versorgungsstufen bzw. Versorgungsmodulen müssen mit dem ÖSG übereinstimmen.

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

Die **Umsetzung von abgestuften und modularen Versorgungsstufen** in Bezug auf die Einordnung in die KA-Typologie der Allgemeinen Krankenanstalten[88] zeigt die folgende Graphik.Versorgungsfunktionen von KA-Typen

<table>
<tr><td>KA-Versorgungsstufen</td><td colspan="3">Allgemeine KA</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Grundversorgung
(ggf. inkl. Module)</td><td>Standard-KA</td><td rowspan="2">Schwerpunkt-KA</td><td rowspan="2">Zentral-KA</td></tr>
<tr><td>kann</td></tr>
<tr><td>Schwerpunktversorgung
(ggf. A+B)</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>RFZ-Versorgung</td><td></td><td>kann</td><td>kann</td></tr>
<tr><td>Spezialzentrum (hochspez.)</td><td></td><td></td><td>kann</td></tr>
</table>

In den RSG bzw. L-KAP ist der dem jeweiligen KA-Standort zugewiesene KA-Typ (Allgemeine KA: Standard-, Schwerpunkt-, Zentral-KA) auszuweisen, für Sonder-KA[89] ist die zugewiesene Versorgungsstufe gemäß ÖSG jedenfalls auszuweisen.

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

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

[88] Allgemeine Krankenanstalten gemäß § 2a KAKuG
[89] Sonderkrankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG

3.2.3.1 Anästhesiologische Versorgung (AN)

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- → Anästhesiearbeitsplatz mit **Standardausstattung**[90] für die Durchführung von Allgemein- und Regionalanästhesien (inkl. Standardmonitoring; Instrumentarium zur Beherrschung des schwierigen Atemwegs (Videolaryngoskopie, Bronchoskopie); nichtinvasives Wärmesystem; Sonographie (für Regionalanästhesie, Gefäßpunktion und diagnostische Zwecke); Möglichkeit des invasiven hämodynamischen Monitorings und des quantitativen neuromuskulären Monitorings je Platz; Möglichkeit des EEG-Monitorings zumindest für ältere PatientInnen, Säuglinge und Kleinkinder bzw. bei TIVA; maschinelles Autotransfusionsverfahren nach Leistungsspektrum[91]
- → Aufwachraum in räumlicher Anbindung an (zentrale) OP-Bereiche mit Standardausstattung für die Überwachung und Stabilisierung nach Eingriffen in Allgemein- bzw. Regionalanästhesie[92]; Möglichkeit der Nutzung als IMCU im Krisenfall (z.B. Pandemien, Großschadensereignisse) in Abstimmung mit Notfallplänen der Krankenanstalten
- → Zusätzliche Ausstattung an Krankenanstalten mit **Schwerpunktversorgung** oder **Zentralversorgung**:
  - → Verfügbarkeit der transösophagealen Echokardiographie
  - → Verfügbarkeit einer Point-of-Care-Diagnostik (fakultativ auch Gerinnung), wenn andere Maßnahmen eine rasche Befunderstellung nicht ermöglichen

Zusätzliche Kriterien für die anästhesiologische Versorgung von Kindern in allen KTypen (inkl. KOZ)

Anästhesie bei Kindern (AN-KI)

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

  FÄ für AN/INT: ≥ 2 primär für die AN-KI verantwortlich
  - → Nachweis einer entsprechenden Erfahrung und laufenden Fortbildung in AN-KI (Logbuch über alle (regelmäßig durchgeführten) Anästhesien an Kindern bis zum vollendeten 10. LJ)

  DGKP oder DGKP (KIJU): ≥ 2 primär für die AN-KI verantwortlich
  - → Nachweis der gesetzlich vorgeschriebenen Berechtigung in der Spezialisierung „Anästhesiepflege“ (DGKP (AN))
  - → Regelmäßige Fortbildung im Bereich der AN-KI (z.B. Fachtagung oder Hospitation)
- → AN-Versorgung von Kindern im Alter < 1 Jahr sowie bei komplexen Eingriffen und/oder wesentlicher Prä-/Ko-Morbidität bei älteren Kindern ausschließlich an Kinder- und Jugendmedizinischen Zentren (KTyp 1); in Ausnahmefällen auch in Regionaler Kinder- und Jugendmedizinischer Versorgung (KTyp 2)

[90] personelle Ausstattung: je Anästhesiearbeitsplatz Anwesenheit von 1 FA AN/INT oder fachärztlich beaufsichtigte/r TA AN/INT sowie 0,5 -1 DGKP

[91] siehe auch: Qualitätsstandard Patient Blood Management - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

[92] dies umfasst nicht Nachbeobachtungsräume z.B. für Patientenversorgung nach TK-/ ambulanten Eingriffen oder Endoskopien

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

Versorgungseinheit	Aufwachraum
Personal – Anwesenheit	
FA AN/INT	unmittelbar verfügbar in KA während der Öffnungszeiten[1]
DGKP mit Berechtigung in der Spezialisierung „Anästhesiepflege“ bzw. „Intensivpflege“	während Öffnungszeit[2]
Ausstattung	
Plätze	1,5 je Anästhesiearbeitsplatz[3]
Betriebszeit	orientiert an den Betriebszeiten der Operations-/Eingriffsräume inkl. entsprechende Überwachungszeit nach der letzten Operation und Transfer und Übergabe an die nachbetreuende Pflegeeinheit (in der Regel Normalpflegestation)
Intensiv-Monitoring (NIBP, IBP, EKG, Pulsoxymetrie, Temperaturmessung, Atemfrequenzmessung) grundsätzlich mit Zentraleinheit	je Platz
O2-Insufflation	je Platz
Absaugung	je Platz
Mehrkanal-EKG	x
Defibrillator (inkl. Schrittmacherfunktion)	x
Notfall-Instrumentarium (inkl. aller erforderlichen Notfallmedikamente)	x
Notfall-Labor (POC-Gerät: Blutgas, Elektrolyte, Blutzucker, Laktat, Hämoglobin/Hämatokrit)	KA
Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O2-Anreicherung	je Platz
Transportbeatmung und -überwachung	KA
Infusions- u. Infusionsspritzenpumpen	mind. 2 je Platz
Wärmegerät	1 Gerät je 3 Plätze
Neuromuskuläres Monitoring	x
Zusatzausstattung für temporäre Nutzung als IMCU	
Siehe Personal und Ausstattung gem. IMCU	

[1] Empfehlung, dass mit zunehmender Anzahl komplexer Eingriffe, die über den Aufwachraum betreut werden, eine permanente ärztliche Anwesenheit, zumindest während der Kernarbeitszeiten, gegeben ist; vgl. „Empfehlungen für das Monitoring von Patienten und die personelle Ausstattung von Fachabteilungen für Anästhesiologie und Intensivmedizin“ der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) - https://www.anaesthesie.news/wp-content/uploads/%C3%96GARI-Empfehlungen-Monitoring-Struktur-Personal-FA-f%C3%BCr-Ana%C3%A4sthesie-und-Intensivmedizin.pdf

[2] Anwesenheit von 1 DGKP pro 3-4 Plätze anzustreben; vgl. „Empfehlungen für das Monitoring von Patienten und die personelle Ausstattung von Fachabteilungen für Anästhesiologie und Intensivmedizin“ der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) - https://www.anaesthesie.news/wp-content/uploads/%C3%96GARI-Empfehlungen-Monitoring-Struktur-Personal-FA-f%C3%BCr-Ana%C3%A4sthesie-und-Intensivmedizin.pdf

[3] sind anzustreben. Vorhalten von ausreichenden Kapazitäten für die Sicherstellung der postoperativen Überwachung aller operierten PatientInnen bis zur respiratorischen und hämodynamischen Stabilität außerhalb von Intensiveinheiten und Normalpflegestationen; vgl. „Empfehlungen für das Monitoring von Patienten und die personelle Ausstattung von Fachabteilungen für Anästhesiologie und Intensivmedizin“ der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) - https://www.anaesthesie.news/wp-content/uploads/%C3%96GARI-Empfehlungen-Monitoring-Struktur-Personal-FA-f%C3%BCr-Ana%C3%A4sthesie-und-Intensivmedizin.pdf

3.2.3.2 Intensivmedizinische Versorgung (INT)

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

A. Intensivmedizinische Versorgung von Erwachsenen

VERSORGUNGSMODELL

Intensivbehandlungseinheit (ICU)

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

Intensivüberwachungseinheit (IMCU), Herzüberwachungseinheit (CCU)

- Überwachung und Behandlung von PatientInnen, deren Vitalfunktionen gefährdet sind
- Sicherstellen der Möglichkeit zur kurzfristigen Intensivbehandlung nur in begründeten Ausnahmefällen z.B. invasive Beatmung möglichst nicht über 48 Stunden)
- Nutzung als „Step-down-Unit“ in organisatorischem Verbund mit ICU
- Nicht unter Intensivüberwachung fällt die Überwachung mithilfe von Telemetrieverfahren oder Basismonitoring auf den Normalpflegestationen

Respiratory Care Units (RCU)

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

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

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

→ Postoperative Aufwachbereiche sind keine eigenständigen bettenführenden Bereiche und nicht dem Intensivbereich zuzurechnen.
→ Es gelten auch die Festlegungen zur Intensivversorgung im jeweils gültigen LKF-Modell.

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

Versorgungsstufen	Intensivüberwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit (ICU)		
	IMCU	ICU Stufe 1	ICU Stufe 2	ICU Stufe 3
Personal				
Ärztliche Leitung [1,8]	FA AN/INT oder Sonderfach mit Additivfach INT			
FA AN/INT oder FA IM in KA [1]	7/24		7/24	
FA/TA-FA AN/INT oder IM oder entsprechendes Sonderfach in ICU	-		7/24 überwiegend für die ICU zuständig [2,3,4]	7/24 [3,4]
Ergänzendes Personal für die Behandlung von neurologischen / neurochirurgischen PatientInnen				
FA NEU oder NCH in KA	7/24			7/24 [4]
DGKP/DGKP (INT) in INT-Einheit	7/24[9]	7/24 mind. 50 % der DGKP mit Berechtigung in der Spezialisierung „Intensivpflege“ [5]		
Grundausstattung				
Betten in der Regel mindestens	4	6		
Betriebszeit	7/24			
Intensiv-Monitoring (NIBP, invasive Druckmessung, EKG, Pulsoxymetrie, Temperaturmessung, Impedanzmessung der Atemfrequenz) grundsätzlich mit Zentraleinheit	pro Bett			
Blutflussmessung (z.B. transpulmonale Indikatormethoden, Ösophagusdoppler etc.)	pro 6-8 Betten ein System (mind. 1 je IMCU)	pro 4-6 Betten ein System	pro 2-4 Betten ein System	
Zentrale Überwachungseinheit mit Arrhythmieüberwachung und ST-Streckenanalyse; Kurvenspeicherung für mind. 24 Stunden	IMCU	ICU		
O2-Insufflation	pro Bett			
Absaugung	pro Bett			
Mehrkanal-EKG	IMCU	ICU		
Defibrillator (inkl. Schrittmacherfunktion)	IMCU	ICU		
Notfall-Instrumentarium	IMCU	ICU		
Notfall-Labor (POC-Gerät: Blutgas, Elektrolyte, Blutzucker, Lactat, Hämoglobin/ Hämatokrit)	IMCU (bzw. KA in räumlicher Nähe zur IMCU)	ICU		
Anschluss an 24h-Labor	7/24			
Beatmungsgerät (für invasive und nicht-invasive Beatmung, inkl. Kapnometrie)	1 Gerät pro 6 Betten (mind. 1 Gerät in IMCU)	1 Gerät pro 2 Betten	1 Gerät pro Bett	
Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O2-Anreicherung	pro Bett			
Transportbeatmung und -überwachung	KA	ICU		
Infusions- u. Spritzenpumpen	mind. 4 pro Bett	mind. 6 pro Bett	mind. 8 pro Bett	mind. 10-11 pro Bett
Externer Schrittmacher	IMCU	ICU		
Patientenwärmegerät (z.B. Warmluftgebläse)	1 pro 6 Betten (mind. 1 je IMCU)	1 pro 4-6 Betten		
Patientenkühlgerät (z.B. System mit Kühlkathetern)	KA		ICU	
Ortsveränderliches Röntgen	KA			
Sonographie (inkl. Echokardiographie)	KA		ICU	
Endoskopie	KA		KA	
Bronchoskopie/Videolaryngoskopie	IMCU	ICU		
Hämofiltration/Diafiltration oder Dialyse	KA10	KA	ICU	
Relaxometrie/Neuromuskuläres Monitoring	KA			
Messung des intrakraniellen Drucks	-	[6]		
Extrakorporaler Gasaustausch	-			[6]

Versorgungsstufen	Intensivüber-wachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit (ICU)		
	IMCU	ICU Stufe 1	ICU Stufe 2	ICU Stufe 3
Zusatzausstattung für die Behandlung von neurologischen/neurochirurgischen PatientInnen				
Messung des intrakraniellen Drucks	-	ICU	pro Bett	
Transkranieller Doppler	IMCU	ICU		
EEG	KA		ICU	
Kontinuierliches EEG-Monitoring	-			ICU
Evozierte Potenziale und Elektromyogra-fie/Nervenleitgeschwindigkeit	KA			
Invasives multimodales Neuromonitoring7	-			ICU

[1] In Abhängigkeit vom medizinische Schwerpunkt der jeweiligen IMCU/ICU; für RCU auch PUL/IM-PUL
[2] Eine 7/24- Anwesenheit auf der ICU Stufe 2 ist anzustreben. Im Fall der Abwesenheit von FA oder FA in Ausbildung von der Intensivbehandlungseinheit müssen diese ohne unnötigen Aufschub (außer in begründeten Ausnahmefällen, wie z.B. Reanimation) in der Lage sein, der Intensivbehandlungseinheit wieder zur Verfügung zu stehen.
[3] Ein möglichst hoher Anteil der Anwesenheitszeit sollte durch FÄ für AN/INT oder mit Additivfach für INT bzw. von FÄ in Ausbildung zum Additivfach INT abgedeckt werden. Das ständige Erhöhen dieses Anteils ist anzustreben.
[4] Für die Behandlung von neurologischen / neurochirurgischen PatientInnen sollte ein möglichst hoher Anteil der Anwesenheitszeit durch FÄ für NEU/NCH mit Additivfach INT bzw. von FÄ in Ausbildung zum Additivfach INT abgedeckt werden. Das ständige Erhöhen dieses Anteils ist anzustreben.
[5] Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG); zumindest 50 % der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP mit Berechtigung in der Spezialisierung „Intensivpflege“ gemäß GuKG. Bezüglich der Personalkennzahlen wird auf die Kriterien für die Einstufung von Intensiveinheiten im LKF-Modell idgF für den stationären Bereich des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) verwiesen.
[6] Muss in ICU mit entsprechendem Patientenkollektiv verfügbar sein (gegebenenfalls Transferierung in ein Zentrum).
[7] Nur an Krankenanstalten mit Abteilungen für NEU und NCH
[8] Die mit Stand Juni 2019 bestehenden Intensiveinheiten (IMCU und ICU) für die Behandlung von neurologischen / neurochirurgischen PatientInnen inkl. deren jeweils derzeit bestehende/r ärztliche LeiterIn können unverändert weitergeführt werden.
[9] Mind. 50 % der DGKP mit Berechtigung in der Spezialisierung „Intensivpflege“ ist anzustreben, wenn gehäuft kurzfristige Organunterstützung/-ersatz (z.B. invasive Beatmung) durchgeführt wird.
[10] Wenn nicht in KA verfügbar, ist eine zeitnahe Transferierung an eine kooperierende KA mit entsprechendem Angebot sicherzustellen.

B. Intensivmedizinische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Neugeborenen

VERSORGUNGSMODELL

Intensivbehandlungseinheit für Kinder und Jugendliche (PICU)

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

Intensivbehandlungseinheit für Früh- und Neugeborene (NICU)

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

Intensivüberwachungseinheit für Kinder und Jugendliche (PIMCU)

- Behandlung von Kindern und Jugendlichen ohne akute Gefährdung der vitalen Funktionen, die kontinuierliche Überwachung benötigen
- Keine Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen
- Wenn in einer KA keine ABT für KIJU verortet ist (KTyp 4), diese aber ein KOZ oder eine TR-Versorgung (TRS) vorhalten, kann die Intensivüberwachung von Kindern ab dem vollendeten 1. LJ bei Bedarf auch an einer IMCU für Erwachsene stattfinden, wenn der FA für AN/INT mit Zusatzqualifikation für AN-KI93 in Rufbereitschaft und eine DGKP (KIJU) oder eine DGKP (INT) bzw. vorzugsweise mit spezieller Sonderausbildung „Kinderintensivpflege“ gemäß GuKG in der IMCU anwesend ist.

Intensivüberwachungseinheit für Früh- und Neugeborene (NIMCU)

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

[93] siehe → *Kap. 3.2.3.1 Anästhesiologische Versorgung*

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

Versorgungsstufen	Intensivüberwachungseinheit		Intensivbehandlungseinheit	
	für Kinder (PIMCU)	für Neugeborene (NIMCU)	für Kinder (PICU)	für Neugeborene (NICU)
Personal				
Ärztliche Leitung	FA für KIJU[1]		FA für KIJU mit Additivfach „Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin“ oder FA KJC mit Additivfach in pädiatrischer Intensivmedizin; dieselbe Anforderung gilt für die Stellvertretung	
FA für KIJU in KA [2]	7/24			
KIJU-INT/NEO versierter FA oder TA-FA für KIJU bzw. KJC in INT-Einheit [3,4,5]	-		7/24	
DGKP/DGKP (KIJU) mit spezieller Sonderausbildung „Kinderintensivpflege“ gemäß GuKG oder Berechtigung in der Spezialisierung „Intensivpflege“ in INT-Einheit	7/24 [6]		7/24 [7]	
Grundausstattung				
Betten in der Regel mindestens	4		6	
Betriebszeit	7/24			
Intensiv-Monitoring (NIBP unblutig, EKG, Pulsoximetrie, Temperaturmessung) mit Zentraleinheit	pro Bett			
Invasive Druckmessung (3 Kanäle)	-		pro Bett	
Messung des intrakraniellen Drucks			PICU	
Infusions- u. Infusionsspritzenpumpen	mind. 2 pro Bett		mind. 5 pro Bett	
O2-Insufflation	pro Bett			
Gasmischer/O2-Blender	mind. 1 pro Bett			
Absaugung	pro Bett			
Transkutane oder endexspiratorische Messung von CO2	-		PICU	NICU
Mehrkanal-EKG	ABT KIJU	ABT KIJU	PICU	NICU
Defibrillator (inkl. Schrittmacherfunktion)	PIMCU	NIMCU	PICU	NICU
Beatmungsgerät (inkl. CPAP-und nicht invasive Beatmungsfunktion)	1 Gerät in ABT KIJU [8]	2 in NIMCU	pro Bett	
NO-Equipment	-		PICU	NICU
Hämofiltration/Diafiltration	-	-	nur Zentral-KA	
Extrakorporaler Gasaustausch	-	-	nur Zentral-KA	
Patientenwärme- bzw. Kühlmöglichkeit	-	-	PICU	NICU
EEG	KA			
aEEG[11]	-	ABT KIJU	PICU	NICU
Evozierte Potenziale	-	-	KA	
Endoskopie (Bronchoskopie, Gastroskopie, Koloskopie)	-	-	ABT KIJU	
Sonographie (inkl. Echokardiographie)	ABT KIJU		PICU	NICU
Notfall-Labor (POC-Gerät: Blutgas, Elektrolyte, Blutzucker, Lactat, Bilirubin, Hämoglobin/Hämatokrit)	PIMCU	NIMCU	PICU	NICU
Ortsveränderliches Röntgen	KA		PICU	NICU
Offene Pflegeeinheit und/oder Intensivinkubator	-	mind. 1 pro Bett	-	mind. 1 pro Bett
Kangoroo-Liege für Eltern	-	1 pro Bett	-	1 pro Bett
Fototherapielampen	-	NIMCU	-	NICU
Laminar Airflow	-			NICU [9]
Transportinkubator (inkl. Beatmung und Monitoring)	-	NIMCU [10]	-	NICU
Externer Schrittmacher	-		PICU	-
Transportbeatmung und -überwachung	-		PICU	-

[1] Nach Möglichkeit mit Additivfach „Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin“.
[2] Ein FA für KIJU 7/24 für KI-ABT (im Rahmen von KJZ und KJR) mit einer NIMCU/NICU bzw. PIMCU/PICU.
[3] Im Fall der Abwesenheit von der Intensivbehandlungseinheit muss dieser ohne unnötigen Aufschub (außer in begründeten Ausnahmefällen, wie z.B. Reanimation) in der Lage sein, der Intensivbehandlungseinheit wieder zur Verfügung zu stehen.
[4] Falls der/die in der Station diensthabende Arzt/Ärztin kein FA ist und der/die in der KA anwesende FA keine ausreichend PÄD-INT-Kompetenz hat, ist ein FA-Dienst mit PÄD-INT-Erfahrung in Rufbereitschaft einzurichten.

[5] Falls der/die in der Station diensthabende Arzt/Ärztin kein FA ist und der/die in der KA anwesende FA keine ausreichend NEO-Kompetenz hat, ist ein FA-Dienst mit NEO-Erfahrung in Rufbereitschaft einzurichten.
[6] Ein möglichst hoher Anteil an DGKP/DGKP (KIJU) mit Berechtigung in der Spezialisierung „Intensivpflege" oder vorzugsweise mit spezieller Sonderausbildung „Kinderintensivpflege" gemäß GuKG oder Weiterbildung in Intermediate Care Pädiatrie ist anzustreben.
[7] Zumindest 50 Prozent Anteil an DGKP/DGKP (KIJU) mit Berechtigung in der Spezialisierung „Intensivpflege" oder vorzugsweise spezieller Sonderausbildung „Kinderintensivpflege" gemäß GuKG; eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.
[8] Muss in PIMCU mit entsprechendem Patientenkollektiv verfügbar sein.
[9] Sofern Zubereitung der Medikamente nicht in Apotheke erfolgt.
[10] Nur dann erforderlich, wenn in der KA keine PICU/NICU eingerichtet ist.
[11] amplitudenintegriertes EEG

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

zur intensivmedizinischen Versorgung

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

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

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

3.2.3.3 Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KIJU, KJC)



Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte und modulare Versorgung

KTyp 1 Kinder- und Jugendmedizinisches Zentrum (KJZ)

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

KTyp 2 Regionale kinder- und jugendmedizinische Versorgung (KJR)

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

KTyp 3 Lokale kinder- und jugendmedizinische Grundversorgung (KJL)

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

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

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

Entwicklungs- und Sozialpädiatrische Einrichtungen

Spezielle medizinische/therapeutische Institutionen im ambulanten Bereich zur integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit angeborenen oder erworbenen Entwicklungsauffälligkeiten oder -beeinträchtigungen, damit in Zusammenhang stehenden körperlichen und/oder psychischen Störungs-/Krankheitsbildern und daraus resultierenden Behinderungen sowie von Kindern und Jugendlichen mit erhöhten biologischen, psychischen bzw. sozialen Risiken und Gefährdungen für solche Störungsbilder.

- **Zielgruppe:** 0- bis 18-Jährige, in begründeten Ausnahmefällen darüber hinaus; Eltern/Familien und Obsorgeberechtigte, inkl. weiteres Umfeld der Kinder/Jugendlichen (Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz). Einrichtungsspezifische Schwerpunktsetzung möglich.
- **Indikationen:** Komplexität der Erkrankung/Entwicklungsstörung, die ein interdisziplinäres, multiprofessionelles Vorgehen nötig macht oder auch eine langfristige Betreuung erfordert; psychosoziale und/oder sozioökonomische Belastungsfaktoren. Einrichtungsspezifische Schwerpunktsetzung möglich.
- **Personal:** Leitung durch FA KiJu möglichst mit einschlägiger Zusatzqualifikation (z.B. Neuropädiatrie); Berufsgruppen möglichst mit KiJu-spezifischer Zusatzqualifikation: klinische PsychologInnen; mind. 3 unterschiedliche TherapeutInnen aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie; optional nach Schwerpunktsetzung: FA KJP, AM, PädagogInnen, DGKP, Sozialarbeit, MusiktherapeutInnen.
- Sicherstellen eines **niederschwelligen Zugangs**, möglichst inklusive Angebote (behindertengerechter Zugang, Dolmetsch-Angebote), verkehrsgünstige Lage
- **Prozess-Qualitätsstandards** vgl. „Qualitätsstandards für die ambulante interdisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Zentren für Entwicklungs-, Sozial- und Neuropädiatrie“ verabschiedet von der AG Entwicklungs- und Sozialpädiatrie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde im Oktober 2021.
- **Leistungsbereiche und Aufgaben:** → Kap. 3.1.4.7 Kinder- und Jugendheilkunde

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

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- → Für Kinder (bis zum vollendeten 10. LJ) und Jugendliche (11. – 18. LJ) ist die Versorgung in altersgerechter Umgebung und Ausstattung sicherzustellen.
- → Für Jugendliche ab dem 15.LJ besteht Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenabteilungen.
- → Sicherstellen der Transition bei chronischen Erkrankungen und Folgen angeborener Fehlbildungen
- → Stationäre Betreuung der Kinder und Jugendlichen primär auf KIJU-Einheiten in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden Sonderfächern
- → Mitaufnahmemöglichkeit für 1 Begleitperson in ausreichender Anzahl (Eltern-Kind-Zimmer in KIJU-Einheit integriert, ggf. auch Eltern-Zimmer in Nähe der Kinder und Jugendlichen)
- → Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern bzw. Jugendlichen: enge Zusammenarbeit mit der jeweiligen Kinderschutzgruppe[94] in der KA
- → Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen KIJU, KJC und KJP sowie anderen FÄ jeweils behandlungsführender Sonderfächer insbes. CH, AU, HNO, URO, OR, UCH bzw. ORTR; weiters RAD und AN jeweils mit Zusatzqualifikation in der Versorgung von Kindern
- → Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) v.a. mit Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Diätologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie (jeweils mit Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche); Sozialarbeit
- → Für ABT KIJU, KJC und KJP: Zusammenarbeit mit KindergartenpädagogInnen, Lehrpersonal, Sonder- und HeilpädagogInnen, SozialpädagogInnen

PERSONAL UND AUSSTATTUNG für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Versorgungsstufen	KJZ	KJR	KJL	KJB
Personal – Anwesenheit				
FA KIJU in KA[1]	7/24	7/24	Tagdienst; NWF: Rufbereitschaft	Konsil
FA KJC in KA	gemäß KAKuG	ZA		
FA für AN/INT; bei KI 0-3a mit Zusatzkriterien für AN-KI[2] in KA	7/24[3]	Tagdienst	im Anlassfall	im Anlassfall
DGKP/DGKP (KIJU) - Normalpflege bei KJC-Leistungen gemäß LM KTyp1: mind. 50 % mit 2-jähriger Erfahrung in KJC	7/24[5]	7/24[5]	7/24[5]	im Anlassfall 7/24
DGKP (AN) mit Fortbildung[2] in Kinder-AN	Tagdienst; NWF: Rufbereitschaft	Tagdienst	im Anlassfall	im Anlassfall
Ausstattung	**altersgerechte Gestaltung und Ausstattung; Mitaufnahmemöglichkeit einer Begleitperson**			
Intensivversorgung (Dimensionierung in Abstimmung mit abgestufter Versorgung in der Geburtshilfe)	NICU und PICU gemeinsam mind. 6 Betten; NIMCU und PIMCU gemeinsam mind. 4 Betten	NICU und PICU fakultativ; NIMCU und ggf. PIMCU gemeinsam mind. 4[4] Betten	im Anlassfall weiterleiten	im Anlassfall weiterleiten
Isolierbereich/-zimmer	ABT	ABT	FSP	-
Kindergerechtes Instrumentarium (Größe)	ABT	ABT	FSP	KA
Kindergerechte OP-Ausstattung (z.B. für kindergerechte Lagerung)	KA	KA	KA	KA

[1] Ein FA für KIJU 7/24 für KIJU-ABT (im Rahmen von KJZ und KJR) mit einer NIMCU/NICU bzw. PIMCU/PICU
[2] Zusatzkriterien für AN bei Kindern in allen KTypen (inkl. KOZ) siehe → *Kapitel Anästhesiologische Versorgung*
[3] siehe → *Kap. 3.2.3.1 Anästhesiologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen*; Voraussetzung für Schwerpunkttätigkeit in Kinderanästhesie in KA des Typs 1 erfordert Erfahrung in AN-KI durch kontinuierliche Praxis von > 50 % der Arbeitszeit bzw. von > 2,5 Tagen / Woche mit Kindern unterschiedlichen Alters und breitem Spektrum von Eingriffen.
[4] In begründeten Ausnahmefällen Unterschreitung möglich (siehe auch → *Kap. 3.2.3.2 Intensivmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen*)
[5] unter Beachtung der Regelungen des GuKG, insbesondere §§ 17f

[94] § 8e KAKuG

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

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



In Sanatorien können Leistungen gemäß KTyp 4 sowie unter Einhaltung der Transformationsregeln maximal auch gemäß KTyp 3 an Kindern ab dem 2. LJ und Jugendlichen erbracht werden.

Dabei gelten die Anforderungen an die Kinder-Anästhesie gemäß Kapitel 3.2.3. zur Anästhesie für Kinder uneingeschränkt auch für Sanatorien.

3.2.3.4 Versorgung von Schwangeren, Neugeborenen und Wöchnerinnen (GH)

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

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte Versorgung

Perinatalzentrum (Maximalversorgung)

- Referenzzentrum für Geburtshilfe, Neonatologie, Neugeborenenchirurgie sowie pränatale Diagnostik und ggf. Therapie
- Versorgungsstruktur: ABT GGH, am Standort von KJZ mit ABT KJC
- Interdisziplinäre Einrichtung mit Schwerpunkt in der Geburtshilfe und Neonatologie (beide Einrichtungen in unmittelbar räumlicher Nachbarschaft) zur Versorgung von Müttern und Kindern mit pränatal diagnostizierten medizinischen Risikokonstellationen.
- Gesamtes Leistungsspektrum der konservativen und operativen Schwangerenbetreuung; gesamtes neonatologisches Leistungsspektrum, inkl. postnataler kinderchirurgischer Versorgung
- Frauen mit drohender Frühgeburt an der Grenze zur Lebensfähigkeit (SSW[95] 23+0 bis 24+6) sind, wann immer möglich, im nächstgelegenen Perinatalzentrum zu entbinden
- Ultraschalldiagnostik inkl. fetaler Gewebs- und Blutabnahme; Pränataltherapie am ungeborenen Kind
- Zyto- und molekulargenetische Untersuchungen und medizinisch-genetische Beratungen
- Sicherstellen des Zugangs für folgende Spezialdisziplinen: FÄ für Neurochirurgie sowie Spezialistinnen/Spezialisten für Kinderkardiologie, Neuropädiatrie und Urologie mit besonderen Kenntnissen bei der Behandlung von Kindern
- Sicherstellen der Zusammenarbeit mit einem Kinder-Herzzentrum

Schwerpunktversorgung

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

Schwerpunktversorgung Typ A

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

Schwerpunktversorgung Typ B

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

[95] SSW: Schwangerschaftswoche

Grundversorgung

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

Hebammengeburt (extramural)

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

Ambulanter Bereich

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

→ Möglichst Vermeidung von Neugeborenen-Transporten durch rechtzeitige Verlegung der Schwangeren (Antenataltransport)
→ Neugeborenen-Transport mit Inkubator dennoch für alle Versorgungsstufen der Geburtshilfe sicherzustellen
→ Geburtshilfe in KA nur an Standorten mit operativem gynäkologischem Leistungsspektrum
→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit in der Betreuung von Schwangeren, Neugeborenen und Wöchnerinnen erfahrenem Personal für Physiotherapie und Sozialarbeit; Opferschutzgruppe in KA
→ Regelmäßige Kontrolle von Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen gemäß Mutter-Kind-Pass (intra- und extramural)
→ Prozess- und Ergebnisqualität:
  → Für alle Frühgeburten < SSW 32+0 ist eine regelmäßige entwicklungsneurologische Nachuntersuchung im Sinne der Konsensusempfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde 2012[96] vorzusehen.
  → Durchführung von Risikotrainings in GH-Abteilungen aller Versorgungsstufen (SOPs)
  → Regelmäßige Schulung in Neugeborenen-Reanimation für das interdisziplinäre Team in KA
  → Nachweis regelmäßiger Schulungen für Neugeborenen-Reanimation und Risikotraining für extramural tätige Hebammen

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

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

[4] In zu begründenden Ausnahmefällen mit Beschluss der L-ZK auch weniger Betten möglich.

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

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

3.2.3.5 Trauma-Versorgung (TR)

im Rahmen des Fachbereichs Orthopädie und Traumatologie (ORTR)

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

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte Versorgung

Trauma-Zentrum (TRZ) – überregionale Versorgung

- Referenzzentrum; vorrangig an Zentral-KA oder Schwerpunkt-KA mit breiter Fächerstruktur, ggf. unter Einbeziehung von UKH
- Versorgungsstruktur: ABT UCH/ORTR, interdisziplinäre institutionalisierte Zusammenarbeit mit AN/INT, CH, NCH, NEU, PCH, GCH, TCH, AU, MKG, KIJU, KJC, HNO, URO, interventionelle RAD
- Behandlung von sämtlichen lebensbedrohlich verletzten Personen ab dem vollendeten 14. LJ (alle Verletzungskombinationen sowie Replantationen) mit Ausnahme von druckkammerpflichtigen Verletzungen und Schwerbrandverletzten
- Erstversorgung von druckkammerpflichtigen Verletzungen sowie Schwerbrandverletzten, dann zielgerichtetes Weiterleiten an die entsprechenden Spezialzentren
- Versorgung von schweren Schädel-Hirn-Verletzungen und spinalen Traumen mit Verletzungen Rückenmark/Cauda und den Hüllen durch institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen NCH und ORTR [97]
- Versorgung von lebensbedrohlich verletzten Kindern bis zum vollendeten 14. LJ in Kindertraumatologischem Referenzzentrum (KiTRZ) (siehe unten)
- Wenn am TRZ-Standort kein KiTRZ eingerichtet ist, Versorgung von nicht lebensbedrohlich aber schwerverletzten Kindern ab dem vollendeten 1. LJ in Zusammenarbeit mit ABT KIJU und NIMCU/PIMCU (KTyp 2)
- Vorbereitung auf die Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten bei Großschadenereignissen oder Katastrophen im Rahmen des Katastrophenschutzes, inkl. logistische Bereitstellung von Behandlungskapazitäten
- Koordination Trauma-Netzwerk (Qualitätssicherung, interklinische Fortbildung, Kommunikation, Organisation)

Trauma-Schwerpunkt (TRS) – regionale Versorgung

- Versorgungsstruktur: vorrangig in Schwerpunkt-KA mit ABT UCH/ORTR, sowie in UKH (sofern die entsprechenden Kriterien erfüllt sind)
- Behandlung von Schwerverletzten; Behandlung spezieller Verletzungen (z.B. urogenitale Verletzungen, Gesichtsschädel) entsprechend der Vorhaltung der Fachbereiche in der jeweiligen KA oder in Kooperation mit anderen KA
- Versorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen und spinalen Traumen in Zusammenarbeit zwischen NCH und ORTR, wobei schwere Schädel-Hirn-Verletzungen und schwere spinale Traumen im TRZ versorgt werden sollten.
- Erstversorgung von lebensbedrohlich Verletzten und zielgerichtetes Weiterleiten, wenn Primärtransport in ein Trauma-Zentrum nicht möglich war bzw. eine Versorgung am Standort nicht möglich ist.
- Erstversorgung von Schwerbrandverletzten, dann zielgerichtetes Weiterleiten an die entsprechenden Spezialzentren
- Versorgung von nicht lebensbedrohlich aber schwerverletzten Kindern ab dem vollendeten 1. LJ
- bis zum vollendeten 3. LJ nur in KA mit ABT KIJU und NIMCU/PIMCU (KTyp 2)

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

- ab dem vollendeten 3. LJ auch in KA ohne ABT KIJU und NIMCU/PIMCU, sofern kindgerechte Versorgung gewährleistet ist (KTyp 3 oder 4)
- Teilnahme am Trauma-Netzwerk
- Logistische Bereitstellung von Behandlungskapazitäten bei Großschadenereignissen oder Katastrophen im Rahmen des Katastrophenschutzes

Lokale Trauma-Grundversorgung (TRL)

- Versorgungsstruktur: ABT UCH/ORTR bzw. FSP, ORTR, ggf. UKH
- Unfallort-nahe Behandlung von Monotraumen und Extremitätenverletzungen ohne behandlungsbedürftige neurovaskuläre Begleitverletzungen sowie Überwachung nach Unfall
- Versorgung von darüber hinausgehenden Verletzungsmustern, wenn im Trauma-Netzwerk entsprechende Kriterien für den jeweiligen Standort festgelegt wurden
- Adäquate Erstversorgung und ggf. Erstbehandlung von Schwerverletzten (Damage Control Strategy) und zielgerichtetes Weiterleiten, wenn Primärtransport in einen Trauma-Schwerpunkt oder ein Trauma-Zentrum nicht möglich ist (während der Öffnungszeit)
- Versorgung von **Kindern** mit Leistungserbringung gemäß LM-stat KTYP 4, wenn keine KIJU-Versorgung am KA-Standort.
- Teilnahme am Trauma-Netzwerk

Kindertraumatologisches Referenzzentrum (KiTRZ)

- ausschließlich in KA mit TRZ und KJZ (ABT KIJU, NICU/PICU, KJC = KTyp 1) einzurichten
- Versorgung von lebensbedrohlich verletzten Kindern bis zum vollendeten 14. LJ (jedenfalls nach Ertrinkungsunfall, nach Schütteltrauma und nach schweren Verbrennungen, sofern diese nicht in BRA-Spezialzentren zu versorgen sind, vgl. Kap. 3.2.3.6)
- Teilnahme am Trauma-Netzwerk bzw. an Trauma-Netzwerken

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialarbeit, Psychotherapie/Psychologie; Notarzt-/Rettungsdienst; Kinder- und Opferschutzgruppe in KA

→ Festlegung von **Trauma-Netzwerken** (auch bundesländer- und staatsgrenzenübergreifend) auf Länderebene unter Einbezug der präklinischen Notfallversorgung (insbesondere des Rettungswesens) für eine bedarfsgerechte Behandlung von Verunfallten entsprechend dem Schweregrad der Verletzung am jeweiligen KA-Standort; schriftliche Vereinbarungen betreffend:
  → Festlegen von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten von KA des Trauma-Netzwerks unter Einbindung Notarzt-/Rettungsdienst (gemeinsame Rettungsleitstelle)
  → In jedem Trauma-Netzwerk muss der Zugang zu einem KiTRZ sichergestellt werden.
  → Verpflichtung zur Mit- und Weiterbehandlung im Netzwerk nach gemeinsam definierten Kriterien für:
    → Versorgungszuständigkeit jeder KA für verunfallte PatientInnen gemäß Versorgungsstufe
    → Weiterleitung von verunfallten PatientInnen, deren Versorgung in einer höheren Versorgungsstufe zu erfolgen hat
    → Übernahme von verunfallten PatientInnen aus einer KA mit einer für den Versorgungsbedarf zu niedrigen Versorgungsstufe
    → Übernahme von verunfallten PatientInnen aus KA der höheren in vorrangig wohnortnähere KA niedrigerer Versorgungsstufe (bis zum Erreichen der Entlassungsfähigkeit zur Entlastung von KA höherer Versorgungsstufen)
  → regelmäßige Netzwerktreffen (mind. 2 mal jährlich)
  → regelmäßige fachspezifische Fort- und Weiterbildung
  → Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen
  → Kooperation mit angrenzenden Trauma-Netzwerken
  → Zusammenarbeit mit weiteren in der Traumaversorgung tätigen Leistungserbringern

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG (Akutversorgung von Frischverletzten)

Versorgungsstufen	Trauma-Zentrum	Trauma-Schwerpunkt	Lokale Trauma-Grundversorgung
Personal (insbesondere Verfügbarkeit für Schockraum)			
FA AN/INT in KA	7/24		Anwesenheit während Öffnungszeit; dann Rufbereitschaft
FA UCH oder FA ORTR mit Schwerpunkt Traumatologie	7/24	7/24	Anwesenheit während Öffnungszeit; dann Rufbereitschaft
FA RAD in KA	7/24	7/24, ggf. Teleradiologie[1]	Rufbereitschaft, ggf. Teleradiologie[1]
TA-FA UCH/ORTR oder FA UCH oder CH	7/24		-
FA CH in KA	7/24	Rufbereitschaft	
FA NCH in KA[5]	7/24	Konsil, ggf. via Teleradiologie	-
FA NEU in KA[5]	7/24	Rufbereitschaft, ggf. via Telekonsil	-
FA GCH	Rufbereitschaft	-	-
FA KJC	ZA bzw. Rufbereitschaft[7]	ZA	-
FA HCH und/oder FA TCH, FA MKG, FA HNO, FA AU, FA URO, ggf. FA GGH	ZA	-	-
DGKP (AN) in KA	7/24		Rufbereitschaft
DGKP	7/24		
RadiologietechnologIn in KA	7/24		Rufbereitschaft
Ausstattung			
Schockraum	gemäß ICU 1 Grundausstattung; 2 Behandlungsplätze	gemäß ICU 1 Grundausstattung; 1 Behandlungsplatz	gemäß IMCU Grundausstattung; 1 Behandlungsplatz
Notaufnahme	7/24		während Öffnungszeit
Intensivversorgung	ICU 3 in KA; PICU4 in KA	ICU in KA; PIMCU [2,4]	IMCU
Notfall-OP	binnen 20 Min. verfügbar[3]	binnen 20 Min. verfügbar	während Öffnungszeit binnen 20 Min. verfügbar
CT	KA		ZA
MR	KA		ZA
Interventionelle RAD	KA	ZA	-
Helikopterlandeplatz	KA		KA[6]

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

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

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

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

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

[6] ggf. auch in räumlicher Nähe

[7] Rufbereitschaft bei Vorhaltung eines Kindertraumatologischen RFZ

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

SAN mit Unfall-Versorgung im Regelbetrieb – Akutversorgung von Frischverletzten: Leistungserbringung und deren Anforderungen haben jener in der oben beschriebenen lokalen Trauma-Grundversorgung zu entsprechen.

3.2.3.6 Schwerbrandverletztenversorgung (BRA)

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

VERSORGUNGSMODELL

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

- nur an Traumazentrum
- BRA-Einheit im Rahmen einer ICU 3 bzw. PICU, dabei jederzeitige Verfügbarkeit der Betten für Brandverletzte.
- Einbindung in Traumanetzwerk mit zentraler Koordination: Nach primärer Versorgung sollte zum frühestmöglichen Zeitpunkt die Verlegung in ein Spezialzentrum für Schwerbrandverletzte erfolgen
- Leistungsumfang[98]:
  - sicher oder fraglich operationspflichtige Verbrennungen (2b. und 3. Grades von mehr als 10 % der Körperoberfläche unabhängig von Alter) oder entsprechende Schädigung durch chemische Substanzen oder Strom mit Lokalisation im Gesicht, am Hals, an der Hand, am Fuß, im Bereich der Achselhöhlen, über großen Gelenken oder im Genitalbereich sowie bei Vorerkrankungen (PatientInnen, bei denen Begleiterkrankungen und/oder -verletzungen Einfluss auf das Behandlungsergebnis nehmen können); zirkumferente Verbrennungen; Inhalationstraumata, auch in Verbindung mit leichten äußeren Verbrennungen

Erwachsene: zusätzlich Verbrennungen ab 2. Grades von 15 Prozent und mehr

Kinder: zusätzlich Verbrennungen ab 2. Grades von 5 Prozent (bei oben genannten Lokalisationen) und mehr

- Verbrennungsähnliche Syndrome (z.B. nekrotisierende Fasziitiden) mit Bedarf an großflächigem Hautersatz, ggf. auch in Abstimmung mit DER
- Forschung und Lehre, inkl. Ausbildung zur präklinischen Versorgung und innerklinischen Erstversorgung
- Prävention von Brandverletzungen
- Zentrale Leitstelle für freie Betten in Brandverletztenzentren in Österreich (Einbindung in europäisches Netzwerk) auch in Vorbereitung auf die Bewältigung eines Massenanfalls von Brandverletzten im Rahmen des Katastrophenschutzes

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit von UCH/ORTR, PCH, AN/INT; bei Behandlung von Kindern auch KIJU und KJC, sowie Beiziehen der entsprechenden Sonderfächer bei Bedarf
→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Klinische Psychologie/Psychotherapie, Diätologie, Logopädie und Sozialarbeit im Team, wobei der Umfang der Betreuung im Gegensatz zu anderen Bereich sehr hoch ist
→ Rehabilitation und Nachsorge von Brandverletzten[99]:
  → Akutbehandlung und Akut-Nachbehandlung mit intensiver therapeutischer Intervention in den Schwerbrandverletztenzentren
  → Enge Zusammenarbeit von Rehabilitationszentren mit den Schwerbrandverletztenzentren
  → Einrichtung einer Nachsorgesprechstunde
  → Durchführen von Korrektureingriffen in Schwerbrandverletztenzentren

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

[1] Gilt nur für Zentren, die Kinder und Jugendliche versorgen.

[2] ersatzweise Einzelzimmer mit OP-Reinluftklasse / Schleusensystem und Möglichkeit der Über- bzw. Unterdruckklimatisierung

3.2.3.7 Erkrankungen des Nervensystems (NEU, NCH, Spezialzentren)

A. Neurologie (NEU)

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

VERSORGUNGSMODELL

Abteilung für Neurologie

- Infrastruktur: Elektrophysiologie (EEG, EMG, NLG[100]), Evozierte Potenziale, Neurosonographie; Zugang zu Neuroimaging-Verfahren (insbesondere CT, MR, DSA, SPECT, PET/CT)
- Personalausstattung mit einem multiprofessionellen Team (siehe spezifische Qualitätskriterien); Personal-Anwesenheit gemäß KAKuG

Stroke Unit (SU)

- Mit einer NEU-Abteilung[101] verpflichtend und nur im Rahmen einer NEU-Abteilung einzurichten
- Behandlung von PatientInnen mit Schlaganfall, und transitorischer ischämischer Attacke (TIA); Nachbehandlung von PatientInnen nach endovaskulärer Therapie cerebrovaskulärer Erkrankungen
- Implementieren von SOPs gemäß Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall[102] (inkl. Einbeziehen einer zentralen Aufnahmeeinheit)
- Teilnahme am Stroke-Unit-Register
- Institutionalisierte Zusammenarbeit: FA RAD mit Erfahrung in interventioneller Radiologie, FA IMKAR, FA NCH, FA GCH
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) insbesondere mit Personal für Psychologie mit besonderen Kenntnissen in Neuropsychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie

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

- in einer NEU-Abteilung einzurichten[101,103,104]
- Behandlung von PatientInnen nach neurologischen Akutereignissen, die zumindest intermittierend schwer bewusstseinsgestört, aber nicht mehr dauernd kontrolliert zu beatmen sind und/oder keine oder nur sehr geringe Kooperationsfähigkeit und/oder vollkommene oder weitgehende Unselbstständigkeit bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens aufweisen
- Komplikationen und notfallsartige Verschlechterungen sind häufig und können jederzeit intensivmedizinische Interventionen notwendig machen

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

- in einer NEU-Abteilung bzw. über eine Kooperation an einem anderen KA-Standort oder mit Strukturen der medizinischen Rehabilitation im Sinne des ASVG
- Behandlung von PatientInnen nach neurologischen Akutereignissen, die ausreichend kooperativ sind und jedenfalls eine beschränkte Zeit des Tages aktiv an therapeutischen Maßnahmen teilnehmen können
- Bewältigbarkeit zumindest einiger Aktivitäten des täglichen Lebens

[100] EEG: Elektroenzephalographie; EMG: Elektromyographie; NLG: Nervenleitgeschwindigkeit

[101] Ausnahme: wenn Stroke Unit oder NEU-ANB/B in räumlicher Nähe unter Einhaltung des Erreichbarkeitsrichtwerts für NEU verfügbar ist.

[102] https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard-Integrierte-Versorgung-Schlaganfall.html

[103] Bei bestehender dislozierter SU ist die Vorhaltung einer NEU-ANB Stufe B am Standort der SU möglich.

[104] In neurologischen Abteilungen in Sonderkrankenanstalten der Akutversorgung können NEU-ANB/B und NEU-ANB/C auch unabhängig von einer Stroke Unit eingerichtet werden.

- Keine Aspirationsgefahr, aber zu einem erheblichen Teil von pflegerischer Hilfe abhängig
- Begleiterkrankungen bzw. -verletzungen dürfen die notwendigen therapeutischen Maßnahmen nicht verbieten oder behindern
- Therapieanforderung[105]: tägliche, zumindest dreistündige Behandlung durch diplomierte Fachkräfte insbesondere Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, DGKP und Sozialberatung; Patientenschulung
- Nahtstellenmanagement: Organisation von Hilfsmitteln; Nachsorgemaßnahmen

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachbereichen IM-KAR, KIJU, PSY, NCH, GCH, RAD, NUK
→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Klinischer Psychologie mit besonderen Kenntnissen in der Neuropsychologie, Radiologietechnologie, Biomedizinische Analytik, Orthoptik, Diätologie, Sozialarbeit
→ Multiprofessionelles Team mit speziellen Kenntnissen und Fertigkeiten in der Neurorehabilitation inkl. der erforderlichen Methodik und der apparativen Ausstattung

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

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

[105] siehe auch Rehabilitationsplan

B. Neurochirurgie (NCH)

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

VERSORGUNGSMODELL

Abteilung für Neurochirurgie

Vorrangig an Zentral- und Schwerpunkt-KA

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

Zentrum für Neuro-Radiochirurgie

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

Spezialzentrum

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

Versorgungseinheit	NCH-Abteilung
Personal – Anwesenheit	
FA NCH[1]	7/24
FA AN/INT in KA	7/24
Ausstattung	
Operationsbereitschaft	7/24
Intensivversorgung	ICU 2 in KA
Bildgebende Verfahren (inkl. CT, MR) in KA	7/24 in KA
Angiographie (inkl. CT und MR-Angiographie) in KA	7/24 in KA
OP-Mikroskop	OP
Neuronavigation	OP
Bildwandler und intraoperative Bildgebung	OP
Intraoperatives elektro-physiologisches Monitoring	OP
Ultraschall-Gewebszertrümmerer	OP
Transkranielle Dopplersonographie	OP
Stereotaxiesystem	OP
Neuropathologische Befundung (inkl. Schnellschnittbefundung)	ZA
ICP-Monitoring[2]	ABT NCH
intrakranielle Dopplersonographie	KA

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

C. Neurologisch-Neurochirurgische Spezialzentren[106]

VERSORGUNGSMODELL

Allgemeines zur Rolle der folgenden Spezialzentren

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

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

Prächirurgische Diagnostik, neurochirurgische Behandlung und postoperatives Management und Langzeitnachbehandlung von Personen mit Erkrankungen des extrapyramidalmotorischen Systems (EPMS)[107]

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

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

Spezialzentrum für präoperative Epilepsiediagnostik und Epilepsiechirurgie

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

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

Spezialzentrum für endovaskuläre Neurointervention

Endovaskuläre Behandlung von zerebrovaskulären Erkrankungen

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



PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

3.2.3.8 Psychische Erkrankungen (PSY, KJP)

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

- Versorgungsgrundsätze
- Achtung der Menschenrechte und Patientenbeteiligung in der Behandlungsplanung sowie Einbezug der Perspektive von An- und Zugehörigen
- Recovery- und Ressourcenorientierung
- Inklusiver bio-psycho-sozialer Zugang
- Prävention stärken
- Multiprofessionelle Versorgungskonzepte
- Dezentralisierung nach Maßgabe der geographischen Verhältnisse
- Regionalisierte Versorgung (inkl. Maßnahmen nach UbG)
- Gemeindenähe und -integration
- Ambulante Versorgung stärken
- „Tagesklinisch (ambulante Tagesbehandlung) vor vollstationär“
- „Digital vor ambulant vor stationär“ - keine ausschließlich digitale Behandlung
- Ergänzende telemedizinische Versorgung und digitale Gesundheitsanwendungen
- Konsiliar-Liaison Versorgung
- Integration in die Primärversorgung
- Vernetzung der Versorgungsbereiche

VERSORGUNGSMODELL

Modulare Versorgung

- Vorrangig multiprofessionelle niederschwellige Versorgungsangebote im ambulanten Bereich
- Umsetzung der Angebote im komplementären Bereich (Sozialbereich) in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen und den gesetzlich vorgegebenen Zuständigkeiten
- Bilden von regionalen sozialpsychiatrischen Netzwerken bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Netzwerken unter Einbeziehung aller Anbieterstrukturen (inkl. Sozial- und Behindertenbereich, Kinder- und Jugendhilfe); vgl. Leitfaden für den Aufbau und die Umsetzung regionaler Netzwerke für die psychosoziale Versorgung Kinder und Jugendlicher sowie junger Erwachsener[108]; jeweils landesweite Netzwerkkoordination;
- Ein Zusammenschluss von Konsiliar- und Liaisondiensten für PSY und PSO durch Berufsgruppen mit psychosozialer Kompetenz ist anzustreben (Klinische Psychologie; Psychotherapie; ÄrztInnen mit PSY II oder PSY III Diplom bzw. mit Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin, FA für PSY)
- Laufende Evaluierung des Auf- und Ausbaus der ambulanten, tagesklinischen/tagesambulanten, stationären und komplementären Versorgung

[108] https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3691/

Versorgungsbereiche

Versorgungsbereich	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Abhängigkeitserkrankungen
Intramural	– Stationärer Bereich inkl. UbG – Tagesklinik/ambulante Tagesbehandlung (auch disloziert) – Ambulanz (auch disloziert) – Konsiliar- und Liaisondienst für KA		– Stationärer Bereich – Tagesklinik/ambulante Tagesbehandlung (auch disloziert) – Ambulanz (auch disloziert)
Extramural (siehe auch Kapitel 3.1 Ambulante Versorgung	– AM/PVE – FA PSY bzw. KJP[1] – Therapeutische Versorgung – Psychologische Versorgung – Psychotherapeutische Versorgung		
	– Psychosoziale Versorgungseinrichtungen mit FA PSY (niederschwellige Versorgung für Erwachsene; mind. 1 Einrichtung/VR) – Not- und Krisendienst – Konsiliar-/Liaisondienst für Einrichtungen des Sozialbereichs (inkl. Pflegeeinrichtungen, Wohnungslosenhilfe, Behindertenhilfe) – Mobile Einheiten zur aufsuchenden Behandlung (z.B. Home-Treatment)	– KJP-Ambulatorien (niederschwellige, multiprofessionelle Versorgung) – Konsiliar-/Liaisondienst von FA KJP für entwicklungspädiatrische Ambulatorien, Einrichtungen des Sozialbereichs (inkl. der Behindertenhilfe), der Suchthilfe, der stationären Kinder- und Jugendhilfe, (Wohneinrichtungen) – Mobile Einheiten der KJP zur aufsuchenden Behandlung (z.B. Home-Treatment)	– Erste Anlaufstellen zur Beratung, Behandlungsmotivation, Behandlungsvorbereitung von Abhängigkeitserkrankungen (z.B. Drogenberatungsstellen) – Niederschwellige Einrichtungen mit nicht primär abstinenzorientiertem Angebot – Ambulante Therapieeinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen – Einrichtungen zur Nachsorge und Nachbetreuung von Abhängigkeitserkrankungen
komplementär	– Psychosoziale Beratungsstellen (niederschwellige Anlaufstellen) inkl. digitale/telemedizinische Angebote – abgestuft betreutes Wohnen – abgestufte Arbeitsmöglichkeiten – Tagesstruktur	– Psychosoziale Beratungsstellen (niederschwellige Anlaufstellen) inkl. digitale/telemedizinische Angebote – Voll- und teilbetreute Wohnformen – Abgestufte Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten – Krisenzentren/Kinderschutzzentren – Angebote zu „Frühen Hilfen“ – Mobile sozialarbeiterische/ sozialpädagogische Dienste	– Spezielle Einrichtungen im Bereich Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur

[1] vorrangig in multiprofessionellen niederschwelligen Versorgungsangeboten im ambulanten Bereich

Allgemeinpsychiatrische Versorgung von Erwachsenen in KA

- Allgemeine akutpsychiatrische Versorgung (inkl. tagesklinische Versorgung/ambulante Tagesbehandlung) von Personen ab dem vollendeten 18 LJ; bei entsprechender Expertise im Adoleszentenbereich ab dem 15. LJ. Wahlfreiheit, wobei die Wahl des Behandlungssettings aus entwicklungspsychologischer Sicht erfolgen sollte.
- Sicherstellen der Transition in Zusammenarbeit mit KJP ab 16 Jahre
- Akute alterspsychiatrische Versorgung
- Akute Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (akuter Entzug), ggf. in Kooperation mit ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe
- Exklusive forensische Psychiatrie
- Exklusive Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen

Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung (KJP)

- Formale Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche von der Geburt bis zum vollendeten 18. LJ; bei entsprechender Expertise im Adoleszentenbereich ab dem vollendeten 14. LJ. Wahlfreiheit, wobei die Wahl des Behandlungssettings aus entwicklungspsychologischer Sicht erfolgen sollte
- Sicherstellen der Transition in Zusammenarbeit mit Erwachsenenbereich ab 16 bis max. 25 Jahre
- Maßnahmen nach UbG bei Kindern und Jugendlichen (bis zum vollendeten 18. LJ) an KJP bzw. ab 16 Jahren Transition

Spezialversorgung von Abhängigkeitserkrankungen

- Zielgruppe sind PatientInnen, die nach ICD-10 bzw. ICD-11 die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllen
- Behandlung von substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente) als auch von nicht substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (z.B. Spiel-, Internet-, Kaufsucht etc.)
- Abstimmung der Planungen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich bzw. der Suchtkoordination (inkl. Sicherstellung von Angeboten für nicht substanzgebundene Abhängigkeitserkrankungen in den Suchtberatungsstellen) im Sinne einer Gesamtplanung erforderlich
- Spezielle Angebote für Jugendliche und suchtkranke Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Für Erwachsene

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit von FA PSY, ÄrztInnen mit PSY-Diplom II/III bzw. mit Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin, AM/PVE, KJP (Transition), mit stationären Einrichtungen, ambulantem extramuralem Bereich, (komplementären) Einrichtungen im Sozialbereich, Patientenvertretung, Erwachsenenvertretung, Gerichte, Patientenanwaltschaft gemäß UbG, Selbsthilfegruppen, Betroffenen und Angehörigen sowie deren Vertretung, Peers der Suchthilfe sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst

→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) im Team mit DGKP, insbesondere mit Berechtigung in der Spezialisierung „Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege“ sowie Personal für Klinische Psychologie, Psychotherapie, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Physiotherapie, Heilpädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, klinische Pharmazie

Für Kinder und Jugendliche

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit von FA KJP, ÄrztInnen mit PSY-Diplom II/III bzw. mit Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin mit Kinder- und Jugendabteilungen, Erwachsenenpsychiatrie (Altersgrenzen, Transition) sowie mit Einheiten der Psychosomatik für Säuglinge, Kinder und Jugendliche; ambulantem extramuralem Bereich, (komplementären) Einrichtungen im Sozialbereich, Kinder und Jugendhilfe; Patientenanwaltschaft gemäß UbG, mit Angehörigen sowie deren Vertretern, Suchthilfe

→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit DGKP, insbesondere mit Berechtigung in der Spezialisierung „Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege“ oder DGKP (KIJU), PädagogInnen und Personal für Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Klinische Psychologie, Psychotherapie, Musiktherapie (jeweils mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen), Diätologie, Heilpädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit

PERSONAL, AUSSTATTUNG UND LEISTUNGSBEREICHE

Versorgungsbereich	Psychiatrie	Kinder- und Jugend-psychiatrie	Abhängigkeits-erkrankungen
Personal – Anwesenheit in KA			
FA PSY	gemäß KAKuG	-	Tagdienst, NWF Rufbereit-schaft
TA-FA PSY oder AM	-	-	7/24
FA KJP	-	gemäß KAKuG	-
DGKP (mit Berechtigung in den Spezialisie-rungen lt. GuKG)	7/24		
Raumangebot und -ausstattung			
Patientenzimmer	wohnliche Gestaltung; Mitaufnahmemöglichkeit von Säuglingen und Kleinkindern; für UbG: Ausstattung mit geringem Gefährdungs-potenzial; vorzugsweise 1- und 2-Bett-zimmer	Wohnliche Gestaltung altersstufengerecht Mitaufnahmemöglichkeit von Bezugspersonen Eltern-Kind-Einheit(en); für UbG: Ausstattung mit ge-ringem Gefährdungspotenzial; vorzugsweise 1- und 2-Bett-zimmer	wohnliche Gestal-tung
Räumlichkeiten für Einzel- und Gruppenangebote, multifunktionell nutzbar	berufsgruppenspezifisch und zielgruppenspezifisch ausgestattete Räume (siehe Berufsgruppen „Spezifische Qualitätskriterien“)		
Krisenraum/Deeskalationsraum	ruhige/reizarme Atmosphäre, verletzungssichere Ausstattung		-
Heilstättenschule/-kindergarten	-	in KA	-
Räume für soziale Aktivitäten	multifunktionell nutzbar (Aufenthalt, Essen, etc.)		
Außenbereich	Gesundheitsförderlich ausgestalteter Außenbereich; zusätzlich geschützter Außenbe-reich für UbG-PatientInnen		
Leistungsbereiche der Vollversorgung			
Multimodale Therapie	pro PatientIn und Werktag: in der Regel 3 Therapieeinheiten als Gruppen- oder Einzel-therapie		
Richtwert Gruppengröße bei Gruppenthera-pien	max. 12 Pat. abhängig von An-zahl der TherapeutInnen	max. 8 Pat., abhängig von Alter der Pat. und Anzahl der TherapeutIn-nen	max. 12 Pat. ab-hängig von An-zahl der Thera-peutInnen
Krisenintervention/ Notfallpsychiatrie	X	X	X
Aufnahme/Unterbringung gemäß UbG nach regionaler Zuständigkeit	X	X bis zum vollendeten 18. LJ bzw. ab 16 Jahren Transition	-
Psychiatrische Intensivtherapie Schwerst-kranker	X	X	-
Komplexe Pharmakotherapie	X	X	X
Elektrokonvulsionstherapie (EKT)	X optional festzulegen	-	-
Ambulante Tagesbehandlung und/oder am-bulante tagesstrukturierende Behandlung	X	X	X
Eltern-Kind-Behandlung	-	X	X
Peripartale Psychiatrie	X	-	-
Entlassungsmanagement	X	X	X
Psychoedukation/psychosoziale Sensibilisie-rung	X	X	X
Sozialpädagogische Angebote	bedarfsabhängig, insb. Transition	X	bedarfsabhängig
Sozialarbeiterische Beratung und Hilfestel-lung inkl. Abklärung der materiellen Grund-versorgung	X	X	X
An- und Zugehörigenarbeit	X	X	X
Nahtstellenmanagement (z.B. Helferkonfe-renz, Case Management)	X	X	X
Peer-Support	X	(X)	X
Sport- und bewegungstherapeutische Ange-bote	X	X	X

3.2.3.9 Krebserkrankungen (ONK, KJONK, STR, SZT)

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

Einen Überblick über die wichtigsten Handlungsfelder in der Onkologie liefert das nationale Krebsrahmenprogramm[109].

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte und modulare Versorgung

Onkologisches Zentrum (ONKZ)

- Referenzzentrum
- Versorgungsstruktur: vorrangig in KA der Zentralversorgung

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

Onkologischer Schwerpunkt (ONKS)

- Versorgungsstruktur: ausschließlich in KA mit Schwerpunktversorgung.
- Vorhaltung der im interdisziplinären Team (Tumorboard) vorgesehenen Fachbereiche sowie weiterer onkologisch tätiger Sonderfächer gemäß Tabelle, zumindest Chirurgie, Gynäkologie inklusive
  - Schwerpunkt für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKS) mit Fachabteilung für Innere Medizin mit internistischer Onkologie und Hämatologie
  - Strahlentherapie-Radioonkologie in räumlicher Nähe

[109] Nationales Krebsrahmenprogramm siehe: https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Nationales-Krebsrahmenprogramm.html

- Diagnostik und Therapie onkologischen Erkrankungen entsprechend den vorgehaltenen Fachbereichen mit Ausnahme der dem ONKZ vorbehaltenen Diagnostik und Therapieverfahren
- Durchführen klinischer Studien
- Verpflichtung zur Ausbildung
- Zusammenarbeit mit ONKZ ist sicherzustellen
- Regionale Koordinationsfunktion innerhalb des jeweiligen Fachbereichs sowie auch fachübergreifend

Assoziierte onkologische Versorgung (ONKA)

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

Ambulante Versorgung extramural

- Leistungserbringung gemäß Versorgungsauftrag (ausgenommen Pilotprojekte): Primärprävention, Früherkennung, Diagnostik, kleine Eingriffe, Nachsorge sowie Therapie, sofern diese nicht fachlich primär im intramuralen ambulanten Bereich erbracht werden soll
- Bei entsprechendem Versorgungsauftrag ist die therapeutische Qualität und Patientensicherheit bei der Leistungserbringung durch den Leistungserbringer zu gewährleisten
- Zuweisung von PatientInnen an eine geeignete KA zur Registrierung im Tumorboard
- Vernetzung mit ONKS und ONKZ
- Teilnahme an öffentlich finanzierten Screening- und Früherkennungsprogrammen inkl. Früherkennung von Brustkrebs gemäß „Brustkrebs-Früherkennungsprogramm“ [110]

Brustkrebsversorgung

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

Brustgesundheitszentrum (BRZ)

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

Affiliierter Partner (AP) eines Brustgesundheitszentrums

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

[110] siehe:
https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Brustkrebs-Früherkennungsprogramm.html
https://www.frueh-erkennen.at/

Spezialzentrum für neuroonkologische Erkrankungen (NONKZ)

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

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



Onkologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (KJONK)

Früherkennung, Diagnostik, Planung und Durchführung der Therapie und Festlegung der erforderlichen Nachsorge für Kinder und Jugendliche (bis zum vollendeten 18. LJ) mit hämatologisch-onkologischen und/oder onkologischen Erkrankungen

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

Referenzzentrum mit ÜRVP

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

Stammzelltransplantation (SZT)

Transplantation (TX) von blutbildenden Stammzellen (SZ)

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

Referenzzentrum

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

- Leistungserbringung gemäß LM (SZT all bzw. aut)
- SZT für Kinder (bis zum vollendeten 18. LJ): Einrichtung an KJONK



- SZT für Erwachsene: Einrichtung vorrangig an ONKZ
- Richtlinien zur Stammzelltransplantation[111] i.d g F. sind einzuhalten
- Verpflichtende Mitgliedschaft in EBMT (European Group of Blood and Marrow Transplantation)
- Zumindest Zentren, in denen allogene SZT durchgeführt werden, benötigen eine Akkreditierung gemäß EBMT (JACIE – Joint accreditation committee isct ebmt)

[111] Information: https://transplant.goeg.at/stammzellenspende

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

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

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

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

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

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

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

→ Prozessqualität:
- → Einrichtung von **interdisziplinären Tumorboards** zur interdisziplinären Beratung und gemeinsamen Festlegung von Diagnostik und Therapien bei malignen Neuerkrankungen:
  - → Zusammensetzung aus VertreterInnen der Inneren Medizin / Hämato-Onkologie bzw. FÄ für KIJU mit Additivfach oder Spezialisierung Pädiatrische Hämatologie und Onkologie (KIJU-ONK), des jeweils zuständigen Organfaches, der Radiologie, der Strahlentherapie-Radioonkologie und der Pathologie mit Gleichberechtigung der beteiligten Fachrichtungen im Tumorboard; Teilnahme eines Arztes/einer Ärztin mit PAL-Qualifikation anzustreben
  - → Organisatorische Umsetzung ist an die jeweiligen lokalen und regionalen Gegebenheiten anzupassen (z.B. Videokonferenzen, Telefonkonferenzen)
  - → Registrierung jeder Person bei Erstauftreten einer malignen Neuerkrankung mit Meldung gemäß Krebsstatistikgesetz
  - → Erstellen einer Geschäftsordnung gemäß Rahmengeschäftsordnung des Onkologiebeirats[112], speziell zur Festlegung, unter welchen Voraussetzungen eine registrierte Person im Tumorboard nicht zu besprechen ist
  - → In ONKZ bzw. ONKS auch mehrere entitätsspezifische Tumorboards (z.B. Mamma)
- → Die Registrierung bzw. Besprechung gemäß Geschäftsordnung im Tumorboard sollte unmittelbar nach Diagnosestellung vor Therapiebeginn erfolgen, um sämtliche Therapieoptionen zu erwägen.
- → Wenn im weiteren Krankheitsverlauf mehrere fachspezifische Therapieoptionen (z.B. medikamentös, chirurgisch, radioonkologisch, interventionell radiologisch etc.) bestehen, sind verpflichtend interdisziplinäre Fallbesprechungen zwischen diesen Fachbereichen abzuhalten bzw. ist der/die PatientIn neuerlich im Tumorboard zu besprechen.
- → Anordnung von medikamentösen Tumortherapien nur von ÄrztInnen mit Nachweis der nötigen Ausbildung und Erfahrung
- → Durchführung „onko-chirurgischer" sowie interventioneller Verfahren durch ÄrztInnen innerhalb ihres Sonderfaches mit der nötigen Ausbildung und Erfahrung
- → Festlegung durch den Krankenanstaltenträger, welche Abteilung innerhalb einer KA für welche onkologischen Leistungen zuständig und verantwortlich ist (unter Berücksichtigung der definierten Qualitätskriterien und der Behandlungssicherheit)



PERSONAL UND AUSSTATTUNG

Versorgungsstufen	ONKZ	ONKS	ONKA	KJONK
Leitung				
IONK/KJONK: Ärztliche Leitung	FA IM-ONK (eigene ABT)	FA IM-ONK	FA IM-ONK	FA KIJU-ONK
SZT: Leitung und Stellvertretung	FA IM-ONK oder FA KIJU-ONK mit zumindest 2-jähriger Erfahrung an SZT-Zentrum			
Personal – Anwesenheit				
IONK: FA IM-ONK	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft (tägl. Visite)	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft1 (tägl. Visite)	Tagdienst	-
KJONK: FA KIJU-ONK	-	-	-	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft (tägl. Visite)
FA STR	Tagdienst	Tagdienst oder Konsiliar	-	-
Psychoonkologische Betreuung	Tagdienst		mind. 1 abh. von Anzahl der ONK Pat.	Tagdienst
Im Team: DGKP mit Weiterbildung in onkologischer Pflege und DGKP mit Weiterbildung/ Spezialisierung in „Hospiz- und Palliativversorgung"	>1 pro ABT abh. von Anzahl der ONK Pat.		empfohlen	-
Im Team: DGKP mit Weiterbildung in onkologi-scher Pflege und DGKP (KIJU) mit Weiterbil-dung/Spezialisierung in „Hospiz- und Palliativ-versorgung"	-	-	-	>1 pro ABT abh. von Anzahl der ONK Pat.

[112] siehe https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Nationales-Krebsrahmenprogramm.html

Versorgungsstufen	ONKZ	ONKS	ONKA	KJONK
SZT: FA IM-ONK oder FA KIJU-ONK mit zumindest 2-jähriger Erfahrung an SZT-Zentrum	Tagdienst; NWF Rufbereitschaft		-	Tagdienst; NWF Rufbereitschaft
SZT: DGKP/DGKP (KIJU) mit entsprechender Erfahrung	7/24		-	7/24
Ausstattung				
Onkologische Ambulanz/Tagesklinik	KA	KA		KA
Intensivversorgung	ICU 2 in KA	ICU in KA	IMCU in KA	PICU in KA
Dialyse/Hämofiltration	KA	ZA	ZA	ZA
Schmerzmanagement	KA	KA	KA	KA
MR	KA	ZA	ZA	ZA
Szintigraphie (Sentinel)	KA	ZA	ZA	ZA
SPECT (falls kein PET/CT in KA verfügbar)	KA	ZA	ZA	ZA
PET/CT	KA	ZA	ZA	ZA
Zytologie, Histologie, Immunhistochemie, Immunzytologie, Molekularbiologie	KA	ZA	ZA	ZA
Gefrierschnittuntersuchung (intraoperativer Schnellschnitt); Befundung auch via Telepathologie möglich	KA	KA	ZA	KA
Infektionsdiagnostik	ZA	-	-	ZA
Drug-Monitoring	ZA	-	-	ZA
Zentrale Zytostatikaaufbereitung	KA	ZA	ZA	ZA
Spezielle genetische Diagnostik	ZA			
Genetische Beratung	KA	ZA	ZA	KA
Transfusionsmedizinische Einrichtung	KA	ZA		
Onkologische Rehabilitation	ZA			
Palliativ- und/oder Hospizeinrichtung	ZA			

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

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

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

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

Für onkologische Behandlungen in Sanatorien sind jedenfalls die Anforderungen der assoziierten onkologischen Versorgung (ONKA) zu erfüllen. PatientInnen mit malignen Neuerkrankungen sind jedenfalls vorab in einem Tumorboard zu registrieren und gemäß Geschäftsordnung (in Umsetzung der Rahmengeschäftsordnung des Onkologiebeirats) zu besprechen. Die Empfehlungen des Tumorboards sind in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

3.2.3.10 Nierenerkrankungen (NEP, DIA)

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

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte Versorgung

Zentrum für Nierenkrankheiten (NEPZ)

- Referenzzentrum
- Versorgungsstruktur: vorrangig in Zentral-KA mit ABT für Innere Medizin mit Hauptschwerpunkt Nephrologie, inkl. Nierenersatztherapie
- Betreuung aller Nierenkrankheiten, insbesondere aber
  - jener, die mit hohem diagnostischen oder therapeutischen Aufwand verbunden sind,
  - von PatientInnen vor/nach NTX (inkl. TX-Immunologie (Koop. EUROTRANSPLANT, HLA[113]-Labor)
- Regionale Koordinationsfunktion für NEPS und DIA sowie für andere Abteilungen mit fachspezifisch zu versorgenden PatientInnen (z.B. Auswahl Therapieverfahren, Patientenschulungen)
- NEPZ an Krankenanstalten der hochspezialisierten Versorgung
- In Ballungsräumen ist die Bildung eines NEPZ durch mehrere Krankenanstalten mit geeigneten Kooperationen und Abstimmung des Leistungsangebotes möglich

Schwerpunkt für Nierenkrankheiten (NEPS)

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

Dialyseeinheit (DIA)

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

Kinderdialyse (KiDIA)



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

[113] HLA: humanes Leukozyten Antigen

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

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

Personalschlüssel für chronische Dialyseversorgung (exkl. Akut- und Risikodialysen)	
Ärztliches Personal	• Je nach HDia Platzzahl pro Dialyseeinheit: • Einheiten < 12 HDia Plätze: 1 VZÄ für 300 Hämodialysen pro Monat • Einheiten ≥ 12 HDia-Plätze: 1 VZÄ für 350 Hämodialysen pro Monat • Einheiten ≥ 20 HDia-Plätze: 1 VZÄ für 450 Hämodialysen pro Monat • PDia: 1 VZÄ pro jährlich 40 kontinuierlich betreute PDia-PatientInnen
DGKP[1]	• DIA extra- und intramural allgemein: 1 VZÄ für 60 Hämodialysen pro Monat • bei intramural > 2.000 HDia/Monat[2] bzw. • bei extramural > 900 HDia/Monat[2]: 1 VZÄ für 80 Hämodialysen pro Monat • PDia: 1 VZÄ pro jährlich 15 kontinuierlich betreute PDia-PatientInnen

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

[2] Anzahl HDia/Monat/DIA-Einheit:
2.000 HDia intramural ergeben sich bspw. bei einem i.d.R. 3-2-Schichtbetrieb mit ca. 85 % Auslastung und HDia-40 Plätzen
900 HDia extramural ergeben sich bspw. bei einem i.d.R. 2-2-Schichtbetrieb mit ca. 95 % Auslastung und HDia-20 Plätzen

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

A. Kardiologie - endovaskulär (KAR)

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

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte Versorgung

Zentrum für endovaskuläre Kardiologie (KARZ)

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

Schwerpunkt für endovaskuläre Kardiologie (KARS)

- Versorgungsstruktur: ABT für IM mit Schwerpunkt Kardiologie bzw. IM-KAR und COR an KA-Standort
- Durchführung invasiv-diagnostischer kardiologischer Maßnahmen sowie elektiver und akuter[114] interventioneller Maßnahmen
- „Herzchirurgischer Backup“ über Kooperationsvereinbarung HCH gemäß ÜRVP

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

[1] ICD: implantierbarer Kardioverter/Defibrillator

[114] Unbeschadet der Transformationsregel für Sanatorien in Kapitel 3.2.3

B. Herzchirurgie (HCH)

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

VERSORGUNGSMODELL

Referenzzentrum mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

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

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

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

VERSORGUNGSMODELL

Referenzzentrum mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP)

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

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

D. Gefäßchirurgische Versorgung (GCH)

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

VERSORGUNGSMODELL

Abgestufte Versorgung

Zentrum für Gefäßchirurgie (GCHZ):

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

Schwerpunkt für Gefäßchirurgie (GCHS):

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

3.2.3.12 Thoraxchirurgie (TCH)

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

VERSORGUNGSMODELL

Referenzzentrum

Folgende Eingriffe nur an KA-Standorten mit HCH:

- Organüberschreitenden Resektionen
- Herz-Lungen- bzw. Lungentransplantation (siehe auch → *Kap. 3.2.3.13 Transplantationschirurgie*)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit
  → vorrangig an KA-Standort mit mind. ONKS sowie mit Fachbereichen PUL/IM-PUL
  → bei Bedarf Zusammenarbeit mit PCH, HNO, STR, GCH, KJC
→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Diätologie, Klinischer Psychologie und/oder Psychotherapie bzw. Psychoonkologie und Sozialarbeit
→ Mitwirkung im Tumorboard

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

3.2.3.13 Transplantationschirurgie (TXC)

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

VERSORGUNGSMODELL

Referenzzentren mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP)

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

In Zusammenarbeit mit AUSTROTRANSPLANT Evaluierung der Versorgungsleistung nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ u.a. durch folgende Parameter:

→ Art und Schwere der Erkrankung jener PatientInnen auf der Warteliste
→ Überleben der PatientInnen nach Transplantation
→ Wartezeit auf eine Transplantation

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

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

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

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

3.2.3.14 Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)

Diagnostische und/oder therapeutische Verfahren durch Verabreichung eines offenen radioaktiven Stoffes in Form eines sogenannten Radiopharmakons bei selektiver Konzentration im Zielgewebe. Nachfolgende Kriterien gelten für Einrichtungen, die (u.a.) Therapien durchführen, bei denen bei der Therapieplanung absehbar ist, dass - aufgrund der verabreichten Aktivität bzw. Überschreitung der Entlassungsrichtwerte (gem. Medizinischer Strahlenschutzverordnung) - ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist.

VERSORGUNGSMODELL

Referenzzentrum

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

3.2.3.15 Zentren für Medizinische Genetik (ZMG)

Diagnostik, medizinisch-genetische Beratung und adäquate psychologische Betreuung von Personen mit erblich bedingtem erhöhtem Krankheitsrisiko inkl. BRCA[115] im ambulanten Bereich

VERSORGUNGSMODELL

Spezialzentrum mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP)

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung beteiligten Fachbereichen; Vernetzung und Austausch der österreichischen Zentren für Medizinische Genetik untereinander
→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Psychotherapie, Klinische Psychologie
→ Struktur- und Prozessqualität:
  → „Qualitätsstandard Humangenetische Beratung und Diagnostik“
  → Gentechnikgesetz (GTG)
  → Gentechnikbuch[116]

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

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

[115] BRCA: breast cancer, Brustkrebsgene
[116] gemäß § 99 GTG

3.2.3.16 Seltene Erkrankungen (SE)

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

Ergänzende Ausführungen sind dem Nationalen Aktionsplan für seltene Erkrankungen (NAP.se) 2014 - 2018[117] zu entnehmen.

VERSORGUNGSMODELL

3-Stufen-Modell für Zentren für SE

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

Zentren für SE sind spezialisiert auf jeweils definierte Gruppen von Erkrankungen und dienen im Rahmen der Versorgung von PatientInnen als Anlaufstellen für Betroffene und ÄrztInnen für:

- Erst- oder Bestätigungsdiagnostik
- Einleiten und allfälliges Anpassen medikamentöser und/oder anderer Therapien
- Regelmäßige (z.B. jährliche) Kontrolluntersuchungen
- Alle akuten Notfallsituationen

Expertisezentrum (Typ-B-Zentrum)

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

Von der B-ZK wurden für folgende Gruppen seltener Erkrankungen Expertisezentren (Typ-B-Zentren) designiert und in die Überregionale Versorgungsplanung (vgl. Kapitel 2.2.5) aufgenommen:

- Seltene genetisch bedingte Hauterkrankungen (Genodermatosen) mit Schwerpunkt auf Epidermolysis bullosa (Dezember 2016)
- Seltene pädiatrische onkologische Erkrankungen (April 2017)
- Hirntumore im Kindes- und Jugendalter (April 2025)
- Retinoblastome (April 2025)
- Seltene kinderurologische Erkrankungen und anorektorale Malformation (November 2018 bzw. April 2024)
- Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und kraniofaziale Anomalien (November 2018)
- Knochen- und Weichteiltumore (November 2018)
- Intraokulare Tumore im Kindes- und Erwachsenenalter (April 2025)
- Ophthalmologische Onkologie und Okuloplastik (Juni 2026)
- Seltene genetisch bedingte Hauterkrankungen (Genodermatosen) mit Schwerpunkt auf Verhornungsstörungen (November 2018)
- Seltene und komplexe Epilepsien (Juni 2019 bzw. April 2024)

[117] Nationaler Aktionsplan für seltene Erkrankungen (NAP.se) 2014 - 2018 siehe: https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Seltene-Krankheiten.html

- Seltene Bewegungsstörungen (Juni 2020 bzw. Juni 2025)
- Seltene Bewegungsstörungen und neurometabolische Erkrankungen (Juni 2026)
- Seltene Knochenerkrankungen, Störungen des Mineralhaushaltes und Wachstumsstörungen (Juni 2020 bzw. April 2024)
- Angeborene Fehlbildungen und erworbene Erkrankungen des Verdauungstraktes, Zwerchfellhernien und Bauchwanddefekte bei Kindern und Jugendlichen (Dezember 2022 bzw. Juni 2023)
- Vaskuläre Anomalien (April 2025)
- Gefäßanomalien im Kindesalter (September 2023)
- Cystische Fibrose und Primäre Ciliäre Dyskinesie (September 2023 bzw. April 2024)
- Angeborene Stoffwechselstörungen bzw. -erkrankungen (April 2024)
- Seltene Lungenerkrankungen mit Schwerpunkt pulmonale arterielle Hypertension (April 2024)
- Erbliche Tumordispositionssyndrome (April 2024)
- Neurofibromatose bei Kindern (April 2025)
- Seltene Augenerkrankungen inklusive Schwerpunkt vorderer Augenabschnitt, Glaukom und Kinderophthalmologie (April 2025 bzw. Juni 2025)
- Seltene urogenitale Erkrankungen (Juni 2025)
- Seltene endokrine Erkrankungen (Juni 2025)
- Seltene Nierenerkrankungen (Juni 2025)
- Seltene pädiatrische Herzerkrankungen (Juni 2025)
- Seltene hämatologische Erkrankungen (Juni 2025)
  - AL-Amyloidose, multiples Myelom und monoklonale Gammopathien
  - pädiatrische nicht maligne Hämatologie & Hämostaseologie
- Neuromuskuläre Erkrankungen (Juni 2026)
- Genetische inflammatorische Krankheiten und Immundefekterkrankungen (Juni 2026)

Assoziiertes Zentrum (Typ-C-Zentrum)

Spezialisiertes Einzelzentrum mit entsprechender Expertise und Erfahrung für eine vorgegebene Gruppe von SE basierend auf Individualexpertise (1 FA) durch Nachweis spezieller Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten. Das assoziierte Zentrum kann sein:

- Einziges spezialisiertes Zentrum für eine definierte Gruppe von SE (kein weiteres Typ-B- oder Typ-C-Zentrum mit vergleichbarer Expertise in Österreich)
- Eines von mehreren spezialisierten Typ-C-Zentren für die gleiche Gruppe von SE
- Zusätzliches spezialisiertes Zentrum für eine Gruppe von SE, für die auch ein Typ-B-Zentrum existiert

Expertisecluster (Typ-A-Zentrum)

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

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

- Gemäß Vorgabe für Typ B und C Anlaufstelle (auch) für PatientInnen, für die kein eigenes auf ihr Krankheitsbild spezialisiertes Zentrum in Österreich existiert oder die an einer noch nicht diagnostizierten SE leiden:
  - Koordinierende Stelle für noch erforderliche Diagnostik
  - Verbindungsstelle zu auf diese Krankheitsbilder spezialisierten Expertisezentren im (europäischen) Ausland

- Erweiterte interdisziplinäre und multiprofessionelle Arbeitsorganisation, beispielsweise:
  - Einrichten einer gemeinsamen Koordinations- und Anlaufstelle
  - Einrichten interdisziplinärer und multiprofessioneller Fallkonferenzen (sog. „SE-Boards“)
  - Gemeinsame Entwicklung von innovativer Spezialdiagnostik
- Grundlagenforschung, präklinische und klinische Forschung
- Ausbildung: Neben Sichern der Expertise gemäß Typ B: Fort- und Weiterbildungsangebote für MedizinerInnen sowie für Angehörige relevanter nichtärztlicher Gesundheitsberufe

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Für alle Typen und Krankheitsgruppen gleichermaßen zu erfüllen:

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

Für spezifische konkrete Krankheitsgruppen zu erfüllen:

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

3.2.3.17 Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE)

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

VERSORGUNGSMODELL

Spezialzentrum mit überregionaler Versorgungsplanung (ÜRVP)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- → Sicherstellung des auf der entsprechenden ICU eingesetzten Personals zum Einsatz im Anlassfall
- → Regelmäßige Schulungen (zumindest 2x jährlich; neue MitarbeiterInnen bei Eintritt ins Dienstverhältnis) sowie regelmäßiges Training
- → Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für psychologische Betreuung, Arbeitsmedizin, KH Hygiene und Risk Management; weiteres Personal für Reinigung und Administration
- → Prozessqualität:
  - → Personal Protective Equipment (PPE):
    - → PPE gem. Anforderungen in KA verfügbar; Abstimmung der PPE-Verfügbarkeit mit anderen Institutionen
    - → SOP für An- und Entkleiden inkl. Training/Supervision; Festlegung von Maximaldauer des Gebrauchs; Notfallplan für PPE-Beschädigung
    - → Auswahlkriterien gem. Festlegung durch Hygieneteam (Erstellung und Unterstützung bei Umsetzung); Umsetzungsverantwortung: betroffene Abteilung
  - → Regelmäßiger (institutionalisierter) Austausch zwischen Behandlungseinheiten
  - → Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen / mit Behörden (Katastrophenschutz etc.)
  - → Einhaltung der Vorgaben der Gesundheitsbehörde gem. Epidemiegesetz
  - → Service und Kontrolle inklusive Reparaturdurchführung, für Anlassfall Verfügbarkeit 7/24
  - → Abfallmanagement (Zwischenlagerung, Vernichtung/Abtransport)
  - → Festlegungen für Procedere post mortem gemäß den gesetzlichen Bestimmungen und Vorgaben der zuständigen Behörde.

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

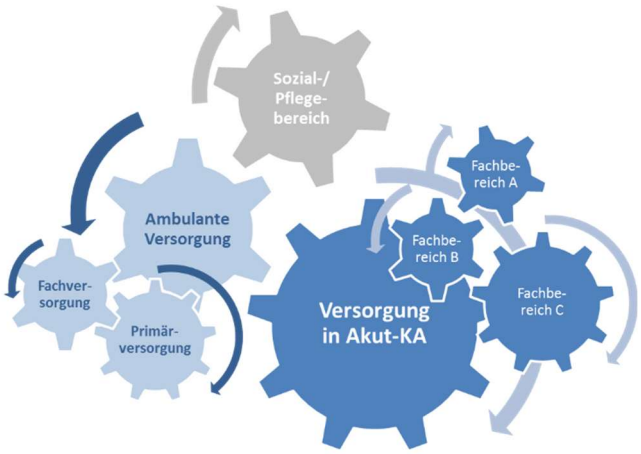
Spezialzentrum	HKLE
Personal – Anzahl und Anwesenheit	
FA für IM-INT und/oder FA AN/INT pro PatientIn im Anlassfall	2 von 8.00-20.00 Uhr (Tagdienst) 1 von 20.00-8.00 Uhr (Nachdienst)
FA für IM-INF oder FA für IM in Ausbildung INF pro PatientIn im Anlassfall	1 von 8.00-20.00 Uhr (Tagdienst) 1 von 20.00-8.00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

Spezialzentrum	HKLE
Räumliche Voraussetzungen für Sonderisoliereinheiten	
Zugang zur Isoliereinheit (wenn nicht im Erdgeschoss): eigener Lift	separate Verfügbarkeit des Lifts im Bedarfsfall
In Isoliereinheit: Fenster versperrbar	
Dimensionierung pro Sonderisoliereinheit für freie Zugänglichkeit zum PatientInnenbett	rd. 25 m²
2-Schleusensystem (in and out) inkl. Zugangsberechtigung Ausgangsschleuse: inkl. Dekontaminationsdusche und räumlicher Voraussetzung für Schutzanzug-Entkleidung (inkl. Helfer)	Eingangsschleuse: rd. 8 m² Ausgangsschleuse: rd. 15 m²
Unterdrucksystem: Raumlufttechnik lt. ÖNORM H 6020, HEPA Filter[1]	
Dekontamination von Wänden/Decke möglich	
Sanitärbereich: Abfallentsorgung chemisch oder mittels Autoklav	
Lager (Vorhaltung Schutzanzüge inkl. Maske/Schuhe/Brille)	30 Anzüge pro PatientIn/Tag

[1] HEPA: High Efficiency Particulate Air

3.2.4 Qualitätskriterien für spezielle Versorgungsbereiche

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



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

Nachfolgend werden neben stationären Angeboten auch sektorenübergreifend wirkende Versorgungsbereiche dargestellt.

3.2.4.1 Erstversorgung von Akutfällen in Akutkrankenanstalten (ZAE)

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

VERSORGUNGSMODELL

Zentrale ambulante Erstversorgung (ZAE)

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

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

PERSONAL UND AUSSTATTUNG

Versorgungseinheit	ZAE
Personal	
Leitung: AM oder FA IM oder AN oder UC bzw. ORTR jeweils mit gültigem Notarztdiplom	x
Personal – Anwesenheit	
AM oder FA jeweils mit Zusatzqualifikation: • Gültiges Notarztdiplom oder notfallmedizinische Qualifikation in IM oder AN • laufende Praxis in der Erstversorgung • Erfahrung in der Notfallsonographie[1] • Erfahrungen in basaler Unfallversorgung	während Öffnungszeit
DGKP mit Erfahrung in Triage von PatientInnen in der Akutfallversorgung	während Öffnungszeit
Ausstattung	
Röntgen, im Fall dislozierter Einrichtung auch via Teleradiologie[2]	KA
Sonographie	x
12-Kanal-EKG	x
Notfallausrüstung inkl. Defibrillator und Beatmungsmöglichkeit	x
Notfalllabor	KA
Blutgasanalyse	x
Wundversorgung/Frakturbehandlung	x
Im Beobachtungsbereich: Monitoring-Möglichkeit mit Telemetrieeinheit	x
Entlassungsmanagement	KA

[1] wenn Sonographie kein Ausbildungsinhalt war, dann ÖÄK-Zertifikat „Sonographie“
[2] im Rahmen der Medizinischen Strahlenschutzverordnung i.d.g.F.

3.2.4.2 Psychosomatische Versorgung (PSO-E, PSO-KJ)

Interdisziplinäre und multiprofessionelle psychosomatisch-psychotherapeutische Interventionen und Therapie bei PatientInnen mit sowohl somatischem als auch psychischem bzw. psychosozialem Diagnostik- und Behandlungsbedarf

VERSORGUNGSMODELL

Psychosomatische Versorgung von Erwachsenen (PSO-E) – Versorgungsstruktur

- Abteilung oder Department für PSO-E mit Tagesklinik (ambulante Tagesbehandlung) und Ambulanz, in KA mit breiter Fächerstruktur bzw. in Kooperation mit einer solchen
- Einrichtung sowohl im Rahmen von Abteilungen für PSY als auch anderen Fachabteilungen mit hohem Anteil an PatientInnen mit psychischer Komorbidität, auch interdisziplinärer Belag möglich
- Ggf. aufsuchende mobile, multiprofessionelle Einheiten (Home-Treatment)

Psychosomatische Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen (PSO-KJ) – Versorgungstruktur



- Department für PSO-KJ mit Tagesklinik (ambulante Tagesbehandlung) und Ambulanz (mind. 12 Betten bzw. amb. Betreuungsplätze) in Abteilungen für KIJU bzw. KJP
- Einheiten für PSO-KJ mit Ambulanz (in der Regel 6 Betten bzw. amb. Betreuungsplätze) vorrangig in Abteilungen für KIJU bzw. KJP
- Ggf. aufsuchende mobile, multiprofessionelle Einheiten (Home-Treatment)

Integrierte fachspezifische psychosomatische Versorgung

- Psychosomatische Diagnostik und Therapie als Bestandteil der fachspezifischen stationären und ambulanten Versorgung

Interdisziplinärer und multiprofessioneller Konsiliar- und Liaisondienst

- Flächendeckende konsiliarische bzw. begleitende Versorgung von PatientInnen mit PSY-/PSO (-Ko-)-Morbidität bei Bedarf in allen KA;
- ein Zusammenschluss von Konsiliar- und Liaisondiensten für PSY und PSO durch Berufsgruppen mit psychosozialer Kompetenz ist anzustreben (Klinische Psychologie; Psychotherapie; ÄrztInnen mit PSY II oder PSY III Diplom bzw. mit Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin, FA für PSY)
- Organisation als Teil der o.g. Einheiten oder eigenständig in KA; Versorgung KA-intern und KA-extern (z.B. Mitversorgung umliegender KA)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Für Erwachsene:

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen und AM im Rahmen der Primärversorgung
→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) im Team mit Personal für Psychotherapie, Musiktherapie, Klinische Psychologie, Ergotherapie, Physiotherapie, Diätologie, Sozialarbeit; DGKP nach Möglichkeit mit PSO-Weiterbildung; Inklusion von qualifizierten Peers

Für Kinder:



→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit KIJU, KJP intra- und extramural
→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) im Team mit Psychotherapie (Erfahrung in der Kinder- und Jugendlichentherapie), Klinische Psychologie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Musiktherapie, PädagogInnen, Diätologie, Sozialarbeit; DGKP,

DGKP (KIJU) für alle Berufsgruppen: nach Möglichkeit mit PSO-Weiterbildung und Erfahrung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen; Inklusion von qualifizierten Peers

Für Erwachsene und Kinder:

→ Prozess- und Ergebnisqualität:
- → Vernetzung mit der Primärversorgung zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität
- → Abklärung der Indikation, Motivationsklärung und Beratung vor Aufnahme in das therapeutische Setting
- → Orientierungsgespräch in Bezug auf die Nachsorge
- → Umfassendes bio-psycho-soziales Assessment
- → Behandlungsplan inkl. regelmäßige Evaluierung
- → Therapeutische Tag-/Nacht-/Wochenendausgänge
- → Angehörigenarbeit
- → Entlassungsmanagement
- → Eltern-Kind-Therapie (bei PSO-KJ)



PERSONAL UND AUSSTATTUNG

Versorgungseinheiten	PSO-Erwachsene Einheit	PSO-KJ Department	PSO-KJ Einheit
Personal – Qualifikation			
Ärztliche Leitung	AM oder FA mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung oder PSY-III-Diplom der ÖÄK oder FA PSY Mind. 3 Jahre hauptberufliche Tätigkeit in der PSO-E Behandlung	FA KIJU mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung oder PSY-III-Diplom der ÖÄK oder FA KJP	-
Fachliche Zuständigkeit	-	-	FA KIJU mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung oder PSY-III-Diplom der ÖÄK oder FA KJP
Stellvertretung	AM oder FA mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung oder zumindest PSY-II-Diplom der ÖÄK/ Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin oder FA PSY	FA KIJU mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung oder zumindest PSY-II-Diplom/Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin oder FA KJP	
Personal – Anwesenheit			
AM/FA[1] mit mind. PSY-II-Diplom/Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin	Tagdienst		
FA KIJU oder FA KJP[1] in KA	-	gemäß KAKuG	
FA KJP (sofern nicht KJP 7/24)	-	Liaisondienst	
FA KIJU (wenn in KJP eingerichtet)	-	Konsiliardienst[2]	
FA IM in KA	Tagdienst, NWF Rufbereitschaft	-	-
FA PSY	Konsiliardienst[2]	-	-
FA des entsprechenden somatischen Fachbereichs nach Bedarf	Konsiliardienst	-	-
DGKP	7/24		
Ausstattung			
Patientenzimmer	wohnliche Gestaltung	Altersstufengerecht, wohnliche Gestaltung Mitaufnahmemöglichkeit von Bezugspersonen Eltern-Kind-Einheit(en)	
Therapieräume für Einzel- und Gruppentherapien	therapiespezifische Ausstattung zum Teil multifunktionell nutzbar		
Raumgröße	Gruppentherapieräume für max. 12 PatientInnen	Gruppentherapieräume für max. 8 Kinder/Jugendliche	
Räume für soziale Aktivitäten	multifunktionell nutzbar (Aufenthalt, Essen, etc.); zusätzlich Außenbereich		-

[1] entsprechend der Fachrichtung, in der ein Department bzw. PSO-Betten eingerichtet sind

[2] Liaisondienst anzustreben

3.2.4.3 Multidimensionaler Versorgungsbedarf (AG/R, RNS)

Wiederherstellen oder Erhalten der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung und Minimierung des Unterstützungs- und Pflegebedarfs; bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die AG/R- bzw. RNS-Versorgung Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit

A. Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

Multidimensionale Behandlung und Betreuung akutkranker geriatrischer PatientInnen (alterstypische Multimorbidität und/oder Frailty-Syndrom) zur Förderung und Erhaltung der Alltagskompetenz sowie Vermeidung weiterer Funktionsverluste, Erhöhung der Lebensqualität und Reintegration in das gewohnte Lebensumfeld; Beachtung medizinischer, funktioneller, psychischer, kognitiver und sozialer Aspekte der Erkrankungen geriatrischer PatientInnen; Details können dem zugrundeliegenden Konzept entnommen werden[118]

Die in diesem Bereich zu erbringende Leistung entspricht jener einer Behandlung eines Patienten/einer Patientin im Akutkrankenhaus auf einer Abteilung für konservative Medizin, vornehmlich aber einer internen oder neurologischen Abteilung.

VERSORGUNGSMODELL

- Versorgungsstruktur: Abteilung oder Department in ABT IM, NEU
- Primäraufnahme (inkl. Akutversorgung ggf. in Kooperation mit ZAE, anderen ABT oder KA)
- Sekundäraufnahme zur Weiterführung der Behandlung aus anderen Fachbereichen; Voraussetzung: Indikation, Bereitschaft, Fähigkeit und Potenzial zur multidimensionalen Behandlung
- Möglichkeit der Einrichtung einer Geriatrischen Tagesklinik (ambulante Tagesbehandlung) und Geriatrischen Spezialambulanz
- Möglichkeit der Einrichtung einer mobilen geriatrischen Remobilisation
- Möglichkeit der Konsiliartätigkeit innerhalb und außerhalb der KA (inkl. Begutachtung der Eignung von PatientInnen zur Übernahme vom erstbehandelnden Fachbereich)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen vorrangig mit IM, NEU, OR, UCH bzw. ORTR (auch im Rahmen von alterstraumatologischen Versorgungsmodellen[119]), PMR, PSY, ZAE sowie AM / PVE

→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit im AG/R-Team (in Abhängigkeit von Patientenbedarf) mit Personal für Physiotherapie, Massagen (mit Aufschulung Elektrotherapie und Basismobilisation), Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Klinische Psychologie und/oder Psychotherapie und Sozialarbeit in Zusammenarbeit mit dem Entlassungsmanagement; DGKP vorrangig mit geriatriespezifischer Fort- und Weiterbildung im Team sicherzustellen

→ Standards zur Prozessqualität sind im „Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation“ enthalten[120]

→ Interdisziplinär und multiprofessionell geführte Patientendokumentation

[118] GÖG/ÖBIG 2008: Akutgeriatrie/Remobilisation in österreichischen Krankenanstalten. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

[119] Enge Kooperation zwischen AG/R und OR, UCH bzw. ORTR in einem strukturell gefestigten Rahmen (z.B.: Klinikum Klagenfurt/Wörthersee, Universitätsklinik Innsbruck)

[120] Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation siehe: https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie-Remobilisation-(AG-R)-und-Remobilisation-Nachsorge-(RNS)-in-Oesterreich.html

B. Remobilisation und Nachsorge (RNS)

Frühremobilisation von akutkranken PatientInnen jeden Alters[121] nach Erstbehandlung in anderen Fachbereichen, insbesondere bei Funktionseinbußen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats, nach Operationen, Interventionen, Sturzgeschehen, chronisch therapieresistenten Erkrankungen bzw. Schmerzzuständen oder aufgrund internistischer Erkrankungen mit längerer Rekonvaleszenz; betrifft bei älteren PatientInnen jene, die keine höhergradigen neurokognitiven Störungen, keine Selbst- und Fremdgefährdung und kein Frailty-Syndrom (siehe → Glossar) aufweisen

Voraussetzungen: Indikation, Bereitschaft, Fähigkeit und Potential zur Remobilisation

VERSORGUNGSMODELL

- Versorgungsstruktur: Abteilung oder Department in ABT IM, ORTR, OR, UCH bzw. entsprechend KAKuG
- Belagsdauer in RNS-Einheit max. 28 Tage (in begründbaren Ausnahmefällen auch länger zulässig)
- Möglichkeit der Konsiliartätigkeit in KA (inkl. Begutachtung der Eignung von PatientInnen zur Übernahme aus erstbehandelndem Fachbereich)
- Primär auf Funktionseinbußen ausgerichtete Diagnostik und Therapie
- Interdisziplinär und multiprofessionell geführte Patientendokumentation

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen, vorrangig IM, NEU, CH, OR, UCH bzw. ORTR, PMR,-sowie AM in PV

→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit im RNS-Team (in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) v. a. mit Personal für Massagen (mit Aufschulung Elektrotherapie und Basismobilisation), Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Klinische Psychologie und/oder Psychotherapie, Sozialarbeit mit Kompetenz im Entlassungsmanagement; DGKP mit Weiterbildung in reaktivierender Pflege

PERSONAL, AUSSTATTUNG UND LEISTUNGSBEREICHE

Versorgungseinheiten	AG/R	RNS
Personal – Leitung		
Ärztliche Leitung	FA vorrangig IM oder NEU oder AM jeweils mit Additivfach oder Spezialisierung „Geriatrie“ bzw. mit gleichwertiger Qualifikation	FA vorrangig IM oder PMR oder AM (abhängig von Zusammensetzung der Patientengruppe) AM mit mind. 3.500 Stunden Praxis im remobilisierenden Bereich
Leitendes Pflegepersonal	DGKP mit Weiterbildung in geriatrischer Pflege und mind. 1.700 Stunden Praxis in Einrichtung mit vorwiegend geriatrischen PatientInnen	DGKP mit Weiterbildung in reaktivierender Pflege
Personal – Anwesenheit		
FA IM oder NEU in KA	Tagdienst; NWF gemäß KAKuG	-
FA IM oder FA OR/UCH/ORTR oder FA PMR	-	Rufbereitschaft
FA/AM mit Additivfach bzw. Spezialisierung Geriatrie auf ABT/DEP	Tagdienst	-
FA vorrangig IM oder PMR oder AM in ABT bzw. bei DEP auch in entsprechender ABT	-	Tagdienst; NWF gemäß KAKuG
DGKP	7/24, im Tagdienst mind. 60 % des Pflegepersonals DGKP anzustreben	7/24, im Tagdienst mind. 50 % des Pflegepersonals DGKP anzustreben
Multiprofessionelles Therapeutenteam	Tagdienst	
Ausstattung		
EKG, EKG-Monitoring	ABT	KA
Langzeit-Blutdruckmessung, Langzeit-EKG	KA	KA

[121] ab dem vollendeten 14. Lebensjahr

Versorgungseinheiten	AG/R	RNS
Echokardiografie	KA	
Akutlabor	KA	KA
Bildgebende Diagnostik[1]	KA	KA
Patientenzimmer	Mobilitätsfördernde Ausstattung, Sturzprophylaxe (z.B. Handläufe, Haltegriffe), Orientierungshilfen	
Therapieräume	multidisziplinär nutzbar, adäquat ausgestattet am KA-Standort für: Ergotherapie, Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie und Elektrotherapie), Logopädie, aktivierende Pflege, Psychologie,…	
Räume für soziale Aktivitäten	multifunktionell nutzbar (Aufenthalt, Essen, etc.)	
Übungsküche Ausstattung für Funktionstraining zur Haushaltführung	x	-
Leistungsbereiche		
Geriatrisches Assessment[2]	x	-
Assessment[2]	-	x
Behandlungsplanung mit Therapiezielen	x	x
Reaktivierende Pflege	x	x
Funktionsverbessernde, funktionserhaltende u. reintegrierende therapeutische Maßnahmen	x	x
Ernährungstherapie und Beratung	x	x
Umfassende psychologische/psychotherapeutische Betreuung	x	x
Sozialberatung und Kompetenztraining	x	x
Konsiliarvisite aus erstbehandelndem Fachbereich	bei Bedarf	
Evaluierung des Behandlungsplans und Therapieerfolgs im Team	1 x wöchentlich	
Geriatrisches Entlassungs-Assessment	x	-
Entlassungsmanagement[3]	x; inkl. Möglichkeit diagnostischer Hausbesuch und kurzfristiger pflegerischer Weiterbetreuung zu Hause	x
Angehörigenarbeit (Beratung und Schulung)	x	x

[1] Basisdiagnostik (konv. Röntgen, Sonografie); CT und MR in ZA
[2] Assessment = interdisziplinärer Prozess zur multidimensionalen Erfassung u. Bewertung d. gesundheitlichen Situation u. zur Therapieplanung
[3] Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (QS AUFEM) siehe: https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---QS-AUFEM.htm

3.2.4.4 Unheilbar kranke und sterbende Menschen (PAL/HOS-E, PAL/HOS-KJ)

Multiprofessionelle Behandlung und Betreuung von PalliativpatientInnen[122] jeden Alters und ihrer An-[123] und Zugehörigen[124] in komplexen Situationen und bei schwierigen Fragestellungen auch über den Tod hinaus; bestmögliche Linderung oft vielfältiger Symptome, Erhaltung/Verbesserung der Lebensqualität, Berücksichtigung und Behandlung von körperlichen, psychisch-emotionalen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnissen

Die Palliativ- und Hospizversorgung (PAL/HOS) liegt im Überschneidungsbereich zwischen Gesundheits- und Sozialbereich. Das Zusammenwirken der spezialisierten PAL/HOS-Angebote mit der Grundversorgung ist für Erwachsene im Praxisleitfaden (Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene – Praxisleitfaden) näher erläutert.[125]

Versorgungsgrundsätze[126]

- PalliatvpatientInnen in komplexen Situationen und mit schwierigen Fragestellungen, die die Möglichkeiten der Grundversorgung übersteigen, werden in bzw. mit Hilfe von spezialisierten Palliativ- und Hospizeinrichtungen versorgt
- Spezialisierte Angebote unterstützen und ergänzen die Grundversorgung
- Keine zwingende Umsetzung aller Angebote der spezialisierten Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bundesländern
- Entwicklung der spezialisierten Palliativ- und Hospizversorgung in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen, auch organisatorische Kombinationen von einzelnen Palliativ- und/oder Hospizangeboten möglich

In Umsetzung des seit 2022 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPalFG) sind Vorgaben zu Planung beim österreichweiten bedarfsgerechten und flächendeckenden Aus- und Aufbau sowie Qualitätskriterien bei der Sicherung des laufenden Betriebs der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung, bezogen auf alle spezialisierten PAL/HOS-Angebote mit Ausnahme von Palliativstationen zu erfüllen.

A. Spezialisierte Palliativ- und Hospizversorgung von Erwachsenen

Spezialisierte Palliativ- und Hospizversorgung von unheilbar kranken sowie sterbenden Erwachsenen, mit einer nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen onkologischen und nichtonkologischen Erkrankung, mit die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen und/oder psychosozialen Problemen; im Vordergrund steht die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung (= PalliativpatientInnen).

[122] Unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen (z. B. Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Fatigue) und/oder psychosozialen Problemen

[123] Angehörige: gemäß § 123 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG, BGBl. Nr. 189/1955) angeführten Personen

[124] Nahe Verwandte, Vertrauenspersonen, Nahestehende und Freundeskreis

[125] Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung – Praxisleitfaden: https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Hospiz--und-Palliativversorgung-in-Oesterreich.html

[126] vgl. auch § 7 gemäß HosPalFG

VERSORGUNGSMODELL

Modulare abgestufte Versorgung[127], stationäre, teilstationäre und mobile Angebote:

<table>
<tr><td>Versorgungs-stufe</td><td>Grundversorgung</td><td colspan="3">Spezialisierte Palliativ- und Hospizversorgung</td></tr>
<tr><td>Versorgungssektor</td><td>Einrichtung/Dienstleistungen</td><td colspan="2">Unterstützende Angebote</td><td>Betreuende Ange-bote</td></tr>
<tr><td>Akutbereich</td><td>Krankenhäuser</td><td rowspan="3">Hospizteams</td><td>Palliativkonsiliar-dienste</td><td>Palliativstationen</td></tr>
<tr><td>Langzeitbereich</td><td>Stationäre Pflege und Betreuung (Wohn-/Pflegeheime)</td><td rowspan="2">Mobile Palliativteams</td><td>Stationäre Hospize</td></tr>
<tr><td>Familienbereich, Zuhause</td><td>Niedergelassene (Fach-) ÄrztInnen, Primärversorgungseinheiten, mobile Betreuungs- und Pflegedienste, TherapeutInnen, etc.</td><td>Tageshospize</td></tr>
</table>

Vom HosPalFG sind die folgenden spezialisierten PAL/HOS-Angebote im Erwachsenenbereich umfasst: Mobiles Palliativteam (MPT), Hospizteam (HOST), Palliativkonsiliardienst (PKD), Tageshospiz (THOS), Stationäres Hospiz (SHOS). Regelungen bezüglich Palliativstationen sind demnach im HosPalFG nicht enthalten.

Palliativstation

- Station innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus
- Spezialisierung auf die Versorgung von PalliativpatientInnen
- Betreuung von PalliativpatientInnen mit komplexer medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Symptomatik und akutem, hohem Betreuungsaufwand;
- Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung aktuell nicht möglich; Ziel der Behandlung ist das bestmögliche Lindern der oft vielfältigen Symptome; Entlassung in die vertraute Umgebung wird angestrebt

Stationäres Hospiz

- Einrichtung mit eigener Organisationsstruktur, kann stationärer Pflegeeinrichtung zugeordnet sein
- Betreuung von PalliativpatientInnen in der letzten Lebensphase mit komplexer pflegerischer, psychosozialer oder medizinischer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand; Aufnahme in Akut-Krankenhaus nicht erforderlich, Betreuung zu Hause oder im nicht spezialisierten Pflegeheim nicht möglich
- Längerfristige Betreuung von PalliativpatientInnen, Begleitung der An- und Zugehörigen auch über den Tod der/des Erkrankten hinaus

Tageshospiz

- Eigenständiges Angebot für Behandlung, Beratung und Begleitung tagsüber
- Betreuung mobiler bzw. transportfähiger PalliativpatientInnen und deren An- und Zugehöriger
- Psychosoziale und therapeutische Angebote zur Tagesgestaltung zur Verhinderung sozialer Isolation, Gemeinschaft in Gruppe gleichermaßen Betroffener, Entlastung von An- und Zugehörigen
- Entlastung der mobilen häuslichen Betreuung und Vermeidung von Krankenhausaufenthalten

Palliativkonsiliardienst

- Multiprofessionell zusammengesetztes Team im Krankenhaus, als eigenständiges Angebot entweder einer Palliativstation zugeordnet oder eigene Organisationseinheit, kann krankenanstaltenübergreifend tätig sein; in der Praxis kommen auch kombinierte Teams zum Einsatz, die aus den beiden Angeboten *Palliativkonsiliardienst* und *Mobiles Palliativteam* gebildet werden. Kombinierte Teams agieren im und außerhalb des Krankenhauses entsprechend dem Tätigkeitsspektrum beider spezialisierter Palliativangebote

[127] Weitere Informationen siehe Veröffentlichung zu den Qualitätskriterien der vom HosPalFG umfassten spezialisierten PAL/HOS-Angebote

- Unterstützung und Beratung des Personals, das PalliativpatientInnen betreut, in allen Stationen und Ambulanzen inkl. Mitwirkung an der Betreuung der PalliativpatientInnen selbst und deren An- und Zugehörigen
- Spezielle palliativmedizinische, -pflegerische, psychosoziale und kommunikative Expertise und Kompetenzen, Unterstützung von Entscheidungsprozessen

Mobiles Palliativteam

- Multiprofessionell zusammengesetztes Team, außerhalb des Krankenhauses tätig (siehe kombinierte Teams bei Palliativkonsiliardienst oben)
- Unterstützung und Beratung der professionellen BetreuerInnen und der betreuenden Dienste, die PalliativpatientInnen versorgen, inkl. Mitwirkung an der Betreuung der PalliativpatientInnen selbst und deren An- und Zugehörigen in allen Versorgungskontexten (z.B. zu Hause, im Wohn-/Pflegeheim)
- Spezielle palliativmedizinische, -pflegerische, psychosoziale und kommunikative Expertise und Kompetenzen, Unterstützung von Entscheidungsprozessen und bei den Übergängen zwischen Krankenhaus und häuslicher Betreuung oder Betreuung in (teil)stationären Einrichtungen

Hospizteam

- Team mit qualifizierten ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen[128], das von einer Koordinationsperson (nicht ehrenamtlich)[129] koordiniert wird, inkl. weiteren ehrenamtlich Tätigen[130]
- Mitmenschliche Begleitung und Beratung sowie Trauerbegleitung für PalliativpatientInnen und deren An- und Zugehörigen in allen Versorgungskontexten (z.B. zu Hause, Wohn-/Pflegeheim, Krankenhaus)

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

<table>
<tr><th>Angebote</th><th>Palliativ-station</th><th>Stationäres Hospiz</th><th>Tages-hospiz</th><th>Palliativ-konsiliar-dienst</th><th>Mobiles Palliativ-team</th><th>Hospizteam</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Interdisziplinäre Zusammen-arbeit mit…</td><td colspan="5">mit den anderen Palliativ- und Hospizeinrichtungen</td></tr>
<tr><td>allen Fach-richtungen, insbesondere auch PV-Ein-heiten und/oder AM, mobile Pflege- u. Be-treuungs-dienste, Wohn-/Pfle-geheim</td><td>(PV-) AM und niedergelasse-nen FÄ</td><td>FA nieder-gelassen, PVE-AM</td><td>sämtlichen Abteilun-gen und Ambulan-zen im Kranken-haus</td><td>FÄ im Kran-kenhaus und niedergelas-senen Be-reich, insb. AM in PVE, mobile Pflege-u. Betreu-ungsdienste</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Multiprofessionelle Zusammenar-beit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsan-gebot) von…</td><td>DGKP</td><td>DGKP/PA/FSB A[1]</td><td colspan="3">DGKP</td><td rowspan="3">Koordinati-onsperson (nicht-ehren-amtlich), eh-renamtlichen HospizbegleiterInnen und weitere eh-renamtlich Tätigen</td></tr>
<tr><td colspan="5">Personal für Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychothera-pie und/oder (Klinische) Psychologie/Gesundheitspsychologie, Sozialarbeit und/oder Sozialpädagogik; Hospizteam, Seelsorge verschiedener Konfessionen (auf Wunsch der PalliativpatientInnen)</td></tr>
<tr><td></td><td>Koordination für ehrenamtlich Tä-tige, psychoso-ziale Betreuung</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

[1] FSB A = Fach-Sozialbetreuung mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit

[128] Lehrgang zur Befähigung von ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen entsprechend den Standards des Dachverbandes Hospiz Österreich sowie Praktikum im Hospiz- und Palliativbereich bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss

[129] abgeschlossene Ausbildung und Berufserfahrung oder mehrjährige Erfahrung im Ehrenamt vorrangig im Sozial- oder Gesundheitsbereich mit Führungs- und Sozialkompetenz und interprofessionellen Palliativ-Basislehrgang (Level I) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss innerhalb von 2 Jahren ab Einstellung abgeschlossen, bzw. die betreffende Person ist in Ausbildung, ggf. mit Weiterbildung in Management- und Führungsaufgaben

[130] weitere Ehrenamtliche (z.B. Administration): Einführung bzw. Schulung nach Bedarf

→ Prozessqualität: Im „Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen“ werden die Kernprozesse für alle Angebote der abgestuften Palliativ- und Hospizversorgung in Form von Musterprozessen abgebildet[131].

PERSONAL, AUSSTATTUNG UND LEISTUNGSBEREICHE

Angebote	Palliativ-station	Stationäres Hospiz	Tages hospiz	Palliativ-konsiliar-dienst	Mobiles Palliativteam	Hospiz-team
Personal – Qualifikation						
Leitung	AM oder FA	siehe veröffentlichte Qualitätskriterien gemäß § 6 HosPalFG https://goeg.at/umsetzung_hospalfg				
Stamm-personal[1]	interprofes-sioneller Pal-liativ-Basis-lehrgang[2] (Nachweis innerhalb von 2 Jahren an-zustreben)	siehe veröffentlichte Qualitätskriterien gemäß § 6 HosPalFG https://goeg.at/umsetzung_hospalfg				
Personal – Anwesenheit						
AM oder FA aus Stammpersonal	Tagdienst	stundenweise Präsenz werktags (Mo.-Fr.) Rufbereit-schaft: inner-halb 30 Min. verfügbar	stunden-weise Präsenz Rufbe-reitschaft	Tagdienst	tel. Erreichbar-keit 7 Tage/ 16h; Rufbereit-schaft durch Ärztin/ Arzt oder DGKP an-zustreben	-
DGKP aus Stammpersonal	7/24	7/24; mind. 70 % der Pflegekräfte; 30 % PFA/PA oder FSB A[3]	Tagdienst je Öff-nungstag	Tagdienst in KA	tel. Erreich-bar-keit 7 Tage/16h; Rufbereitschaft durch Ärztin/ Arzt oder DGKP anzustreben	-
Ausstattung						
Schmerzpumpen	x	x	-	x	x	-
Med.-techn. Hilfsmittel (z.B. Infusi-onspumpe, Ernährungspumpe, Spritzenpumpe/Motorspritzen-pumpe)	x	x	optional	-	-	-
Patientenheber	x	x	x	-	-	-
Sauerstoff, Absaugvorrichtung	x	x	x	-	-	-
Notfall-Instrumentarium	x	x	x	-	x	-
Medizinische, pflegerische Grund-ausstattung	x	x	x	-	x	-
Heil- und Hilfsmittel, Medikamente und Notfallmedikamente (inkl. Suchtmittel gemäß Suchtmittelge-setz)	x	x	x	-	x	-
Raumangebot und –ausstattung						
Patientenzimmer/-bereich in wohn-licher Gestaltung	x	x	x	-	-	-
Anti-Dekubitus-Matratzen	(x)	(x)	-	-	-	-
Stationsbad/Pflegebad mit fahrba-rem Badewannenlift	x	x	x	-	-	-
Mitaufnahmemöglichkeit einer Be-gleitperson	x	x	-	-	-	-
Räumlichkeiten für therapeut. und soziale Aktivitäten	x	x	x	-	-	-
(Wohn-)Küche	-	x	x	-	-	-
Verabschiedungs-/Meditations-raum	x	x	-	-	-	-
Raum für Teambesprechungen, am-bulante Kontakte	x	x	x	x	x	x

[131] Prozesshandbuch für Hospiz- und Palliativeinrichtungen siehe: https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Hospiz--und-Palliativversorgung-in-Oesterreich.html

Angebote	Palliativ-station	Stationäres Hospiz	Tages hospiz	Palliativ-konsiliar-dienst	Mobiles Palliativteam	Hospiz-team
Leistungsbereiche						
Erstgespräch mit PalliativpatientIn und An- und Zugehörigen vor Aufnahme	x	x	x	-	(x)	-
Symptom-Assessment	x	x	-	x	(x)	-
Schmerzmanagement und Symptom-kontrolle	x	x	x	beraten, anleiten, ggf. durchführen	(x)	-
Bezugspflege	x	x	x	-	-	-
Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen	x	x	x	(x)	(x)	-
Planen u. Ermöglichen von Ausgängen (ggf. Ausflügen)	x	x	x	-	-	-
Beraten, Anleiten und ggf. Hilfestellung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle und -linderung, ganzheitliche Pflege u. psychosozialen Belastungssituationen	-	-	-	x	x	-
Erstellung einer Behandlungs- und Betreuungsempfehlung mit behandelndem Personal	-	-	-	x	x	-
Unterstützung des betreuenden Personals in Entscheidungsfindung bei ethischen Fragen	-	-	-	x	x	-
Indikationsstellung für Aufnahme in Palliativstation, Stationäres Hospiz, Tageshospiz	-	-	-	x	x	-
Telefonische Beratung	-	-	-	x	x	x
Besuche, Gespräche, gemeinsame Aktivitäten	-	-	-	-	-	x
Verabschiedung von Verstorbenen	x	x	x	-	x	x
Trauerbegleitung der An- und Zugehörigen	x	x	x	-	x	x

[1] Stammpersonal: ÄrztInnen, DGKP, ExpertInnen der Sozialen Arbeit in den spezialisierten Strukturen
[2] interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang (Level I) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss; für DGKP auch ggf. Spezialisierung Hospiz- und Palliativversorgung (derzeit keine Durchführungsverordnung vorliegend)
[3] FSB A = Fach-Sozialbetreuung mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit
Anmerkung: (x) = bei Bedarf

B. Spezialisierte Palliativ- und Hospizversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Spezialisierte pädiatrische Palliativ- und Hospizversorgung von schwerstkranken Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer lebensbedrohlichen oder lebenslimitierenden Erkrankung sowie deren An- und Zugehörige[132] bei Bedarf über den gesamten Krankheitsverlauf bis zum Tod und darüber hinaus; jahrelanger Verlauf der Krankheiten (unter Änderung der Krankheitssymptome im Kindesalter rascher als im Erwachsenenalter); gegebenenfalls Gleichzeitigkeit von kurativer und palliativer Versorgung; Ausrichtung der pädiatrischen Palliativ- und Hospizversorgung nach Alter, Grunderkrankung sowie dem Entwicklungsstand des Kindes, Jugendlichen und von jungen Erwachsenen[133]

[132] Angehörige: gemäß § 123 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG, BGBl. Nr. 189/1955) angeführten Personen; Zugehörige: nahe Verwandte, Vertrauenspersonen, Nahestehende und Freundeskreis
[133] junge Erwachsene, bei denen vor dem 18. Lebensjahr eine lebenslimitierende Erkrankung diagnostiziert wurde; Wahlmöglichkeit zwischen Weiterbetreuung im pädiatrischen Bereich oder Wechsel in Angebote für Erwachsene

VERSORGUNGSMODELL

Modulare abgestufte Versorgung, stationäre und mobile Angebote

<table>
<tr><td>Versorgungs-stufe</td><td>Grundversorgung</td><td colspan="4">Spezialisierte pädiatrische Palliativ- und Hospizversorgung</td></tr>
<tr><td>Versorgungssek-tor</td><td>Einrichtung/Dienstleistungen</td><td colspan="2">Unterstützende Angebote</td><td colspan="2">Betreuende Angebote</td></tr>
<tr><td>Akutbereich</td><td>(Kinder-)Krankenhäuser</td><td rowspan="3">Kinder-Hospizteams</td><td rowspan="3">Mobile Kin-der-Palliativ-teams</td><td rowspan="3">Pädiatrische Palliativbetten</td><td rowspan="3">Stationäre Kinder-Hos-pize</td></tr>
<tr><td>Langzeitbereich</td><td>Stationäre Pflege und Betreuung (Betreuungseinrichtungen/Kinder-Pflegeeinrichtungen)</td></tr>
<tr><td>Familienbereich, Zuhause</td><td>Niedergelassene (Fach-) ÄrztInnen, Primärversorgungseinheiten, mo-bile Betreuungs- und Pflegedienste, TherapeutInnen, etc.</td></tr>
</table>

Vom HosPalFG sind die folgenden spezialisierten PAL/HOS-Angebote im Bereich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene umfasst: Mobiles Kinder-Palliativteam (MKiPT), Kinder-Hospizteam (KiHOST) und Stationäres Kinder-Hospiz (SKiHOS). Regelungen zu pädiatrische Palliativbetten sind demnach im HosPalFG nicht enthalten.

Pädiatrische Palliativbetten

- Betten in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde, Ausstattung speziell für Palliativbehandlung
- Betreuung pädiatrischer PalliativpatientInnen mit komplexer medizinischer, pflegerischer und/oder psychosozialer Symptomatik und akutem hohem Betreuungsaufwand, wenn Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist; Schaffung der Voraussetzung für eine adäquate Weiterbetreuung
- Bewältigung von Krankheitskrisen unter Einbeziehung aller bedarfsgemäßen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie Betreuung von psychosozialen Krisen, Stabilisierung der Situation, Optimierung der Symptomkontrolle

Stationäres Kinder-Hospiz

- Einrichtung mit eigener Organisationsstruktur, kann stationärer Wohn-/Pflegeeinrichtung zugeordnet sein
- Betreuung pädiatrischer PalliativpatientInnen und deren Familie und/oder nahen An- und Zugehöriger für eine bestimmte Zeit; Ausrichtung auf die besonderen Bedürfnisse und Wünsche von pädiatrischen PalliativpatientInnen ab Diagnosestellung
- Ganzheitliche palliative Betreuung der pädiatrischen PalliativpatientInnen, Entlastung und professionelle Unterstützung der Familien, palliativmedizinische, palliativpflegerische, psychosoziale, therapeutische, pädagogische und spirituelle Angebote

Mobiles Kinder-Palliativteam

- Multiprofessionell zusammengesetztes Team
- Fachliche Expertise für die in der Basisversorgung Betreuende, Betreuung pädiatrischer PalliativpatientInnen und deren Familien und/oder An- und Zugehöriger, wenn diese spezieller palliativmedizinischer bzw. palliativpflegerischer, psychosozialer und kommunikativer Expertise bedürfen
- Unterstützung von Entscheidungsprozessen und an den Übergängen zwischen Krankenhaus und häuslicher Betreuung

Kinder-Hospizteam

- Team mit qualifizierten ehrenamtlichen Kinder-HospizbegleiterInnen[134], das von einer Koordinationsperson (nicht ehrenamtlich)[135] koordiniert wird, inkl. weiteren ehrenamtlich Tätigen[136]
- Mitmenschliche alters- und entwicklungsadäquate Begleitung, Entlastung, Unterstützung und Beratung pädiatrischer PalliativpatientInnen und deren Eltern, Geschwistern sowie sonstigen An- und Zugehörige in allen Versorgungskontexten (zu Hause, Krankenhaus, stationäres Kinder-Hospiz, Betreuungseinrichtungen, Schulen, Kindergärten) sowie Trauerbegleitung

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

Angebote	Pädiatrische Palliativbetten	Stationäres Kinder-Hospiz	Mobiles Kinder-Palliativteam	Kinder Hospizteam
Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit…	anderen pädiatrischen Palliativ- und Hospizangeboten			
	allen Fachrichtungen, mobile Betreuungs- und Pflegedienste, Betreuungs-/Kinder-Pflegeeinrichtungen	Abt. für KIJU; FÄ im niedergelassenen Bereich	FÄ im Krankenhaus und niedergelassenen Bereich, mobile Betreuungs- und Pflegedienste	
	insbesondere mit FA KIJU und AM in PVE			-
Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) von…	DGKP/DGKP mit Berechtigung in der Spezialisierung „Kinder- und Jugendlichenpflege, PFA, PA, TherapeutInnen (z.B. für Physiotherapie, Ergotherapie, Diätologie), Psychotherapie und/oder (Klinischen) Psychologie, GesundheitspsychologInnen, Sonder- und/oder Heilpädagogik, Sozialarbeit und/oder Sozialpädagogik, Kinder-Hospizteam, Seelsorge verschiedener Konfessionen (auf Wunsch der PalliativpatientInnen, Familie)			Koordinationsperson (nicht ehrenamtlich), ehrenamtlichen Kinder-HospizbegleiterInnen, weitere ehrenamtlich Tätigen
Sonstiges	Aufnahme der pädiatrischen PalliativpatientInnen gemeinsam mit deren Familie		-	-

PERSONAL, AUSSTATTUNG UND LEISTUNGSBEREICHE

Angebote	Pädiatrische Palliativbetten	Stationäres Kinder-Hospiz	Mobiles Kinder-Palliativteam	Kinder Hospizteam
Personal – Qualifikation				
Leitung	FA KIJU	siehe veröffentlichte Qualitätskriterien gemäß § 6 HosPalFG (https://goeg.at/umsetzung_hospalfg)		
Stammpersonal	Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care[1]; ein Teammitglied mit Qualifikation in Trauerbegleitung	siehe veröffentlichte Qualitätskriterien gemäß § 6 HosPalFG (https://goeg.at/umsetzung_hospalfg)		
Personal – Anwesenheit				
FA KIJU	Tagdienst			
Vorrangig FA KIJU / FA oder AM		stundenweise Präsenz werktags (Mo.-Fr.), Rufbereitschaft (binnen 30 Min. verfügbar	tel. Erreichbarkeit: Rufbereitschaft: 7 Tage/16 h	-
DGKP/DGKP (mit Berechtigung in der „Kinder- und Jugendlichenpflege“)	7/24			-

[134] Spezialkurs zur Befähigung von ehrenamtlich tätiger Kinder-HospizbegleiterInnen sowie Praktikum in einer Einrichtung zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Gesundheits- und Sozialbereich bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss oder Lehrgang zur Befähigung ehrenamtlicher HospizbegleiterInnen entsprechend den Standards des Dachverbands Hospiz Österreich sowie Praktikum im Hospiz- und Palliativbereich und zusätzlich Aufbaukurs zur ehrenamtlichen Hospizbegleitung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

[135] abgeschlossene Ausbildung und Berufserfahrung in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care, Fachspezifischer Vertiefungslehrgang Palliative Care in der Pädiatrie Level II (kann auch ohne vorherigen Abschluss des interprofessionellen Palliativ-Basislehrgang absolviert werden) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss, innerhalb von 2 Jahren ab Einstellung abgeschlossen

[136] Weitere Ehrenamtliche (z. B. Administration): Einführung bzw. Schulung nach Bedarf

Angebote	Pädiatrische Palliativbetten	Stationäres Kinder-Hospiz	Mobiles Kinder-Palliativteam	Kinder Hospizteam
Ausstattung				
Schmerzpumpen, Ernährungspumpen	x	x	-	-
Med.-technisch Hilfsmittel (z.B. Infusionspumpe,-Spritzenpumpe/Motorspritzenpumpe	x	x	-	-
Patientenheber	x	x	-	-
Wandanschluss für Sauerstoff und Vakuum/Druckluft in den Patientenzimmern und im Therapiebereich sowie ggf. mobile Sauerstoffversorgung	x	x	-	-
Überwachungsgeräte (z.B. Monitor)	x	x	-	-
Notfallausstattung	x	x	x	-
Medizinische, pflegerische und therapeutische Grundausstattung	x	x	x	-
Heil- und Hilfsmittel, Medikamente und Notfallmedikamente (inkl. Suchtmitteln gemäß Suchtmittelgesetz)	x	x	x	-
Raumangebot und -ausstattung				
Patientenzimmer/Familienbereiche: barrierefrei, wohnliche Gestaltung, altersentsprechend umgestaltbar	x	x	-	-
Pflegebad mit Hebebadewanne	verfügbar	x	-	-
Kochmöglichkeit	x	x	-	-
Mitaufnahmemöglichkeit von Familienmitgliedern	x	x	-	-
Räumlichkeiten für therapeutische und soziale Aktivitäten	x	x	-	-
Sensorische Ausstattung	x	x	-	-
Raum für Teambesprechungen, ambulante Kontakte	-	-	x	x
Leistungsbereiche				
Palliativmedizinische Betreuung[2]	x	x	(x)	-
Palliativpflege, Entlastungspflege	x	x	(x)	-
Familienorientierte psychologische Unterstützung	x	x	(x)	-
Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen	x	x	(x)	-
Schulbildung für PalliativpatientInnen und Geschwister	x	x	-	-
Ergänzende therapeutische Angebote (z.B. Musiktherapie, tiergestützte Angebote)	x	x	-	-
Beraten und Anleiten in z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle, bei psychosozialen Fragestellungen sowie Aufklärung in puncto Entscheidungsfähigkeit	-	-	x	-
Planen, Organisation und Durchführung von multiprofessionellen Fallbesprechungen und Helferkonferenzen	-	-	x	-
Telefonische Beratung	-	-	x	x
Besuche, Gespräche, gemeinsame Aktivitäten	-	-	-	x
Begleitung in der Sterbephase	x	x	x	x
Trauerbegleitung der Familie und An- und Zugehörigen	x	x	x	x

[1] Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care: Fachspezifischer interdisziplinärer Vertiefungslehrgang Palliative Care in der Pädiatrie Lehrgang Level II bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss, Nachweis innerhalb von 2 Jahren ab Einstellung anzustreben

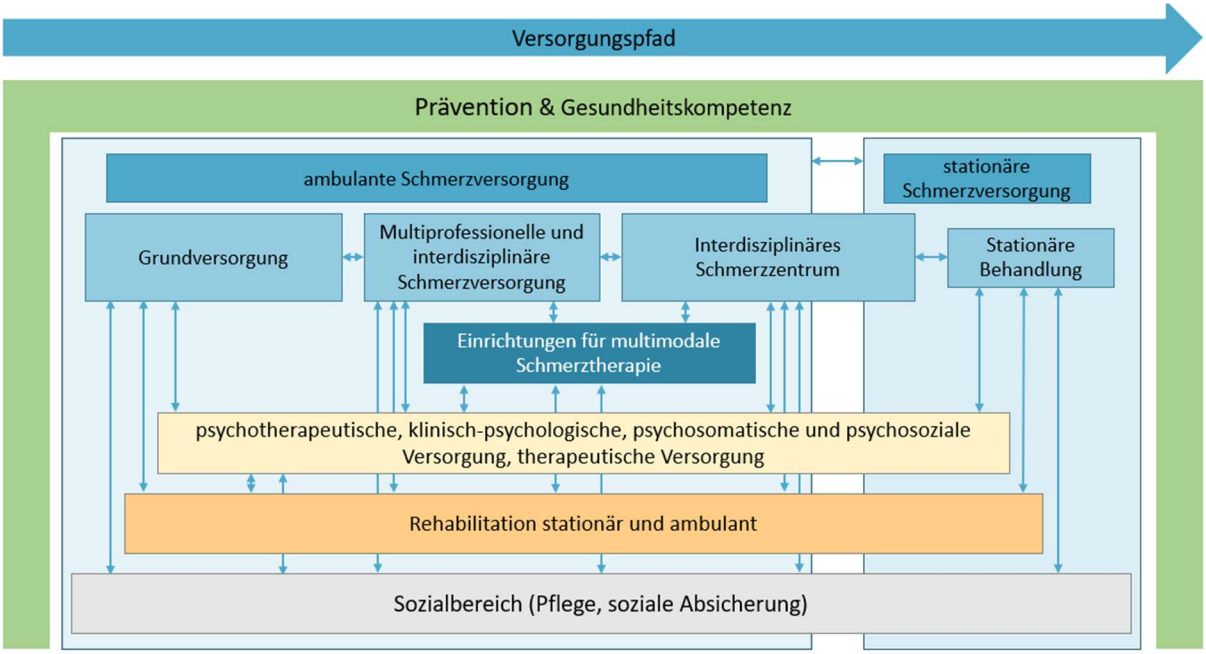
[2] Palliativmedizinische Betreuung: diagnostische Maßnahmen, Therapieanpassung, Symptomkontrolle, Schmerztherapie, Therapiezielfindung, Notfallmanagement

Anmerkung: (x) = bei Bedarf

3.2.4.5 Schmerzversorgung

Multiprofessionelle, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Diagnostik, Behandlung und Begleitung von Menschen mit Schmerzen/Schmerzerkrankungen entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell zur Verbesserung bzw. zum Erhalt der Lebensqualität, Vermeidung von Funktionsverlusten, Kosteneffizienz im Gesundheits- und Sozialwesen (Therapie, Diagnostik, Rehabilitation, stationäre Aufenthalte, Arbeitsausfälle, Arbeitsunfähigkeit etc.) und zur Wiederherstellung bzw. zum Erhalt der Selbstständigkeit und Arbeitsfähigkeit.

VERSORGUNGSMODELL



Modulare, abgestufte Versorgung, ambulante, tagesklinische, stationäre und mobile Angebote:

Die schematische Darstellung zeigt die umfassende fachbereichs- und sektorenübergreifende Versorgung von Schmerzpatienten. Ausgehend von der allgemeinmedizinischen und fachspezifischen Grundversorgung erfolgt bei Bedarf die Weiterleitung in abgestufter Form in spezialisierte Einrichtungen, sowie ggf. die Rückleitung in die, für die fortgesetzte Betreuung adäquate Versorgungsstufe. Der Schwerpunkt liegt in der ambulanten Versorgung, wird aber um stationäre Behandlungsoptionen ergänzt. Die psychosoziale und therapeutische Versorgung ist im Rahmen der Schmerzversorgung jedenfalls miteinzubeziehen. Die Versorgung schließt im Behandlungsprozess ebenso die Bereiche Rehabilitation und Soziales mit ein, diese Bereiche werden im vorliegenden Kapitel jedoch nicht im Detail dargestellt. Die modularen Angebote stehen patientenbezogen im interaktiven Austausch zu- und miteinander. Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz sind in jeder Phase der Versorgung sowie in jedem der Bereiche integraler Bestandteil der Patientenbehandlung.

Prävention & Gesundheitskompetenz

- Gesundheitsförderung und Prävention: primäre, sekundäre, tertiäre und quartäre Prävention (Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung)
- Stärkung der Gesundheitskompetenz von Bevölkerung und betroffenen Personen zur Reduktion der Entstehung und Vermeidung der Chronifizierung von Schmerzen und Schmerzerkrankungen

Grundversorgung Schmerzerkrankungen

- AM, FÄ, TherapeutInnen sowie ggf. DGKP in allen Organisationsformen mit und ohne spezielle Ausbildung
- Ambulant (inkl. Hausbesuche)
- Erstuntersuchung[137] (Anamnese und klinische Untersuchung)
- Erkennen gefährlicher Verläufe („red flags“)
- Erheben psychosozialer und arbeitsplatzbezogener Risikofaktoren einer Chronifizierung („yellow, blue, black flags“)
- Einleiten der leitliniengerechten Diagnostik inkl. Nachkontrollen
- Einleiten und laufendes Reevaluieren der leitliniengerechten Therapie
- Fachbereichsspezifische Schmerzversorgung
- Primäres Ziel: Edukation, Behandlung, Reevaluierung und Koordination
- Sofern in angemessenem Zeitrahmen[138] keine zufriedenstellende Verbesserung der Lebensqualität erreichbar ist, Weiterleiten in nachgelagerte spezialisierte Strukturen der multiprofessionellen und interdisziplinären Schmerzversorgung
- Lotsenfunktion im gesamten Behandlungsprozess durch AM/FÄ

Multiprofessionelle und interdisziplinäre Schmerzversorgung

- AM und FÄ jeweils mit Zusatzausbildung (z.B. ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ oder eine andere, seitens der ÖÄK als gleichwertig anerkannte Zusatzausbildung) mit überwiegender Tätigkeit in der Schmerzversorgung in allen Organisationsformen
- Standardisiertes Arbeiten im multiprofessionellen interdisziplinären Setting in Kooperation mit zumindest Klinischen PsychologInnen und/oder PsychotherapeutInnen, sowie PhysiotherapeutInnen und ggf. ErgotherapeutInnen jeweils mit entsprechender, berufsrechtlich vorgesehener Spezialisierung/Weiterbildung[139] in der Schmerzversorgung
- Ambulant (inkl. Hausbesuche), Angebot auch an Randzeiten
- Detailliertes Schmerzassessment inkl. gezieltes Weiterleiten
- Erweiterte Diagnostik und Behandlung inkl. laufender Reevaluierung anhand der Therapieziele
- Weiterleiten in interdisziplinäres Schmerzzentrum oder zur multimodalen Schmerztherapie nach detailliertem Schmerzassessment und Ausschluss von fächerspezifischen Schmerzursachen

Interdisziplinäres Schmerzzentrum

- Organisationseinheit mit interdisziplinärer und multiprofessioneller Besetzung
- Teamzusammensetzung: Zusammenarbeit von zumindest zwei medizinischen Fachbereichen sowie mit klinischen PsychologInnen und/oder PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen und ggf. ErgotherapeutInnen mit entsprechender, berufsrechtlich vorgesehener Spezialisierung/Weiterbildung in der Schmerzversorgung, DGKP als Pain Nurses[140]
- Standardisierte Einbindung weiterer Fachbereiche sowie weiterer Gesundheits- und Sozialberufe vorzugsweise mit entsprechender schmerzspezifischer Weiterbildung
- Kooperation mit Einrichtungen für multimodale Schmerztherapie[141]
- Ambulant, tagesklinisch, ggf. stationär
- Öffnungszeiten von mind. 30 h/Woche inkl. Randzeiten

[137] unter Beachtung fachspezifischer Leitlinien (z.B. Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz, Leitlinie Kreuzschmerz, neuropathischer Schmerz etc.), orientierungshilfe.at, Patientenmaterialien

[138] Für das jeweilige Schmerzsyndrom definierte Zeiträume (z.B. unspezifischer Rückenschmerz 4-6 Wochen)

[139] berufsrechtlich vorgesehene Spezialisierungen/Weiterbildungen: z.B. Spezialisierungsbereich „Schmerzpsychologie“ gem. § 29 Abs. 5 Psychologengesetz 2013

[140] Weiterbildung Schmerzmanagement gem. § 64 GuKG

[141] Als „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ wird die gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen bezeichnet, in die verschiedene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel eingebunden sind (Arnold 2009).

- Versorgung nach Ausschöpfen der anderen Stufen
- Hochspezialisierte Diagnostik und therapeutische Schmerzversorgung, invasive Verfahren inkl. Komplikationsmanagement

Stationäre Versorgung

- Durchführen überwachungspflichtiger Verfahren wie z.B. Einstellung intrathekaler und intravenöser Therapieformen
- Fachbereichsspezifische konservative Behandlung inkl. Testung von Therapieoptionen
- Operative Versorgung nach abgeschlossener Diagnostik

Einrichtungen für multimodale Schmerztherapie

- Unabhängig von Organisationsform Anbieten von Programmen mit entsprechendem Umfang (z.B. 100 Stunden über 4 Wochen bei Rückenschmerzen)
- Programmhaftes Arbeiten im multiprofessionellen Team
- Therapieintensität abhängig von Diagnose und Behandlungsbedarf
- Öffnungszeiten: Montag bis Freitag täglich, mind. 30 h/Woche inkl. Randzeiten

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

<table>
<tr><th>Versorgungsstufen</th><th>Grundversorgung</th><th>Multiprofessionelle und interdisziplinäre Schmerzversorgung</th><th>Interdisziplinäres Schmerzzentrum</th><th>Stationäre Versorgung</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Teamzusammensetzung</td><td rowspan="2">AM/FÄ mit und ohne spezielle schmerzmedizinische Ausbildung

Fallbezogen Zusammenarbeit mit unten genannten Berufsgruppen (mit und ohne spezielle Weiterbildung)</td><td>• AM/FÄ mit Zusatzausbildung (ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“) und entsprechender Erfahrung/überwiegender Tätigkeit in der Schmerzversorgung in Kooperation mit:
• Klinischen PsychologInnen und/oder PsychotherapeutInnen
• PhysiotherapeutInnen und ggf. ErgotherapeutInnen
jeweils mit entsprechender Spezialisierung/Weiterbildung in der Schmerzversorgung</td><td>Fixe Teamzusammensetzung:
• FÄ mit Zusatzausbildung aus zumindest zwei unterschiedlichen Fachbereichen
• DGKP als Pain Nurses
• klinischen PsychologInnen und/oder PsychotherapeutInnen
• PhysiotherapeutInnen und ggf. ErgotherapeutInnen
jeweils mit entsprechender Spezialisierung/Weiterbildung in der Schmerzversorgung</td><td>Zusammenarbeit von behandlungsrelevanten Fachbereichen</td></tr>
<tr><td colspan="3">Zusammenarbeit mit weiteren unten genannten Berufsgruppen mit spezieller Weiterbildung in der Schmerzversorgung</td></tr>
<tr><td>Multiprofessionelle Zusammenarbeit von…</td><td colspan="4">Diätologie, Physiotherapie und/oder Ergotherapie, Psychotherapie und/oder Klinische Psychologie, Soziale Arbeit, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege</td></tr>
<tr><td>Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit…</td><td colspan="4">anderen Schmerzversorgungseinrichtungen</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Intersektorale Zusammenarbeit mit…</td><td colspan="4">Rehabilitationseinrichtungen ambulant und stationär</td></tr>
<tr><td colspan="4">Sozialen Unterstützungsangeboten: Pflege, soziale Absicherung, berufliche Wiedereingliederung</td></tr>
<tr><td>Zusammenarbeit mit…</td><td colspan="4">ErfahrungsexpertInnen und Selbsthilfeorganisationen, Netzwerken</td></tr>
</table>

→ **Prozessqualität:**

→ Strukturierte **Kommunikation und Dokumentation** inkl. standardisierte Informationsweitergabe über ELGA (ab technischer Möglichkeit)

→ Arztbrief, Anamnese, Assessments, Befunde, Medikation, Therapieplan (inkl. erfolgte Maßnahmen, frustrane Maßnahmen, Hilfsmittel etc.)

→ Regelmäßige **interdisziplinäre und multiprofessionelle Fallbesprechungen** des Behandlungsteams zumindest ab der Stufe „multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung“

→ Erstellen eines Therapieplans anhand der Therapieziele inkl. Reevaluierung des Behandlungsfortschrittes, der Erreichung der Therapieziele und Patientencompliance

→ Dokumentation der Inhalte und Ergebnisse

- → Etablierung von **interdisziplinären und multiprofessionellen Schmerzboards** zur interdisziplinären Beratung und gemeinsamen Festlegung von Diagnostik und Therapien bei komplexen und/oder chronifizierten Schmerzerkrankungen
  - → Einbringen von PatientInnen mit komplexen Schmerzerkrankungen und/oder nach vorangegangenen frustranen Therapieversuchen
  - → Zusammensetzung aus VertreterInnen relevanter beteiligter Fachrichtungen und Berufsgruppen mit Zusatzqualifikation in der Schmerzversorgung
  - → Organisatorische Umsetzung je nach lokalen/regionalen Gegebenheiten adaptieren (z.B. Videokonferenzen etc.)
  - → Dokumentation der Inhalte und Ergebnisse
  - → an interdisziplinären Schmerzzentren

- → **Multiprofessionelles „interdisziplinäres Schmerzassessment“**[142]
  - → Ärztliche körperliche Untersuchung über die segmentale Ebene hinaus
  - → Klinisch-psychologische/psychotherapeutische und bewegungstherapeutische Untersuchung
  - → unterstützt durch standardisierte Instrumente für das frühzeitige Erkennen von Chronifizierungsfaktoren/des Chronifizierungsrisikos (z.B. standardisierte Fragebögen)
  - → gemeinsame Besprechung der Befunde und weitere Therapieplanung
  - → ggf. gezieltes Weiterleiten

LEISTUNGSBEREICHE

Versorgungsstufen	Grundversorgung	Multiprofessionelle und interdisziplinäre Schmerzversorgung	Interdisziplinäres Schmerzzentrum	Stationäre Versorgung
Leistungsbereiche				
Edukation über Präventionsmaßnahmen, -programme und -projekte	x	x	x	x
Stärken der Eigenkompetenz, Patient Empowerment	x	x	x	x
Erkennen von „yellow flags“ (Psychosoziale Risikofaktoren für die Chronifizierung)	x	x	x	x
Erkennen von „blue/black flags“ (Arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren)	x	x	x	x
Erkennen von „red flags“ (Warnhinweise für akuten Abklärungsbedarf) sowie zeitnahes Einleiten der fachspezifischen Diagnostik und Therapie	x	x	x	x
Differentialdiagnostik	x	x	x	x
Basisassessment inkl. Bewerten des Chronifizierungsrisikos unter Zuhilfenahme von leitlinienkonformen, standardisierten Instrumenten (z.B. STarT Back Tool143)	x	-	-	-
Detailliertes Assessment mit leitlinienkonformen, standardisierten Instrumenten	-	x	x	x
Regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen durch die behandelnden Berufsgruppen	-	x	x	x
Bereitstellen von Informationen (digital, Broschüren etc.)	x	x	x	x
Erheben sozialer Faktoren ggf. Weiterleiten	x	x	x	x
Multimodale Schmerztherapie nach dem bio-psycho-sozialen Modell	optional	am Standort oder in Kooperation		
Implantation Schmerzpumpe	-	-	x	x
Invasive Diagnostik	-	-	x	x
Neurostimulationsverfahren	-	-	x	x
Testung von Therapieoptionen	-	x	x	x
Psychoedukation	-	x	x	x
Angehörigenberatung	x	x	x	x
Biofeedback	optional	x	x	x

[142] Bezeichnung gemäß Leitlinie Kreuzschmerz
[143] https://startback.hfac.keele.ac.uk/wp-content/uploads/2019/02/German-translation_STarT-Back-Tool.pdf

3.3 Rehabilitation

Die Einhaltung der Qualitätskriterien zur stationären und ambulanten Rehabilitation von Erwachsenen sowie zur stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist eine Voraussetzung für eine Vertragsbeziehung mit der Sozialversicherung. Diese Qualitätskriterien sind im Rehabilitationsplan i.d.g.F. enthalten.

Zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen zählt auch eine ausreichende Personalausstattung mit allen für das Leistungsangebot erforderlichen Berufsgruppen. Der Ressourceneinsatz an Personal und Infrastruktur ist entsprechend den betrieblichen Erfordernissen sowie den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall jedenfalls gesetzeskonform sicherzustellen.

3.4 Sektorenübergreifende Qualitätskriterien

3.4.1 Qualitätsstrategie

Die Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen[144] schafft seit 2010 Grundlagen, um Qualitätsaktivitäten in allen Sektoren koordiniert und gebündelt setzten zu können. Qualitätsvolle Gesundheitsversorgung ist gemäß Strategie patientenorientiert, nachhaltig, wirksam, sicher und vernetzt. Die Kommunikation erfolgt auf Augenhöhe am „Best Point of Service“ unter Berücksichtigung des Prinzips „digital vor ambulant vor stationär“.

3.4.2 Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme

Die 2026 vom BMASGPK publizierten Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme[145] sind von allen von allen Gesundheitsdiensteanbietern im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung verbindlich zu berücksichtigen und legen einen Rahmen fest, um die Patientensicherheit sowie die Sicherheit der MitarbeiterInnen zu erhöhen. PatientInnen sollen auf die Qualität im Gesundheitssystem vertrauen können, unabhängig davon, in welcher Region oder in welchem Versorgungssektor die Leistung erbracht wird.

Durch die Verknüpfung mit den bundesweiten Qualitätsberichterstattungen in den intra- und extramuralen Versorgungsbereichen wird es den Verantwortlichen ermöglicht, die Erfüllung der Mindestanforderungen zu überprüfen und Verbesserungen zu initiieren. Dazu werden die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme – unter Einbindung fachlich qualifizierter ExpertInnen – an die spezifischen Gegebenheiten der jeweiligen GDA angepasst und in einen Fragebogen zur Selbstbewertung der Qualitätsarbeit übergeführt. Ergänzend zur Selbstbewertung kann die Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme durch externe Überprüfung beurteilt werden.

[144] https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstrategie-fuer-das-oesterreichische-Gesundheitswesen.html

[145] Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme, siehe https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Patientinnensicherheit-und-Patient-inneninformationen/Mindestanforderungen-an-Qualitaetsmanagementsysteme.html

3.4.3 Patientensicherheit

Patientensicherheit ist die proaktive, systembasierte Gestaltung der Gesundheitsversorgung durch systemische Ansätze mit dem Ziel, PatientInnen vor vermeidbaren Schäden im Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren und Sicherheit aktiv zu erzeugen. Sie verbindet das Lernen aus Fehlern (rückwärtsgerichtet) mit dem vorausschauenden Design von Abläufen und Rahmenbedingungen (vorwärtsgerichtet) und integriert sichere Systemgestaltung sowie Mitarbeitersicherheit.

Die **österreichweite Patient:innensicherheitsstrategie 3.0**[146] dient als Orientierungshilfe für alle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen. Ziel ist es, das Bewusstsein für die vielfältigen Aspekte von Patientensicherheit zu schärfen und Behandlungsrisiken zu minimieren.

Zur Implementierung einer Sicherheitskultur wurde das Critical Incident Reporting System (CIRS)[147] als Internetplattform eingerichtet, die für MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen das Lernen aus unerwünschten Ereignissen ermöglicht. Die Plattform steht auch für Meldungen von PatientInnen offen.

3.4.3.1 Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Hygiene

Nosokomiale Infektionen bzw. Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen sind Infektionen, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer anderen Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung auftreten. Infektionen, die schon vor der Aufnahme oder vor der Behandlung bestehen oder sich bereits in der Inkubationszeit befinden, werden nicht dazu gerechnet.[148]

Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (HAI = Healthcare associated infections) haben erhebliche medizinische und ökonomische Bedeutung und stellen eine Herausforderung in der optimalen Betreuung von PatientInnen dar. Weitere Informationen sind im Nationalen Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz NAP-AMR[149] und in der Rahmenrichtlinie zur Erfassung von Krankenhauskeimen in der jeweils gültigen Fassung enthalten[150].

Hygiene nimmt in der Infektionsvermeidung im medizinischen Umfeld eine Schlüsselrolle ein. Mit hygienischen Maßnahmen vor, während und nach medizinischen Behandlungen lassen sich Infektionen von PatientInnen vermeiden und damit die Patientensicherheit erhöhen.

Empfehlungen für Krankenhaushygiene wurden im Expertenpapier „PROHYG 3.0“[151] erarbeitet, woraus der **Qualitätsstandard „Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“** entwickelt wurde.

Zur Vermeidung von gesundheitssystem-assoziierten Infektionen im Rahmen von invasiven Eingriffen und Operationen, aber auch im Sinne des Arbeitnehmerschutzes, sind neben den Standardmaßnahmen bei invasiven Leistungen zusätzliche Hygienemaßnahmen unerlässlich. Neben den Verhaltensweisen, der Ausbildung und dem Erfahrungsstand des Personals betrifft dies insbesondere adäquate bauliche Strukturen, apparativ-technische Ausstattung und organisatorische Maßnahmen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität).[152]

---

[146] Patient:innensicherheitsstrategie 3.0 siehe https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Patient-innensicherheit-und-Patient-inneninformationen/Patientensicherheitsstrategie-3.0.html

[147] https://www.cirsmedical.at/

[148] siehe https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaets-standards/QS-Krankenhaushygiene----Qualitaetsstandard-Organisation-und-Strategie-der-Krankenhaus-Hygiene.html

[149] siehe https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Antimikrobielle-Resistenzen.html

[150] siehe https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Patient-innensicherheit-und-Patient-inneninformationen/Rahmenrichtlinie-zur-Erfassung-von-Krankenhauskeimen.html

[151] siehe PROHYG 3.0

[152] AWMF S1-Leitlinie 029 - 014 Hygieneanforderungen beim ambulanten Operieren (Version 3.0) gültig bis 31.01.2023 (Unterlage in Überarbeitung) https://register.awmf.org/assets/guidelines/029-014l_S1_Hygieneanforderungen-beim-ambulanten-Operieren_2019-07.pdf

Umfasst sind, neben der Phase des Eingriffs/der Operation selbst, insbesondere auch die vor- und nachgelagerten Prozessschritte (inkl. beispielsweise Instrumentenaufbereitung und persönliches Verhalten in der Wahrnehmung der Hygienemaßnahmen). Die Messung der Ergebnisqualität/des Outcomes (z.B. methodische Erfassung/Surveillance von postoperativen Wundinfektionen) ist eine erforderliche Qualitätssicherungsmaßnahme in jeder Gesundheitseinrichtung.

In Bezug auf die Strukturqualität für die Leistungserbringung wird auf Basis bestehender rechtlicher Grundlagen und Richtlinien[153] eine Standardisierung der Raumkategorien im Anhang 11 definiert. Sofern in der Leistungsmatrix ambulant (Anhang 7) eine Zuordnung einer Raumkategorie als Aus-stattungskriterium zu einer Leistung erfolgt, ist diese als Mindestanforderung zu bewerten – die Entscheidung über die Wahl einer höheren Raumkategorie muss in Abhängigkeit von patienten-spezifischen Anforderungen (Vorerkrankungen, individuelles Infektionsrisiko etc.) getroffen werden.

Antiinfektiva-Anwendung

Resistenz und Multiresistenz gegen antimikrobiell wirksame Arzneimittel (Antiinfektiva) bei Mikroorganismen sind ein weltweites, zunehmendes Gesundheitsproblem. Durch die inadäquate Anwendung von Antiinfektiva in der Human- und Veterinärmedizin sowie in der Landwirtschaft wird die Gefahr der Entstehung und Weiterverbreitung antimikrobieller Resistenzen erhöht. Gesundheitseinrichtungen kommt eine besondere Verantwortung zu, die Entstehung und Ausbreitung von Resistenzen zu verhindern und die Wirksamkeit der vorhandenen antimikrobiell wirksamen Substanzen zu erhalten.

Der Qualitätsstandard Antiinfektiva-Anwendung in Krankenanstalten[154] zielt darauf ab, die Anwendung von Antiinfektiva zu optimieren, um durch einen umsichtigen Einsatz die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu erhöhen und Resistenzentwicklungen zu minimieren. Der Anwendungsbereich ist hierbei auf Krankenanstalten begrenzt, wobei das Nahtstellenmanagement zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich in einer der 12 Empfehlungen thematisiert wird.

3.4.4 Prozessqualität im Gesundheitssystem

Prozessqualität beschreibt Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden[155].

Allgemeine Kriterien der Prozessqualität

- Patientenzentrierte Versorgungskoordination
- Vereinbaren von Prozessen/Pfaden für Abläufe, die verschiedene Versorgungsstufen und/oder Fachbereiche und/oder Leistungserbringer umfassen
- Sicherstellen möglichst leitlinienbasierter Versorgung in allen Versorgungsstufen
- Institutionalisierte Kooperation/Koordination zwischen den Leistungserbringern und Institutionen inkl. der Dienste und Einrichtungen im Sozialbereich (z.B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte, mobile Dienste, etc.), inkl. standardisierter Informationsweitergabe
- Kontinuierliche Verbesserung gemäß Public Health Action Cycle (siehe → *Glossar*)

[153] Literatur siehe Anhang 11
[154] Qualitätsstandard Antiinfektiva-Anwendung in Krankenanstalten
[155] vgl. § 2, Abs. 9 GQG

3.4.4.1 Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung (IV) ist eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung.[156] Sie umfasst Prozess- und Organisationsintegration.

Als Grundlage für die Umsetzung Integrierter Versorgung können Strategien (z.B. Demenzstrategie[157]) und Qualitätsstandards dienen. Die Qualitätsstandards Integrierte Versorgung Schlaganfall[158] und Integrierte Versorgung Chronische Wunden[159] legen einen Fokus auf diese Art der Versorgung. Auch der Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz[160] basiert auf einem Konzept zur abgestuften Versorgung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen und gibt Vorgaben für patientenorientierte Versorgungsprozesse über alle Sektoren hinweg.

IV-Programme sind die programmhafte Umsetzung von Integrierter Versorgung für Gruppen von Menschen mit besonderem Bedarf oder mit komplexen Krankheitsbildern, bei welchen die Versorgungsprozesse strukturiert und verbindlicher geregelt werden. Beispiele: IV-Schlaganfall in Tirol, Oberösterreich und Steiermark[161]; Herzinsuffizienz in Salzburg[162]

Disease-Management-Programme sind eine Form Integrierter Versorgungsprogramme, bei welcher zusätzlich der Fokus auf das aktive Mitwirken der PatientInnen gelegt wird (Zielvereinbarungen, Schulungen, Selbstmanagementtrainings etc.). Beispiel: Diabetes mellitus Typ 2 – „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“[163]

Case Management geht individuell und situationsbezogen auf die patientenspezifischen Bedürfnisse ein und unterstützt die integrierte Organisation des Versorgungsprozesses im Gesundheits- und Sozialbereich. Im **Care Management** wird dabei der Aufbau eines Netzwerkes zur lokalen Zusammenarbeit mit dem Ziel gültige Lösungen für die Versorgung im Sozial- und Gesundheitswesen zu finden, unterstützt.

3.4.4.2 Nahtstellenmanagement

Unter Nahtstellenmanagement (NSM) wird die prozessbezogene Organisation der Versorgungsübergänge an den Nahtstellen innerhalb des Gesundheitswesens und zum Sozialbereich verstanden.

Ein funktionierendes Nahtstellenmanagement umfasst soziale, ärztliche, pflegerische, therapeutische und pharmazeutische Versorgung in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen bzw. Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens. Gesundheitsförderung und Prävention sind ebenfalls als Teil eines funktionierenden Nahtstellenmanagements zu betrachten. Die Verbesserung des Managements an den Nahtstellen soll den Betreuungsverlauf patientenorientiert, rasch, reibungs- und lückenlos, effektiv, effizient und sinnvoll sicherstellen.

Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Der strukturierte Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards wird als **Aufnahmemanagement** bezeichnet.

---

156 vgl. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 3 Z 12

157 Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz“ Unterstützung bei Demenz & österreichische Demenzstrategie

158 Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall

159 Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Chronische Wunden

160 Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz

161 Eine Analyse der bestehenden IV-Schlaganfall Programme wurde im Rahmen der Arbeiten zum Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall erstellt. Informationen zum Projekt in Tirol können auf folgender Web-Seiten abgerufen werden: https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/krankenanstalten/behandlungspfad-schlaganfall/projekt/

162 Beispiel: „KardioMobil - Heimbetreuung für Herzinsuffizienz-PatientInnen“, siehe https://www.gesundessalzburg.at/avos/was-wir-tun/praeventionsprojekte/kardiomobil/

163 Beispiel: Disease Management Programm für Personen mit Diabetes Mellitus Typ2, “Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“, siehe www.therapie-aktiv.at

Entlassungsmanagement umfasst die standardisierte Organisation im Sinne des Case Managements pflegerischer, medizinischer und sozialer Dienstleistungen institutionenübergreifend im Anschluss an die Krankenhausentlassung für PatientInnen mit multiplem Versorgungsbedarf. Unabhängig davon ist für alle PatientInnen eine geordnete Entlassungsplanung sicherzustellen, auch wenn kein oder kaum Unterstützungsbedarf vorliegt.

Im **Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (QS AUFEM)** wird der organisatorische Weg der PatientInnen rund um den akutstationären Aufenthalt beschrieben. Der Fokus der Darstellung liegt auf den Prozessschritten Zuweisung, Aufnahme, Entlassungsvorbereitung und Entlassung. Die dafür erarbeiteten Empfehlungen sollen wie bisher auf regionaler Ebene umgesetzt werden und lassen daher ausreichend Freiraum für die individuelle Umsetzung sowie die Berücksichtigung lokaler und sektoraler Spezifika. Der QS AUFEM bezieht sich primär auf organisatorische Rahmenbedingungen, d. h. es werden keine medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Interventionen beschrieben. [164]

3.4.4.3 Präoperative Diagnostik

Präoperative Diagnostik wird als das bedarfsgerechte Erstellen präoperativer Befunde bzw. das Verwenden bestehender aktueller Befunde zur Stratifizierung des perioperativen Risikos bei elektiven Eingriffen definiert.

Die **Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen (BQLL PRÄOP)**[165] richtet sich an alle stationären und ambulanten Einrichtungen (Ordinationen, Institute, Krankenanstalten) im Gesundheitswesen, die an der präoperativen Diagnostik beteiligt sind.[166] Die präoperative Diagnostik beruht in erster Linie auf einer, laut Vorgaben der medizinischen Quellleitlinie[167], sorgfältigen Anamnese, entsprechenden klinischen Untersuchungen und vorgegebenen Befundungen. Abklärungen und Vorbereitungen auf elektive Operationen sollen personenspezifisch und nicht mehr routinemäßig vorgenommen werden.

Patient Blood Management

Gemäß der „Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status“ der Weltgesundheitsorganisation ist PBM ein Konzept, das auf die Erhöhung der Blutgesundheit der Gesamtbevölkerung abzielt.

Der Qualitätsstandard zum Thema "patientenorientiertes Blut-Management" - die internationale Bezeichnung ist Patient Blood Management (PBM)[168] - bezieht sich auf erwachsene Patientinnen und Patienten, die sich einem geplanten, blutungsriskanten Eingriff unterziehen. Patientenorientiertes Blutmanagement hat den gesamten Prozess von der präoperativen Vorbereitung, intraoperative Maßnahmen bis hin zur postoperativen Betreuung der Patientinnen und Patienten im Fokus.

Der Qualitätsstandard richtet sich an alle Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister, die solche Eingriffe durchführen oder begleiten. Das Hauptziel ist es, die Sicherheit und Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

---

[164] Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (QS AUFEM) siehe: Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement – QS AUFEM

[165] Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (BQLL PRÄOP) siehe: Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen - BQLL PRÄOP

[166] Von der SV-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft (SVC) wurde dafür die EDV-Lösung PROP zur Verfügung gestellt, es ist jedoch auch die Nutzung gleichwertiger EDV-Lösungen möglich.

[167] Medizinische Quellleitlinie „Leitlinie präoperativer Patientenevaluierung“ der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)

[168] Qualitätsstandard Patient Blood Management

Vorsorgekoloskopie

Ziel des Qualitätsstandards Vorsorgekoloskopie[169] ist eine bundesweite, evidenzbasierte Vorgangsweise betreffend die Vorsorgekoloskopie. Durch die Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (bzw. der Vorstufen) und die damit möglichst frühzeitige Einleitung entsprechender Therapiemaßnahmen sollen die Krankheitslast und Sterblichkeit verringert werden. Die Umsetzung soll gemäß den regionalen strukturellen Gegebenheiten erfolgen.

3.4.5 Ergebnisqualität

Ergebnisqualität ist die „messbare Veränderung des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen“[170].

Umfassende Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Versorgung erfordert die Betrachtung von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Das Erfassen der Ergebnisqualität dient der Sicherstellung hoher medizinischer Versorgungsqualität und der Patientensicherheit. Ergebnisqualitäts-Daten liefern Anhaltspunkte für eine Struktur- und Prozessoptimierung, die wiederum zu besseren Ergebnissen führt.

Ein österreichweites Erfassen von Ergebnisqualitäts-Parametern bietet den Gesundheits-Dienstleistern den Vorteil, dass ein nationaler und auch ein internationaler Vergleich stattfinden können.

2011 wurde die bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten (**Austrian Inpatient Quality Indicators A-IQI** inkl. Peer-Reviews), die für alle Krankenanstalten verpflichtend ist, umgesetzt. Über A-IQI werden anhand von routinedatenbasierten, altersstandardisierten Qualitätsindikatoren statistische Auffälligkeiten identifiziert, die mit Hilfe von Peer-Review-Verfahren aufgearbeitet und so einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zugeführt werden.[171]

Auch für den ambulanten/niedergelassenen Bereich wurde ein Konzept zur Qualitätsmessung entwikkelt (**Qualitätsmessung im ambulanten Bereich – A-OQI**) um qualitätsverbessernde Maßnahmen zu initiieren. Seit 2021 werden im Rahmen ambulanter Qualitätszirkel zu verschiedenen Themenschwerpunkte auf Basis ausgewählter Indikatoren Verbesserungspotenziale diskutiert und Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung auf Bezirksebene abgeleitet.[172]

Die Vorteile einer Qualitätsmessung aus Routinedaten liegen in der bundesweiten Datenverfügbarkeit sowie in der Reduktion des Dokumentationsaufwandes verglichen mit zusätzlichen Datenerfassungen. Darüber hinaus sind für eine umfassende Qualitätsmessung und -sicherung im Hinblick auf Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren auch andere Daten-/Informationsquellen heranzuziehen.

Eine derartige Möglichkeit ist das Führen von **Registern**. Diese gestatten es, Patientendaten zu sammeln und statistisch auszuwerten. Unterschieden werden epidemiologische Register, klinische Register und Qualitätsregister.[173] Aktuell werden vier bundesweite Qualitätsregister geführt: Stroke-Unit-Register, Register zur Qualitätssicherung in der Herzchirurgie, Herzschrittmacher-, ICD- und Loop-Recorder-Register sowie In-Vitro-Fertilisations-Register.[174]

Je nach Art des Registers können spezifische Fragen formuliert und anhand der Daten beurteilt werden. Der Aufgabenschwerpunkt im Rahmen der Qualitätsregister liegt in der Erhebung, Zusammenführung, Aufbereitung, Analyse und Visualisierung von Qualitätsdaten sowie in der Berechnung von ausgewählten Indikatoren für das System A-IQI.

---

169 Qualitätsstandard Vorsorgekoloskopie

170 Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004)

171 https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html

172 A-OQI siehe: Ambulante Qualitaetszirkel

173 https://goeg.at/Koordinationsstelle_Qualitaetsregister

174 Qualitätsregister

Sektorenübergreifende Patientenbefragung[175]

Patientinnen und Patienten sind wichtige InformationsträgerInnen im Gesundheitswesen. Ihre Erwartungen und Erfahrungen liefern wertvolle Erkenntnisse, auf deren Grundlagen Optimierungen und Weiterentwicklungen erfolgen können.

Die regelmäßige Durchführung von sektorenübergreifenden Befragungen zu Patientenerfahrungen mit den Leistungen im Gesundheitswesen sind ein wesentlicher Baustein der Ergebnisqualität. Von besonderem Interesse ist dabei die Erhebung der Patientensicht zu den Prozessen innerhalb der einzelnen Versorgungsbereiche sowie insbesondere zu den Abläufen zwischen dem ambulanten und dem stationären Gesundheitsversorgungsbereich.

Aus den Ergebnissen dieser Befragung können Maßnahmen abgeleitet werden, die zu einer kontinuierlichen Optimierung des gesamten Versorgungsprozesses beitragen. Auf Basis der Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2022 wurde ein Factsheet mit dem Titel „Maßnahmenempfehlungen, basierend auf den Ergebnissen der Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2022“ erstellt. Dieses stellt der Zielsteuerung-Gesundheit konkrete Empfehlungen beziehungsweise Projektvorschläge zur Verfügung.[176]

[175] https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsberichterstattung/Patientinnen--und-Patientenbefragung-2015.html

[176] Maßnahmenempfehlungen, basierend auf den Ergebnissen der Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2022. Factsheet - Jasmin - Journals, Articles, Symposiums, Monographs Information Network

4 GROSSGERÄTEPLAN

→ *Die für eine Verordnung zum ÖSG vorgesehenen Inhalte aus dem Kapitel 4 sind blau unterlegt.*

Im bundesweiten Großgeräteplan (GGP) werden die medizinisch-technischen Großgeräte festgelegt, die der öffentlichen Versorgung dienen. Der Großgeräteplan enthält die bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderliche Anzahl der Großgeräte und umfasst folgende Großgeräte:

- Computertomographiegeräte (CT)
- Magnetresonanz-Tomographiegeräte (MR)
- Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographiegeräte (SPECT; inkl. SPECT/CT)
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze) (COR)
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR) (Linearbeschleuniger)
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET/CT)

Zur näheren Beschreibung der einzelnen Gerätearten siehe → *Glossar*.

Der Großgeräteplan enthält Grundsätze und Ziele der Großgeräteplanung (→ *Kapitel 4.1*) und österreichweite Planungsgrundlagen und Planungsrichtwerte, auf deren Basis die bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderliche Anzahl der Großgeräte geplant wird (→ *Kapitel 4.2*). Ergänzend stellen Qualitätskriterien einen integralen Bestandteil der Planungsaussagen dar (→ *Kapitel 4.3*)[177]. Die für eine Verordnung zum ÖSG vorgesehenen Festlegungen zum Großgeräteplan enthält *Kapitel 4.4.*

4.1 Grundsätze und Ziele

Der GGP enthält den IST-Stand und die Planung der oben genannten Großgerätearten auf Ebene der Bundesländer. Dabei gelten folgende **Grundsätze**:

- Die IST-Zahlen zu den Großgeräten dienen ausschließlich der Information und sind nicht Teil des Plans.
- Die Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung, das sind Strahlentherapiegeräte (STR), Coronarangiographie-Anlagen (COR) und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET/CT; Anm.: PET-Scanner ohne CT-Komponente nicht mehr vorgehalten), ist auf Bundesebene zu vereinbaren. Ebenso auf Bundesebene ist die standortbezogene Planung der übrigen medizinisch-technischen Großgeräte (Computertomographiegeräte (CT), Magnetresonanz-Tomographiegeräte (MR) und Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographiegeräte (SPECT)) zu vereinbaren, wobei eine Abstimmung mit den Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene vorzusehen ist. [178]
- Der GGP enthält die bundesländerspezifische Gesamtanzahl von medizinisch-technischen Großgeräten in **Fonds-Krankenanstalten.** Bei der Planung der Großgeräte in FKA wird die Geräteausstattung von „Nichtfonds-Krankenanstalten“, Rehabilitationszentren und des extramuralen Sektors gemäß jeweiliger Planungs-Vorgabe (siehe → *Anhang 10, Spalte GGP*) berücksichtigt.
- Weiters legt der GGP die bundesländerspezifische Gesamtanzahl von medizinisch-technischen Großgeräten in **Nichtfonds-KA, Rehabilitationszentren und im extramuralen Sektor** fest**.** Bei der Planung dieser Großgeräte wird die Geräteausstattung von FKA gemäß jeweiliger Planungs-Vorgabe (siehe → *Anhang 10, Spalte GGP*) berücksichtigt. Der Ausweis eines Großgerätes in der Planungs-Vorgabe (siehe → *Anhang 10, Spalte GGP*) für Nichtfonds-KA, Rehabilitationszentren und

[177] gemäß Art. 5 Abs. 3 Z 10 der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens; die Umsetzung der Vereinbarung in Art. 5 Abs. 3 Z 10, wonach Planungsgrundlagen und -richtwerte insbesondere auch die von diesen Großgeräten zu erbringenden Leistungen bzw. deren Leistungsspektrum sowie deren Verfügbarkeit berücksichtigen, bedarf entsprechender Grundlagenarbeiten, deren Ergebnisse in weitere Revisionen des GGP einfließen.

[178] gemäß Art. 5 Abs. 3 Z 11 der o.a. Vereinbarung

im extramuralen Bereich ist Voraussetzung für einen allfälligen Kassenvertrag bzw. für eine Kostenerstattung.[179] GesundheitsdiensteanbieterInnen (GDA), die einen Zuschlag in einem Vertragsvergabe-verfahren der Sozialversicherung für ein Großgerät, für welches in der Spalte GGP ein Bedarf ausgewiesen ist, erhalten haben[180], gelten mit Zuschlagserteilung für das jeweilige Versorgungsgebiet bzw. den jeweiligen Standort als planungskonform. Somit ist das in der Spalte GGP für das jeweilige Versorgungsgebiet bzw. den jeweiligen Standort vorgesehene Großgerät diesem/dieser GDA zuzuordnen. Großgeräte, die im Großgeräteplan verzeichnet sind, gelten ab dem Zeitpunkt des sie betreffenden Vertragsendes mit der Krankenversicherung als nicht planungskonform. Das für das jeweilige Versorgungsgebiet bzw. den jeweiligen Standort vorgesehene Großgerät kann, sofern weiterhin ein Bedarf dafür besteht, einem/einer anderen GDA zugeordnet werden. Diese Regelung erfolgt vor dem Hintergrund, dass im Falle einer Kündigung der Vertrauensschutz zu gewährleisten ist.

- **COR und PET/CT** sollen aus gesundheitsplanerischer Sicht im intramuralen Bereich betrieben werden. COR nur im Rahmen von KARS und KARZ.
- **STR** sind – abgesehen vom bereits bestehenden MedAustron – ausschließlich im intramuralen Bereich zu betreiben.
- Alle planungskonformen Großgeräte sind im bundesweiten GGP des ÖSG darzustellen, in den RSG ist jeweils darauf zu verweisen.
- **Funktionsgeräte** sind Großgeräte, die ausschließlich intraoperativ, für unmittelbar erforderliche Abklärung im Schockraum oder für Therapieplanung bzw. -überwachung bei Strahlentherapie zum Einsatz kommen. Sie werden für allgemeine Planungen und Bedarfsprüfungen im Sinne des GGP grundsätzlich nicht berücksichtigt und werden im bundesweiten GGP zu Informationszwecken gesondert im IST-Stand dargestellt. Eine konkrete Widmung eines Großgerätes als ausschließliches Funktionsgerät ist vom jeweils vorgesehenen bzw. bestehenden Einsatzgebiet abhängig und daher individuell nachzuweisen und bedarf einer Bewilligung auf Landesebene (inkl. Kenntnisnahme auf Bundesebene). Dabei sind vorgesehene Behandlungsform, Angaben zur Bedarfsfeststellung und Einrichtung des jeweiligen Gerätes (bspw. Planungs-CT für Strahlentherapie; fix im OP-Raum eingerichtete Großgeräte) zu berücksichtigen.
- Großgeräte in Universitätskliniken, die vornehmlich der universitären Lehre und Forschung dienen, sind vom Großgeräteplan nicht erfasst (**Universitätsklausel)**.

Die **Ziele** des Großgeräteplans sind:

- Die Großgeräte sollen regional möglichst gleichmäßig verteilt und bestmöglich erreichbar sein.
- Die Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch-technischen Großgeräten soll gesamtwirtschaftlich sinnvoll erfolgen.
- Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergebenden medizinischen Anforderungen benötigen.
- Die Versorgungswirksamkeit des extramuralen Bereichs sowie Kooperationspotenziale zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich sind in die Planung mit einzubeziehen.
- Der Planungshorizont des GGP bezieht sich auf das Jahr 2030, sofern in den Fußnoten zur Tabelle je Bundesland nichts Abweichendes vorgesehen ist.

[179] siehe auch § 338 Abs. 2a ASVG

[180] § 3 Abs. 2 und § 3a Abs. 2 KAKuG und Ausführungsgesetze

4.2 Planungsgrundlagen und Richtwerte

Die Planung medizinisch-technischer Großgeräte erfolgt nach quantitativen und qualitativen Planungskriterien; abgesehen von CT gibt es darüber hinaus ergänzende Planungsgrundlagen.

Quantitative Kriterien

Zur Berechnung des Großgerätebedarfes werden pro Großgerät Einwohnerrichtwerte (Anzahl der EinwohnerInnen je Großgerät bzw. Anzahl an GG/Mio. EW) und Erreichbarkeitsrichtwerte herangezogen. Neben diesen vorgegebenen Planungsrichtwerten, die sich an einem Ein-Schicht-Betrieb (8h-Betriebszeit) orientieren, ist die tatsächliche Verfügbarkeit der Vorhaltungen im intra- und extramuralen Bereich für die entsprechende Leistungserbringung zu berücksichtigen.

Planungsrichtwerte

Gerätegruppe/Verfahren	Erreichbarkeit (in Minuten)[1]	Einwohnerrichtwert[2]	Großgeräte pro 1 Mio. EW[2]
Computertomographie (CT)	30	30.000-44.000	22,7-33,3
Magnetresonanz-Tomographie (MR)	45	39.000-53.000	18,9-25,6
Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie (SPECT)	45	80.000-100.000	10,0-12,5
Strahlentherapie (STR)[3]	90	115.000-135.000	7,4-8,7
Coronarangiographie (COR)[4]	60	150.000-200.000	5,0-6,7
Positronen-Emissions-Tomographie (PET/CT)[5]	60	250.000-350.000	2,9-4,0

[1] Erreichbarkeitsfrist in Minuten, innerhalb der zumindest 90 % der Wohnbevölkerung im Straßen-Individualverkehr den jeweils nächstgelegenen leistungsanbietenden Standort erreichen können sollen
[2] minimale und maximale Zahl an EinwohnerInnen je Gerät bzw. minimale und maximale Zahl der Großgeräte nach GG/1.000.000 EW
[3] Neben den in der Strahlentherapie etablierten Bestrahlungsformen mittels Elektronen und Photonen ist in Hinblick auf die Evidenzlage zusätzlich zu der in Niederösterreich vorhandenen Einrichtung bundesweit keine weitere Vorhaltung von alternativen Verfahren wie die Hadronen-/Partikeltherapie vorzusehen.
[4] Richtwerte gültig auch für medizinisch-technische bildgebende Geräte, mit denen COR-Leistungsspektren erbracht werden können. Exkl. Vorhaltungen für EPU (EPU: Elektrophysiologische Untersuchung).
[5] Anm.: PET/MR: Keine planerische Berücksichtigung bzw. standortspezifische Abbildung im GGP, solange keine Relevanz in der klinischen Routine vorliegt.

Die **Standorte** der Großgeräte sollen möglichst auch im öffentlichen Verkehr gut erreichbar sein (z.B. Bezirkshauptort, Verkehrsknotenpunkt) und/oder an Standorten anderer Gesundheitsversorgungseinrichtungen (z.B. Fonds-Krankenanstalten, Primärversorgungseinrichtungen, Gesundheitszentren) geplant werden.

Die Planungsrichtwerte beziehen sich grundsätzlich auf Bundeslandebene und sollen nur in begründeten Ausnahmefällen über- bzw. unterschritten werden. Bei der regionalen Planung der Großgeräte sind **Austauschbeziehungen von PatientInnen** (Gastpatientensaldo[181]) und **sektorenübergreifende Kooperationsvereinbarungen** (Kooperationsgeräte[182]) zu berücksichtigen.

[181] Gastpatientensaldo: Bei Heranziehung des Einwohnerrichtwerts ist die Bemessungsgrundlage um den Saldo zwischen der Inanspruchnahme von Großgeräten einer Planungsregion durch GastpatientInnen aus anderer Region und der Inanspruchnahme von Großgeräten anderer Regionen durch die EinwohnerInnen dieser Planungsregion (gemäß den jeweils aktuellen XDok-Daten) zu erweitern.
[182] Kooperationsgeräte: Bei regionalen Planungen kann die Geräteanzahl im Ausmaß der sektorenbezogenen Inanspruchnahme von Kooperationsgeräten im mitversorgten Sektor (gemäß den jeweils aktuellen XDok-Daten) erhöht werden. Bei nicht verfügbaren Inanspruchnahmedaten kann das Kooperationsgerät unter Berücksichtigung von vergleichbaren bereits bestehenden Kooperationen bewertet werden. Zu berücksichtigende Kooperationsgeräte sind im GGP auszuweisen.

Qualitative Kriterien

Neben den angeführten Planungsrichtwerten können für Planungsentscheidungen **weitere Faktoren** herangezogen werden wie z.B. Leistungsspektren in Krankenanstalten, inkl. Berücksichtigung einer Vorhaltenotwendigkeit für den akuten Bedarfsfall, Geräteauslastungen und Wartezeiten sowie organisatorische oder betriebs-/gesamtwirtschaftliche Gründe inkl. entsprechender Kostenbewertungen. Im Falle der Versorgung ambulanter PatientInnen sind die geplanten Öffnungs-/Betriebszeiten auch an Tagesrandzeiten in die Planungsentscheidung einzubeziehen. Insgesamt gilt es bei der Planung, die für die Erfüllung der Versorgungsaufträge im intra- und extramuralen Bereich erforderlichen Großgerätevorhaltungen sicherzustellen. Regionale und überregionale Maßnahmen zur effizienten Inanspruchnahme von medizinisch-technischen Großgeräten sind zu berücksichtigen.

Die genannten Faktoren können in begründeten Ausnahmefällen, in denen die idealtypischen Planungsrichtwerte bereits überschritten werden, als zusätzliche Kriterien für die Planung herangezogen werden. Bei entsprechenden Anträgen sind der Bundes-Zielsteuerungskommission objektive und transparente Entscheidungsgrundlagen zu den jeweils relevanten Faktoren vorzulegen.

Ergänzende Planungsgrundlagen

MR	• Sogenannte Niederfeld-MR-Geräte (Feldstärke < 1 Tesla) waren bis 30.6.2012 nicht vom Großgeräteplan erfasst. Seit 1. 7. 2012 gelten alle MR-Geräte unabhängig ihrer Feldstärke als Großgeräte. MR-Geräte < 1 Tesla, die zum Stichtag 1. 7. 2012 bereits eingerichtet waren bzw. ein MR-Gerät < 1 Tesla, für das zum besagten Zeitpunkt bereits ein krankenanstaltenrechtliches Bewilligungsverfahren anhängig war, werden in Form von Fußnoten angeführt. Für diese MR-Geräte bzw. bereits erfolgte Ersatzbeschaffungen durch MR-Geräte < 1 Tesla so-wie für Ersatzanschaffungen von MR-Geräten <1 Tesla, für die per 30.6.2017 bereits Bewilligungsverfahren anhängig sind, wird diese Form der Darstellung i.S.e. Vertrauensschutzes bis 30.6.2027 weitergeführt. Die angeführten MR-Geräte sind ab dem 1. 7. 2027 plankonform, sofern eine Übernahme in den Großgeräteplan erfolgt ist. Danach entfällt die erwähnte Darstellung in Form von Fußnoten.
SPECT	• Vorhaltung grundsätzlich in KA mit Schwerpunkt CH und IM (KAR, ONK, PUL) sowie mehreren der folgenden Fach- bzw. Leistungsbereiche: OR bzw. ORTR, NEU, GYN, URO, KIJU, RAD • Vorhaltung von SPECT-Geräten in Krankenanstalten (intra- und extramural) ohne vollständige Erfüllung obiger Anforderung: Betrieb in enger organisatorischer und administrativer Zusammenarbeit sowie in medizinisch-qualitativer Abstimmung mit entsprechenden Einrichtungen
STR	• Für mittelfristige Erbringung von Spezialprozeduren wie intraoperative Radiotherapie: Vorhaltung von sogenannten Dedicated Units sicherzustellen
COR	• siehe → *Kap. 3.2.3.11 Herz-Kreislauf-Erkrankungen*
PET/CT	• Grundsätzlich nur für KA mit Schwerpunktversorgungsfunktion bzw. für KA mit ONKZ oder ONKS vorzusehen • Vorhaltung von PET/CT-Geräten in Krankenanstalten ohne vollständige Erfüllung obiger Anforderung: Betrieb in enger organisatorischer Zusammenarbeit sowie in medizinisch-qualitativer Abstimmung mit zumindest einer Einrichtung entsprechend obigen Vorgaben • Vorhaltung nuklearmedizinisch konventioneller Basisversorgung

Für regionale Planungen ist neben oben angeführten Kriterien bei der Auswahl der technischen Ausprägung des Großgerätes (bspw. CT: Zeilen; MR: Feldstärke) auch auf das vorgesehene Leistungsspektrum und die Patientenklientel Bedacht zu nehmen.

4.3 Qualitätskriterien

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

→ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Fachbereichen (bspw. Kombinationsgeräte: SPECT/CT bzw. PET/CT

→ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Radiologietechnologie, Röntgenassistenz (CT, MR), Medizinphysik (CT, SPECT, PET/CT, COR, STR: Anzahl jew. gem. MedStrSchV), Technik (HTL-Ing., STR)

→ Prozessqualität für intra- und extramural vorgehaltene Großgerätearten: Kooperationen zwischen intra- und extramuralen Anbietern zur Vermeidung von Parallelstrukturen, Erzielung einer adäquaten Auslastung sowie zur Sicherung entsprechender medizinischer Ergebnisqualität

PERSONAL UND AUSSTATTUNG (intra-und extramural)

Großgeräte	CT	MR	SPECT	STR*	COR**	PET/CT
Personal –Anwesenheit (STR und COR siehe unten)						
FA RAD	Tagdienst, ggf. Teleradiologie[1]		-			-
FA NUK	-	-	Tagdienst			Tagdienst
Ausstattung						
PACS	Picture Archiving and Communication System (PACS)-Kompatibilität					
Anästhesie	für Durchführung anästhesiepflichtiger Untersuchungen bzw. Therapien: Möglichkeit der Anästhesie sicherstellen					

[1] im Rahmen der Medizinischen Strahlenschutzverordnung i.d.g.F.

*Ergänzende Anforderungen für STR	
Personalausstattung (Anzahl) bei einer Standardfrequenz von 800 PatientInnen pro Jahr	
FA STR	siehe → Kap. 3.2.3.9 Krebserkrankungen
DGKP	3,5
RadiologietechnologInnen	13
für Spezialverfahren (wie Stereotaxie, Ganzkörperbestrahlung, intensitätsmodulierte Radiotherapie und intraoperative Radiotherapie inkl. Therapieplanung) je STR-Standort – anforderungsabhängig von KA-spezifischer Leistungsvorhaltung) zusätzlich:	
pro 200 PatientInnen jährlich je ein/e ÄrztIn und ein/e RadiologietechnologIn	
MedizinphysikerIn gem. MedStrSchV	
Ausstattung	**am KA-Standort**
generelle Vorhaltungen:	siehe → Kap. 3.2.3.9 Krebserkrankungen
Mindestanzahl Linearbeschleuniger	2
Brachytherapiegerät	fakultativ
Bestrahlungsplanungssystem	Sicherstellung ausreichender Kapazitäten (z.B. 3-4 Lizenzen pro LIN) für zeitnahe Planung
Sonographie für Planung und Brachytherapie	fakultativ
Planungsschnittbildgeräte	CT: in Verantwortung der Radioonkologie; Zugang zu einer MR-Einheit sicherzustellen
Zugang pro LIN zu rd. 10 Betten in KA (für die Hospitalisierung von PatientInnen wegen STR-Behandlung bzw. aufgrund von Nebenwirkungen/Spätfolgen, allfälliger Begleiterkrankungen et al.)	innerorganisatorisch sicher zu stellen

**** Ergänzende Anforderungen für COR siehe → Kap. 3.2.3.11 Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

4.4 Festlegungen zum Großgeräteplan

Die in der folgenden Tabelle enthaltenen Festlegungen zum Großgeräteplan umfassen für die eingangs genannten Großgeräte, die bundesländerspezifische und österreichweite Gesamtanzahl und die Standorte in über Landesgesundheitsfonds abgerechnete Krankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten) und die bundesländerspezifische und österreichweite Gesamtzahl und die Gesamtzahl je Versorgungsregion in sonstigen Akut-Krankenanstalten, Rehabilitationszentren und im extramuralen Sektor (selbstständige Ambulatorien inklusive eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger und niedergelassener Bereich).

Die Tabelle enthält jene Großgeräte, die zum Stichtag 18. Dezember 2020 bereits öffentlich finanziert wurden (Status quo) beziehungsweise in Zukunft öffentlich finanziert werden sollen. Öffentlich finanzierte Großgeräte sind solche, deren Betreiberin/Betreiber über einen Kassenvertrag verfügt oder für deren Leistungen durch die Sozialversicherung Kostenerstattungen an Anspruchsberechtigte erfolgen.

Die in der Tabelle festgelegten Kapazitäten sind – sofern in den Fußnoten zur Tabelle je Bundesland nichts Abweichendes vorgesehen ist – bis 2030 zu realisieren.

Änderungen des Großgeräteplans basieren auf folgenden Planungskriterien:

- Sicherstellung einer regional möglichst ausgewogenen Verteilung der Versorgungsangebote (**Versorgungskriterium**) insbesondere durch:
  - Berücksichtigung der im ÖSG 2023 festgelegten Planungsrichtwerte für Großgeräte sowie des Versorgungsbedarfs von GastpatientInnen,
  - örtlich gut erreichbare und mit anderen Gesundheitsversorgungseinrichtungen gut vernetzte Standorte und
  - im Falle der Versorgung ambulanter PatientInnen entsprechende Öffnungs-/Betriebszeiten auch an Tagesrandzeiten.
- Sicherstellung der für die Erfüllung der Versorgungsaufträge der Fonds-Krankenanstalten erforderlichen Vorhaltung von Großgeräten **(Vorrangkriterium)**.
- Sofern aus gesundheits-planerischer Sicht keine vollständige Auslastung des Großgeräts in der Fonds-Krankenanstalt zu erwarten ist, ist zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit unter Berücksichtigung von gesamtwirtschaftlichen Erwägungen gemäß nachfolgendem Punkt (Wirtschaftlichkeitskriterium) vorzusehen, dass dieses Großgerät zusätzlich auch zur Abdeckung eines ungedeckten extramuralen Versorgungsauftrages in der Versorgungsregion verwendet wird, wobei für solche Fälle – vor Abdeckung des extramuralen Versorgungsauftrages – zwingend eine entsprechende Kooperations- und Finanzierungsvereinbarung mit der Sozialversicherung abzuschließen ist. Hinsichtlich der Grundzüge der Kooperationsvereinbarung (insbesondere Grundlagen und Methodik der Tarifierung) ist bereits vor der Änderung des Großgeräteplanes das Einvernehmen zwischen dem Landesgesundheitsfonds und der Sozialversicherung herzustellen.
- Sicherstellung einer gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstigen Leistungserbringung bei gleichzeitiger Nutzung von Synergien (Kooperationen intra- und extramural) und Sicherstellung einer Mindestauslastung der Großgeräte (**Wirtschaftlichkeitskriterium**) nach Maßgabe des nachfolgenden Absatzes.

Für Änderungen des Großgeräteplans sind das Versorgungskriterium und/oder das Vorrangkriterium zu erfüllen. Das Wirtschaftlichkeitskriterium kommt dann zusätzlich zur Anwendung, wenn eine Entscheidung zwischen zwei oder mehr Großgeräten zu treffen ist oder in Hinblick auf Großgeräte, die im Einzugsgebiet von Geräten mit Kooperationspotential zwischen intra- und extramural liegen.

Großgeräte, die ausschließlich intraoperativ, für die unmittelbar erforderliche Abklärung im Schockraum oder für Therapieplanung bzw. -überwachung bei Strahlentherapie zum Einsatz kommen (Funktionsgeräte) sowie Großgeräte in Universitätskliniken, die vornehmlich der universitären Lehre und Forschung dienen, sind von den verbindlichen Festlegungen zum Großgeräteplan nicht erfasst.

Verbindliche Festlegungen zum Großgeräteplan

Burgenland

Versorgungsregion		Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1]	MR[1,2]	SPECT[1,3]	STR	COR	PET/CT
11	Burgenland-Nord	Fonds-KA	K102 Eisenstadt BBR KH[1, 3]	1	2	1		1	
		Fonds-KA	K105 Kittsee KL[1]	1	1				
		Fonds-KA	K106 Oberpullendorf KL[1]	1	1				
		extramural[2]		2	1	1			
12	Burgenland-Süd	Fonds-KA	K104 Güssing KL[1]	1	1				
		Fonds-KA	K107 Oberwart KL[1]	1	2			1	
		extramural		2		1			
1	**Burgenland**	Fonds-KA[1,3]		5	7	1		2	
		extramural[2]		4	1	2			
		Summe		**9**	**8**	**3**		**2**	

[1] CT, MR, SPECT: Gerätevorhaltungen in Fonds-KA jeweils mit Abrechnungsvereinbarung mit der Österreichischen Gesundheitskasse (Ausnahme: CT in K104 und K106)
[2] MR: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla extramural eingerichtet
[3] SPECT: Kooperation KH Eisenstadt (K102) mit KH BBR Wien (K903)

Kärnten

Versorgungsregion		Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[2]	MR[1,2,4]	SPECT[3]	STR	COR	PET/CT
21	Kärnten-Ost	Fonds-KA	K201 Friesach DO KH[4]	1	1				
		Fonds-KA	K205 Kl. Klagenfurt a. W.[2, 3]	3	3	4	4	3	2
		Fonds-KA	K206 Klagenfurt ELISAB KH	1					
		Fonds-KA	K214 St. Veit/Glan BBR KH[4]	1	1				
		Fonds-KA	K219 Wolfsberg LKH[1]	1	1				
		Extramural[1]		4	4				
22	Kärnten-West	Fonds-KA	K213 Laas LKH	1					
		Fonds-KA	K215 Spittal/Drau KH[1]	1	1				
		Fonds-KA	K216 Villach LKH[3]	1	1	1		1	
		Extramural[1]		3	3	1			
2	**Kärnten**	Fonds-KA[2]		10	8	5	4	4	2
		extramural		7	7	1			
		Summe		**17**	**15**	**6**	**4**	**4**	**2**

[1] MR: Betrieb des MR-Gerätes durch das KH Spittal/Drau am Gerätestandort K215 und des MR-Gerätes durch das LKH Wolfsberg am Gerätestandort K219 jeweils in Kooperation mit einem extramuralen Anbieter
[2] CT und MR in K205 inklusive des CT- und MR-Gerätes des UKH Klagenfurt vorbehaltlich der geplanten Kooperation
[3] SPECT in K216 zu betreiben von K205, bis zur Realisierung ist die Versorgung über eine Kooperation mit einem extramuralen Betreiber in räumlicher Nähe sicherzustellen
[4] MR in Fonds-KA K201 und K214 mit Abrechnungsvereinbarung mit Krankenversicherungsträgern

Niederösterreich

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1]	MR[4,5]	SPECT[2]	STR[3]	COR	PET/CT
31 NÖ Mitte	Fonds-KA	K321 Klosterneuburg LKL	1					
	Fonds-KA	K326 Krems UnivKL	1	1		5	1	
	Fonds-KA	K379 Tulln UnivKL	1	1				
	Fonds-KA	K382 St. Pölten-LF UnivKL/						
		St. Pölten	2	2	2		2	2
		Lilienfeld	1					
	extramural		3	5	1			
32 Waldviertel	Fonds-KA	K377 Horn-Allentsteig LKL/Horn	1	1	2			1
	Fonds-KA	K383 Gmünd-W/T-Zwettl LKL/						
		Waidhofen a. d. Thaya	1					
		Zwettl	1					
	extramural		3	3				
33 Weinviertel	Fonds-KA	K319 Hollabrunn LKL	1					
	Fonds-KA	K335 Mistelbach LKL[2]	1	1			1	
	Fonds-KA	K378 Korneuburg-Stockerau LKL/						
		Korneuburg	1	1				
		Stockerau	1					
	extramural[2,5]		2	3	2			
34 Thermenregion	Fonds-KA	K315 Hochegg UnivKL	1					
	Fonds-KA	K316 Hainburg LKL	1					
	Fonds-KA	K338 Neunkirchen UnivKL	1	1				
	Fonds-KA	K356 Wiener Neustadt UnivKL	1	1	2	4	2	1
	Fonds-KA	K380 Baden-Mödling LKL/						
		Baden	1	1				
		Mödling	1	1				
	extramural[3]		6	6	1	1		
35 Mostviertel	Fonds-KA	K303 Amstetten LKL[4]	1	2				
	Fonds-KA	K333 Mauer LKL	1					
	Fonds-KA	K334 Melk LKL	1					
	Fonds-KA	K347 Scheibbs LKL	1					
	Fonds-KA	K354 Waidhofen a. d. Ybbs LKL[1]	1				1	
	extramural[1]		3	1	1			
3 Niederösterreich	Fonds-KA[4]		24	13	6	9	7	4
	extramural[1,2,3,5]		17	18	5	1		
	Summe		**41**	**31**	**11**	**10**	**7**	**4**

[1] CT: extramural exkl. eine Kooperation mit Akut-KA K354 in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort K354
[2] SPECT: extramural inkl. 1 Kooperation mit Akut-KA – K335 in Kooperation mit extramuralem Betreiber, vor Realisierung Stellungnahme durch die GÖG bezüglich Bedarf
[3] STR extramural: "MedAustron" als Einrichtung gesamthaft abgebildet, keine differenzierte Darstellung nach (Funktions-)Geräten
[4] MR mit Vereinbarung zur Verrechnung mit Krankenversicherungsträgern
[5] MR im extramuralen Bereich mit Kooperation mit K335 Mistelbach LKL

Oberösterreich

Versorgungsregion		Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1]	MR[1,2,3,4,7]	SPECT	STR	COR	PET/CT[5,6]
41	OÖ Zentralraum Linz	Fonds-KA	K417 Linz BBR KH	1	1				
		Fonds-KA	K418 Linz BHS KL	1	1	2	6		1
		Fonds-KA	K419 Ordens-KL Linz/Elisabethinen[5]	1	1	3		2	
		Fonds-KA	K470 KUK Linz/ K470.1 KUK Med Campus[5]	2	3	3		4	1
		Fonds-KA	K470.2 Neuromed Campus	2	2	1			1
		sonstige Akut-KA		2	1				
		extramural		4	3				
42	OÖ Zentralraum Wels	Fonds-KA	K434 Wels-Grieskirchen KL						
			K434.1 Wels[6]	2	2	3		3	1
			K434.2 Grieskirchen[7]	1	1				
		Rehabilitationszentren				1			
		extramural[3]		1	1				
43	Mühlviertel	Fonds-KA	K408 Freistadt KL[7]	1	1				
		Fonds-KA	K441 Rohrbach KL[7]	1	1				
		extramural		1					
44	Pyhrn-Eisenwurzen	Fonds-KA	K429 Sierning KSR SKA	1					
		Fonds-KA	K460 Phyrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf/Steyr						
			K460.1 Steyr	2	1	2			
			K460.2 Kirchdorf a.d. Krems[7]	1	1				
		extramural		1	1				
45	Traunviertel-Salzkammergut	Fonds-KA	K480 Salzkammergut-Klinikum/						
			K480.1 Vöcklabruck[7]	2	2	2	3		1
			K480.2 Bad Ischl[7]	1	1				
			K480.3 Gmunden[2]	1					
		extramural[2,4]		1	1				
46	Innviertel	Fonds-KA	K405 Braunau KH St. Josef[2]	1					
		Fonds-KA	K427 Ried/Innkreis BHS KH[1,6]			2			
		Fonds-KA	K428 Schärding KL[7]	1	1				
		extramural[1,2]		1	2				
4	**Oberösterreich**	Fonds-KA		22	19	18	9	9	5
		sonstige Akut-KA		2	1				
		Rehabilitationszentren				1			
		extramural		9	8				
		Summe		**33**	**28**	**19**	**9**	**9**	**5**

[1] CT und MR: intramural jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort extramural; extramural betriebener CT ausschließlich intramural (stationär und ambulant) versorgungswirksam
[2] MR: intramural jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort jeweils extramural
[3] MR: eingeschränkt auf die Versorgung von klaustrophobischen und übergewichtigen Patientinnen und Patienten
[4] MR: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla extramural eingerichtet
[5] PET/CT in Kooperation zwischen K470.1 und K419, Gerätestandort K470.1
[6] PET/CT in Kooperation zwischen K434.1 und K427; Gerätestandort K434.1
[7] MR in Fonds-KA K408, K428, K434.2, K441, K460.2, K480.2 sowie (für 1 MR-Gerät) K480.1 mit Abrechnungsvereinbarung mit Krankenversicherungsträgern

Salzburg

Versorgungsregion		Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1]	MR[2]	SPECT	STR	COR	PET/CT
51	Salzburg-Nord	Fonds-KA	K512 Hallein LKL	1					
		Fonds-KA	K517 Oberndorf KH	1					
		Fonds-KA	K524 Salzburg LKA	3	3	3	4	2	2
		Fonds-KA	K527 Salzburg BBR KH	1	1	1			
		Fonds-KA	K528 Salzburg CDK	2	2	1			
		sonstige Akut-KA		2	1				
		extramural		3	3				
52	Pinzgau-Pongau-Lungau	Fonds-KA	K534 Schwarzach KS KL	1	1	1		1	1
		Fonds-KA	K535 Tamsweg LKL	1					
		Fonds-KA	K536 TauernKL/ Mittersill	1					
			Zell/See[1,2]		1				
		extramural[1]		2	1				
5	**Salzburg**	Fonds-KA		11	8	6	4	3	3
		sonstige Akut-KA		2	1				
		extramural		5	4				
		Summe		**18**	**13**	**6**	**4**	**3**	**3**

[1] CT: intramural in bestehender Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort extramural
[2] MR inkl. KV

Steiermark

Versorgungsregion		Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1, 4]	MR[2,3,5,6]	SPECT	STR	COR	PET/CT
61	Graz	Fonds-KA	K612 LKH-Univ. Klinikum Graz/ K612.1 Graz	5	5	5	7	4	3
		Fonds-KA	K619 Graz BBR KH/	2	1	3			
		Fonds-KA	K620 ELISAB KH	1					
		Fonds-KA	K673 Graz II LKH/ K673.1 West [2]	1				1	
			K673.2 Süd	1	1				
		sonstige Akut-KA [2]		1	1				
		extramural		5	7	2			
62	Liezen	Fonds-KA	K643 Rottenmann-Bad Aussee LKH/ K643.1 Rottenmann	1	1				
			K643.2 Bad Aussee	1					
		Fonds-KA	K646 Schladming DIA KH	1					
		extramural		1	1				
63	Östliche Obersteiermark	Fonds-KA	K638 Hochsteiermark LKH/ K638.1 Leoben [5]	1	2	1	2		1
			K638.3 Bruck/Mur[5]	1	1			2	
			K638.4 Mürzzuschlag [4]	1					
		sonstige Akut-KA		1	1				
		Extramural[6]		2	3	1			
64	Oststeiermark	Fonds-KA	K608 Oststeiermark LKH/ K608.1 Feldbach [3]	1	1				
			K608.2 Fürstenfeld	1					
			K608.3 Hartberg [1, 3]	1	1				
		Fonds-KA	K612 LKH-Univ. Klinikum Graz/ K612.2 Weiz	1					
		Fonds-KA	K652 Vorau Marien KH	1					
		Fonds-KA	K654 Südweststeiermark LKH K654.2 Bad Radkersburg	1					
		extramural [1,3]		3	3				
65	West-/Süd-steiermark	Fonds-KA	K654 Südweststeiermark LKH [4]						
			K654.1 Wagna [5]	1	1				
			K654.3 Deutschlandsberg [4]	1					
		Fonds-KA	K673 Graz II LKH/ K673.5 Voitsberg	1					
		extramural		2	2				
66	Westliche Obersteiemark	Fonds-KA	K672 Murtal LKH/ K672.1 Judenburg	1					
			K672.2 Knittelfeld [3]	1	1				
			K672.3 Stolzalpe [5]		1				
		extramural [3]		1					
6	**Steiermark**	Fonds-KA		27	16	9	9	7	4
		sonstige Akut-KA		2	2				
		extramural		14	16	3			
		Summe		**43**	**34**	**12**	**9**	**7**	**4**

[1] CT: extramural exkl. 1 Kooperation mit Akut-KA – K608 in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort K608.3
[2] MR in Fonds-KA und Akut-KA insgesamt: MR in Graz UKH, K614, in Kooperation mit K673.1, Gerätestandort K614
[3] MR: extramural exkl. 3 Kooperationen mit Akut-KA – K608 und K672 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandorte K608.1, K608.3 bzw. K672.2
[4] CT in Fonds-KA K638.4 und K654.3 mit Abrechnungsvereinbarung mit Krankenversicherungsträgern
[5] MR in Fonds-KA K638.1, K638.3, 654.1 und K672.3 mit Abrechnungsvereinbarung mit Krankenversicherungsträgern
[6] MR extramural, VR 63: Ein MR eingeschränkt auf die Versorgung von klaustrophobischen und adipösen Patientinnen und Patienten

Tirol

Versorgungsregion		Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1]	MR[1,2]	SPECT	STR	COR[3]	PET/CT
71	Tirol-Zentralraum	Fonds-KA	K704 Hall in Tirol LKH	1	1				
		Fonds-KA	K706 Innsbruck LKH	7	5	4	5	3	2
		Fonds-KA	K707 Hochzirl-Natters LKH/						
			Hochzirl	1					
			Natters	1					
		Fonds-KA	K720 Schwaz BKH	1	1				
		sonstige Akut-KA[1]		1	2				
		extramural[2]		3	4	2			
72	Tirol-West	Fonds-KA	K717 Reutte BKH	1	1				
		Fonds-KA	K722 Zams BSRV KH	1	1				
		extramural[2]		1	1				
73	Tirol-Nordost	Fonds-KA	K719 St. Johann BKH	1	1				
		Fonds-KA	K731 Kufstein BKH	1	2				
		extramural[2]			1				
74	Osttirol	Fonds-KA	K714 Lienz BKH[3]	1	1	1		1	
		extramural		1					
7	Tirol	Fonds-KA		16	13	5	5	4	2
		sonstige Akut-KA		1	2				
		extramural		5	6	2			
		Summe		**22**	**21**	**7**	**5**	**4**	**2**

[1] CT und MR in Nicht-Fonds-KA: auch extramural versorgungswirksam
[2] MR: ergänzend 4 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (davon ein Gerät in VR 71, zwei Geräte in VR 72, ein Gerät in VR 73; Angaben inkl. zwei Ersatzanschaffungen)
[3] COR in Fonds-KA (BKH Lienz, K714) insgesamt: inkl. einem DSA/COR-Kombinationsgerät

Vorarlberg

Versorgungsregion		Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT	MR[1,2]	SPECT	STR	COR	PET/CT
81	Rheintal-Bregenzerwald	Fonds-KA	K803 Bregenz LKH	1	1				
		Fonds-KA	K807 Dornbirn KH	1	1				
		Fonds-KA	K816 Hohenems LKH	1					
		extramural		1	2				
82	Vorarlberg-Süd	Fonds-KA	K802 Bludenz LKH [1]	1					
		Fonds-KA	K824 Rankweil LKH		1				
		Fonds-KA	K830 Feldkirch LKH	2	1	3	3	2	1
		sonstige Akut-KA[2]							
		extramural[1,2]		1	2				
8	**Vorarlberg**	Fonds-KA		6	4	3	3	2	1
		extramural		2	4				
		Summe		**8**	**8**	**3**	**3**	**2**	**1**

[1] MR: intramural in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort extramural
[2] MR, GG insgesamt: ergänzend 2 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (Angaben inkl. einer Ersatzanschaffung)

Wien

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT[1,4,5]	MR[1,3,4,6]	SPECT	STR[2]	COR[7]	PET/CT
91 Wien-Mitte-Südost	Fonds-KA	K901 Wien AKH[2,3]	5	6	7	5	5	2
	Fonds-KA	K903 BBR KH	2	1	1			
	Fonds-KA	K904 Wien BHS KH	1	1				
	Fonds-KA	K910 Klinik Favoriten[7]	2	1		2	2	
	Fonds-KA	K914 Herz-Jesu KH[6]	1	1				
	Fonds-KA	K915 Franziskusspital Hartmannspital[1]						
		St. Elisabeth KH	1					
	Fonds-KA	K917 Klinik Landstraße	1	1	2		1	1
	Fonds-KA	K952 St. Anna KISP	1	1				
	sonstige KA		2	1			1	
	extramural[1]		9	11	2			
92 Wien-West	Fonds-KA	K908 Evangelisches KH[5]	1	1	1			
	Fonds-KA	K912 Hanusch KH	1	2	2		1	1
	Fonds-KA	K916 Klinik Hietzing	2	2	2	2		
	Fonds-KA	K919 St. Josef KH[6]	1	1				
	Fonds-KA	K921 Klinik Ottakring						
		K921.1 Klinik Ottakring	2	2	3	2	2	1
		K921.3 Standort Penzing[6]	1	1				
	Fonds-KA	K943 Speising OSP	1					
	Fonds-KA	K955 Göttlicher Heiland KH	1	1			1	
	sonstige KA[3]		2	2	1			
	Extramural[3]		7	8	3			
93 Wien-Nordost	Fonds-KA	K956 Klinik Donaustadt	2	2	3	4	1	1
	Fonds-KA	K976 Klinik Floridsdorf	2	2			2	
	extramural		4	6	1			
9 Wien	Fonds-KA		28	26	21	15	15	6
	sonstige Akut-KA		4	3	1		1	
	Extramural[4]		20	25	6			
	Summe		**52**	**54**	**28**	**15**	**16**	**6**

[1] CT und MR: intramural in Kooperation mit extramuralem Anbieter am Standort K915
[2] STR: exklusive Gammaknife
[3] MR: ergänzend 3 MR mit Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (davon ein Gerät in VR 91, 2 Geräte in VR 92) je ein Standort in Fonds-KA, sonstige Akut-KA und extramural)
[4] CT und MR extramural: In Wien soll es künftig im extramuralen Bereich integrierte Schnittbildzentren geben. Jedes Zentrum soll je 1 CT- und 1 MR-Gerät sowie sämtliche radiologische Leistungen anbieten
[5] CT in Fonds-KA K908 mit Abrechnungsvereinbarung mit Krankenversicherungsträgern
[6] MR in Fonds-KA K914, K919, K921.3 und K955 mit Abrechnungsvereinbarung mit Krankenversicherungsträgern
[7] COR in Fonds-KA K910: Realisierung der 2. COR nach 2030

Österreich

Sektor	CT	MR	SPECT	STR	COR	PET/CT
GG in Fonds-KA	149	114	74	58	53	27
GG in sonstigen Akut-KA	11	9	1		1	
GG in Rehabilitationszentren			1			
GG im extram. Bereich	83	89	19	1		
Österreich	**243**	**212**	**95**	**59**	**54**	**27**

ANHANG

Anhang 1: Glossar

Anhang 2: Bemessung von ambulanten Betreuungsplätzen in definierten Versorgungsbereichen

Anhang 3: Risikoliste Geburtshilfe

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

Anhang 5: Planungsgrundlagenmatrix (PM) – siehe auch separate Beilage bzw. Tabellenband

Anhang 6: Versorgungsmatrix (VM) – siehe auch separate Beilage bzw. Tabellenband

Anhang 7: Leistungsmatrix-ambulant (LM-amb) – *siehe separate Beilage bzw. Tabellenband*

Anhang 8: Leistungsmatrix-stationär (LM-stat) – *siehe separate Beilage bzw. Tabellenband*

Anhang 9: RSG-Planungsmatrix (RSG-PM) – siehe auch separate Beilage bzw. Tabellenband

Anhang 10: Großgeräteplan (GGP) – siehe separate Beilage bzw. Tabellenband

Anhang 11: Allgemeine Hygieneanforderungen an Behandlungs-räume und Räume für invasive Eingriffe in Gesundheitseinrichtungen

Anhang 12: Versorgungssituation 2021/2022 nach Regionen (Karten)

Anhang 1: Glossar

7/24: Anwesenheit rund um die Uhr, 365/366 Tage pro Jahr.

Akutfall: ungeplante Kontaktnahme von PatientInnen ohne Termin mit einer fachspezifischen Versorgungseinheit im intramuralen oder extramuralen Bereich (siehe auch → *Notfall)*

Akutkrankenanstalten (Akut-KA): alle über die Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten sowie Unfallkrankenhäuser und private, nicht gemeinnützige bettenführende Krankenanstalten (Sanatorien) zur temporären Versorgung von PatientInnen aufgrund des Eintritts einer akuten Erkrankung mit oder ohne Anstaltsbedürftigkeit, zur Durchführung von Diagnostik und Therapie sowie zur Wiederherstellung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. der Lebensqualität

Akutstationäre Versorgung: Behandlung von PatientInnen aufgrund einer akut eingetretenen Erkrankung mit Bedarf einer stationären Aufnahme in eine bettenführende Akut-KA

Alten- und Langzeitversorgung: Alten- und Langzeitversorgung umfasst Angebote an mobilen Betreuungs- und Pflegediensten, an stationären Betreuungs- und Pflegediensten, an teilstationärer Tagesbetreuung, an Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, eines Case- und Caremanagements, an alternativen Wohnformen und an mehrstündigen Alltagsbegleitungen und Entlastungsdiensten (§ 3 Abs. 1 PFG). Nicht umfasst sind gemäß PDStV § 2 Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung (§ 2 Z 1 PDStV).

Ambulanter Besuch: Zusammenfassung von Kontakten ambulanter PatientInnen pro Funktionseinheit (Kostenstelle) im spitalsambulanten Bereich einer KA pro Kalendertag, unabhängig von der Anzahl der besuchten Funktionseinheiten

Ambulanter Betreuungsplatz (ambBP): Platz, auf dem eine mehrstündige ambulante Behandlung/Beobachtung in definierten Versorgungsbereichen erfolgt: onkologische Pharmakotherapie, Tagesbehandlung (in PSY, KJP, PSO, AG/R), ambulante Untersuchung und/oder Behandlung in einer Zentralen Ambulanten Erstversorgung (ZAE) und definierten fachspezifischen ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant sowie Erbringung tagesklinischer Leistungen im ambulanten Setting.

Die Anzahl ambulanter Betreuungsplätze ist eine nach einheitlicher Berechnungsregel ermittelte Rechengröße, die sich auf besonders ausgestattete Einheiten für eine längere Betreuung im Rahmen von ambulanten Besuchen bezieht.

Für PatientInnen auf ambulanten Betreuungsplätzen ist während ihres ambulanten Besuchs eine auf die Behandlungsart bezogen ausreichende Mindestpersonalausstattung gemäß LKF-Modell und ÖSG vorzusehen.

Ambulante Verfahren sind in der ambulanten Rehabilitation mit ambulanten Fällen ident.

Ärztliche ambulante Versorgungseinheit (ÄAVE): Messgröße für das durchschnittliche ärztliche Leistungsvolumen (differenziert nach Sonderfächern) gemäß Regiomed-System der SV (basierend auf dem jährlichen Leistungsvolumen eines „durchschnittlich arbeitenden" Arztes/einer Ärztin mit Kassenvertrag; bezüglich der Spitalsambulanzen unter Berücksichtigung der ärztlichen VZÄ in den nicht bettenführenden Hauptkostenstellen gemäß KA-Statistik des BMASGPK)

Ausbildung

- ist gesundheitsrechtlich eine formale Qualifikation, die durch Gesetz oder Verordnung geregelt ist;
- bezeichnet ein geregeltes Programm zur Vermittlung/Aneignung bestimmter beruflicher Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen, das zur Ausübung eines bestimmten Berufes berechtigt.
- Am Ende des Ausbildungsprogramms steht ein Beurteilungsprozess, in welchem die Erreichung der intendierten Lernergebnisse überprüft wird.

Basale Traumatologie: unfallchirurgische Basisversorgung einfacher Verletzungen gemäß Aufgabenprofil für Primärversorgungseinheiten

Basisleistungen: Ambulante Leistungen, die innerhalb einer Versorgungsstufe zur Verfügung stehen müssen und deren Anbieter sowohl die erforderliche Befähigung gemäß jeweiligem Berufsgesetz ohne weitere Spezialisierung oder einschlägige Erfahrung als auch entsprechende Strukturvoraussetzungen (Ausstattung für Basisleistungen) erfüllen.

Basisversorgungsleistungen: Dem stationären Bereich zugeordnete Leistungen, die keine besonderen Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur und an das Komplikationsmanagement am KA-Standort stellen und in der Regel keinen Bedarf an Intensivüberwachung haben.

Behandlung umfasst Diagnostik und Therapie.

Behandlungsplatz in der Psychiatrie/KJP: Entweder stationäres Bett oder ambulanter Betreuungsplatz in Abhängigkeit von der Anstaltsbedürftigkeit zur psychiatrischen Behandlung

Belegarzt/-ärztin: freiberufliche Berufsausübung eines Arztes/einer Ärztin im Rahmen eines direkten Behandlungsvertrags mit den von diesem/dieser persönlich betreuten PatientInnen in einer bettenführenden (privaten) Krankenanstalt

Best Point of Service: Die kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen *(vgl. Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, Art. 3 Begriffsbestimmungen).*

Betriebsform bezieht sich auf Ablauforganisation: Organisatorischer Rahmen für eine möglichst homogene Abwicklung der Prozesse der Patientenbehandlung und -betreuung in Abhängigkeit vom Bedarf der PatientInnen (betriebliches Optimierungskriterium)

Betriebszeit: Zeit, in der (stationäre) PatientInnen in der KA fachspezifisch versorgt werden.

Bettenäquivalente (BÄ): Maßzahl der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit einer bettenführenden Einheit in einer Akut-KA aufgrund deren Inanspruchnahme innerhalb eines bestimmten Jahres (in der Regel ermittelt unter Annahme einer Soll-Auslastung von 85 Prozent. In der stationären Rehabilitation werden die BÄ analog unter Annahme einer Soll-Auslastung von 95 Prozent ermittelt und z.T. auch in Bezug auf Planungsaussagen („SOLL 2025“) verwendet. Bei idealtypischer Umsetzung der definierten Soll-Auslastung von 95 Prozent im realen Versorgungsgeschehen der stationären Rehabilitation sind die Mengen-Begriffe „Betten“, „Bettenbedarf“ und „Bettenäquivalente“ vollständig synonym zu verstehen.

Bundesqualitätsleitlinien gemäß § 2 GQG: „Von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit als Orientierungshilfe empfohlene Standards“

Dedicated unit: Eine „dedicated unit“ für intraoperative Radiotherapie entspricht einem (ausschließlich) zur intraoperativen Bestrahlung mit variablen Elektronenenergien eingesetzten Linearbeschleuniger, entweder in Form eines im OP installierten Linearbeschleunigers oder eines mobilen Elektronenbeschleunigers.

Dislozierte (Organisationseinheit): ist an eine andere (größere) Organisationseinheit an einem anderen Standort angebunden - entweder betrieblich als Satellit oder funktional, beschränkt auf gemeinsame Qualitätssicherung und Komplikationsmanagement.

Effektivität gemäß § 2 GQG: „Zielerreichungsgrad zwischen einem gesetzten Ziel und dessen Realisierung, wobei das in der Gesundheitsversorgung gesetzte Ziel idealerweise die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten ist.“

Effizienz gemäß § 2 GQG: „Verhältnis zwischen dem Einsatz und dem Ergebnis einer Leistung nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unter Berücksichtigung der Kostendämpfung“

Entzug akut umfasst die Behandlung der Alkoholintoxikation mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder von Alkoholentzugssymptomen und von Intoxikationen mit anderen psychotropen Substanzen mit hohem Suchtpotential. Die Dauer der Behandlung sollte sich individuell an der Schwere der Entzugserscheinungen und der körperlichen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen orientieren. Darüber hinaus kann eine (auch längere) Behandlung in der Akut-PSY bei psychiatrischen Komorbiditäten (z.B. Depression) erforderlich sein oder wenn im Rahmen des Entzugs Begleiterscheinungen wie psychotische Zustände auftreten.

Entwöhnung umfasst (ausgehend von einer differentiellen individuellen Indikationsstellung) eine im Anschluss an die Entzugsphase möglichst nahtlos weiterführende Behandlung in den unterschiedlichen Settings (ambulant, ganztägig ambulant bzw. teilstationär, stationär), wobei sich die Dauer und Intensität individuell an der Schwere, der Komorbidität, den vorhandenen teilhabeorientierten Einschränkungen und den Folgen orientieren soll; vgl. auch die entsprechenden Regelungen im Kapitel „Festlegung von Einheiten zur Alkohol- und Drogenentwöhnung“ im jeweils aktuellen LKF-Modell.

Ergebnisqualität gemäß § 2 GQG: „Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit eines/r PatientIn bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen“

Erreichbarkeit im Straßen-Individualverkehr: Reisezeit zwischen zwei Standort-Gemeinden mit motorisierten Verkehrsmitteln im öffentlichen Straßenverkehrsnetz unter idealtypischen Verkehrsbedingungen (ohne witterungs- und/oder verkehrsbedingte Verzögerungen)

Expertisezentrum: Auf eine vorgegebene Gruppe von seltenen Erkrankungen spezialisierte Einrichtung, die auf Basis eines Designationsprozesses ausgewiesen wird.

Extramuraler Bereich: (Ambulanter) Versorgungsbereich außerhalb von bettenführenden Krankenanstalten (extramural = außerhalb der (KA-)Mauern): selbstständige Ambulatorien (inklusive eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger), Gruppenpraxen, Einzelpraxen (ÄrztInnen oder zur freiberuflichen Tätigkeit berechtigte Angehörige anderer Gesundheitsberufe)

Fachbereich bezieht sich auf die Patientenversorgung und orientiert sich an der Systematik und den Inhalten des entsprechenden Sonderfachs gemäß Ärzte-Ausbildungsordnung, schließt aber sämtliche relevante Gesundheitsberufe mit ein, die einen wesentlichen Behandlungsbeitrag leisten bzw. ausgehend von diesem Fachbereich Aufgaben bzw. Leistungen erbringen.

Fachstruktur: Gesamtheit der in Akut-KA geführten Fachbereiche mit ihrer jeweiligen Organisationsform und zugeordneten Versorgungsstufe

Fächerstruktur: Gesamtheit der in Akut-KA geführten Fachbereiche

Fortbildung

- bezeichnet eine Maßnahme selbstbestimmten lebenslangen Lernens, das dazu dient, die berufliche Kompetenz bzw. Handlungsfähigkeit laufend zu erweitern und auf den neuesten Stand von Forschung und Entwicklung zu bringen. Inhalt, Umfang und Lernergebnisse von Fortbildungen können stark variieren (Tagungen, Seminare, Workshops etc.). Die Überprüfung von Lernergebnissen in einem Beurteilungs- und Validierungsprozess ist (meist) nicht vorgesehen;
- ist für Gesundheitsberufe verpflichtend, teilweise mit quantitativen Vorgaben innerhalb eines bestimmten Zeitraums;
- wird als Begriff tlw. synonym mit Weiterbildung verwendet.

Frailty oder Gebrechlichkeit beschreibt ein geriatrisches Syndrom, das durch eine allgemein erhöhte Anfälligkeit älterer Menschen gegenüber exogenen Stressfaktoren (Überlastung, Unruhe, Erkrankungen, etc.) gekennzeichnet ist. Im Umkehrschluss kann von einer verminderten Resistenz gegen Stressoren gesprochen werden. Frailty entsteht durch ein Zusammenspiel von physiologischen Alterungsprozessen und ihren pathologischen Folgen.

GastpatientInnen, ausländisch: PatientInnen, die den Hauptwohnsitz nicht in Österreich haben.

GastpatientInnen, inländisch: PatientInnen mit Wohnsitzstaat Österreich, die in einem anderen als ihrem Wohnsitzbundesland versorgt werden.

Gesundheitsberuf: Ein auf Grundlage des Kompetenztatbestandes „Gesundheitswesen“ (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) gesetzlich geregelter Beruf, dessen Berufsbild die Umsetzung von Maßnahmen zur Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfasst. Darunter sind Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu verstehen, die unmittelbar am bzw. unmittelbar oder mittelbar für den Menschen zum Zwecke der Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens erbracht werden (siehe BMASGPK-Gesundheitsberufe 2020).

Gesundheitsförderung: Maßnahmen und Aktivitäten, die auf die Ressourcensteigerung und Erhöhung der Gesundheitspotenziale von Bevölkerungsgruppen in bestimmten Settings abzielen und auf einem umfassenden Gesundheitsbegriff (Berücksichtigung vielfältiger Gesundheitsdeterminanten) aufbauen.

Gesundheitskompetenz / Health Literacy: Wissen, Motivation und Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag zu Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern.

Gesundheitsleistung gemäß § 2 GQG: „Jede durch eine Angehörige oder einen Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes oder einer gesetzlich zugelassenen Organisation am oder für den Menschen erbrachte Handlung, die der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dient."

Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (HAI = Healthcare associated infections; nosokomiale Infektionen): Infektionen, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus, in einer Pflegeeinrichtung oder einer ambulanten Einrichtung erworben werden.

Gesundheitszentrum: örtliche Zusammenführung unterschiedlicher öffentlich finanzierter Gesundheitsangebote ggf. in Verbindung mit (psycho-)sozialen Angeboten an einen gemeinsamen gut erreichbaren Standort, unabhängig von einer vorgegebenen Organisationsform

Großgeräte: Der Plan medizinisch-technischer Geräte umfasst folgende Großgeräte:

Computertomographiegeräte (CT)

Darstellung von morphologischem, physiologischem, pathophysiologischem Gewebe und Funktionsabläufen mittels Röntgenstrahlung auf Basis von Dichtewerten

Magnetresonanz-Tomographiegeräte (MR)

Darstellung von morphologischem, physiologischem, pathophysiologischem Gewebe und Funktionsabläufen mit Hilfe eines Magnetfeldes (bzw. elektromagnetischer Strahlung), dessen Stärke in Tesla gemessen wird

Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographiegeräte (SPECT) (inkl. SPECT/CT)

Darstellung von physiologischen oder pathophysiologischen Funktionsabläufen; Funktionsprinzip: Detektierung eines einzelnen Photons, das beim Zerfall des verwendeten Radionuklids ausgesendet wird mittels Gamma-Kamera; Unterscheidung zwischen planarer oder tomographischer Aufnahmetechnik

Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze) (COR)

Invasiv-diagnostische und interventionelle/endovaskuläre Kardiologie nach Punktion eines arteriellen Gefäßes und Vorschieben eines Katheters bis zum Herz über ein Schleusensystem, bei Kindern zur Abklärung angeborener Herzfehler zusätzlich zu einem arteriellen meist auch venöser Zugang nötig; siehe auch → *Kap. 3.2.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen*

Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR) (Linearbeschleuniger)

Therapie von Tumorerkrankungen vor allem mittels hochenergetischer ionisierender Strahlung (Gammastrahlung, Röntgenstrahlung und Elektronenstrahlung); häufigste Behandlungsformen: Teletherapie, Brachytherapie; nicht-onkologische Indikationen bzw. Maßnahmen (u. a.): Entzündungen, periartikuläre Verkalkungen, Schmerzbestrahlungen;

Spezialform Hadronen-/Partikeltherapie: Therapie mittels Protonen (oder Neutronen), Helium sowie Schwerionen wie Kohlenstoff.

Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET/CT)

Darstellung von physiologischen oder pathophysiologischen Funktionsabläufen; Funktionsprinzip: Verwendung von mit Positronenstrahlen markierten Radiopharmazeutika, bei Zerfall der Nuklide Positronenbildung, bei Aufeinandertreffen von Positron und Elektron gegenseitige Vernichtung unter Freisetzung zweier um 180° entgegengesetzt gerichteter Gammaquanten, Lokalisation dieses Ereignisses durch Koinzidenzmessung unter Detektierung und Bildgebung mittels PET/CT-Gerät

Großstadtfaktor: Faktor zur Quantifizierung der in großstädtischen Bereichen zu erwartenden Abweichungen in der Inanspruchnahme-Häufigkeit von stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen vom Bundesdurchschnitt (aufgrund von Besonderheiten betreffend sozioökonomische Rahmenbedingungen, Gesundheitszustand, Morbidität, Mortalität und Inanspruchnahmeverhalten)

Grundversorgung umfasst ambulante und stationäre Leistungen, die ohne aufwändige medizinisch-technische Infrastruktur oder Spezialisierungen über die jeweilige Berufsausbildung hinaus in einem Fachbereich erbracht werden und schließt im Bedarfsfall bei stationären Aufenthalten eine Intensivüberwachung im Rahmen des Komplikationsmanagements mit ein.

Home-Treatment bezieht sich auf eine Versorgungsform, bei der ein multiprofessionelles Team PatientInnen mit psychischer Erkrankung im häuslichen Umfeld behandelt

Institutionelle Zusammenarbeit: durch Vereinbarungen formalisierte strukturierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Versorgungseinrichtungen zur Abdeckung der patientenbezogenen Versorgungserfordernisse

Integrative Gesundheitsversorgung im optimalen Sinn ist *(in Anlehnung an die Definition der WHO)* umfassend, koordiniert, nahtlos und sektorenübergreifend. Sie berücksichtigt alle Bereiche (akutstationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Rehabilitation, Nahtstellen zum Sozialbereich) und Aspekte des Versorgungssystems (wie Ressourcen, Leistungserbringung, Management und Organisation der Diagnostik, Krankenbehandlung, Pflege, Rehabilitation und Gesundheitsförderung) und deren Beziehungen untereinander. Durch ein integratives Versorgungssystem und einen niederschwelligen Zugang zur umfassenden Gesundheitsversorgung wird eine koordinierte und vernetzte Behandlung aller PatientInnen sichergestellt. Dadurch werden Qualität, Patientenzufriedenheit und Effizienz der Versorgung verbessert.

Integrative Planung bezieht idealerweise alle Elemente des Versorgungssystems sowie ihre Beziehungen und Wechselwirkungen gleichzeitig und in eine Gesamtschau ein. Sie löst die herkömmliche isolierte Analyse und Planung einzelner Systemelemente (z.B. Krankenanstalten) ohne Berücksichtigung der Auswirkungen auf andere Elemente ab. Damit alle Teile einer Lösung sich optimal, aufeinander abgestimmt und gleichmäßig entwickeln können, arbeiten idealerweise alle Planungsbeteiligten von Anfang an zusammen. Ein integratives Planungsvorgehen ist ein iterativer Prozess, dessen Schritte sich an einem „gesundheitspolitischen Regelkreis“ (siehe → *„Public Health Action Cycle“)* orientieren.

Integrierte Versorgung (IV) ist eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre/multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten (Guidelines, Versorgungs- und Behandlungspfade, etc.) ausgerichtete Versorgung, die definierte Krankheitsbilder oder/und bestimmte Bevölkerungsgruppen adressiert.

Integriertes Versorgungsprogramm (IVP): programmhafte Umsetzung von Integrierter Versorgung, bei der die Versorgungsprozesse strukturiert und verbindlicher geregelt werden.

Interdisziplinär: verschiedene Disziplinen innerhalb einer Berufsgruppe umfassend (z.B. verschiedene Fachrichtungen oder Spezialisierungen von ÄrztInnen)

Interdisziplinäre Kapazitätsnutzung: Nutzung von Infrastruktur zur Patientenbehandlung durch mehrere in einer KA eingerichtete Fachrichtungen; die fachärztliche Zuständigkeit gemäß ÄAO und ggf. KA-interner Regelungen für die jeweiligen PatientInnen entsprechend ihrem jeweils spezifischen Behandlungsbedarf wird dadurch nicht aufgehoben oder relativiert.

Intramuraler Bereich: (Stationärer und spitalsambulanter) Versorgungsbereich in bettenführenden Krankenanstalten (intramural = innerhalb der (KA-)Mauern)

Kapazitätsdichte: Verfügbare Versorgungskapazitäten in Relation zur Wohnbevölkerung, unabhängig von deren Inanspruchnahme (z.B. „Ärzteköpfe“ im Sinne der Ärzteliste pro 1.000 EW, systemisierte bzw. tatsächliche Betten im Sinne der KA-Statistik pro 1.000 EW)

Kapnographie: Messung von CO_2 in der Ausatmungsluft

Kinder- und Opferschutzgruppen: Interdisziplinär besetzte, in Krankenanstalten eingerichtete Gruppen zur Früherkennung und strukturierten Bearbeitung von Gewalt- und Vernachlässigungsfällen sowie zur Sensibilisierung der beteiligten Berufsgruppen. Die Zusammensetzung und Einrichtung der Gruppen wird in § 8e KAKuG sowie den Krankenanstaltengesetzen der Länder geregelt. Zur Unterstützung beim Aufbau und der Arbeit bestehender Opferschutzgruppen werden in der Toolbox Opferschutz standardisierte Informationen und Materialien zur Verfügung gestellt: Startseite | Toolbox-Opferschutz Davon abzugrenzen sind Gewaltambulanzen mit Kernaufgabe der forensischen Spuren-/Beweissicherung.

Koherante Einheit: Einheit bzw. Messgröße, die in methodischer Hinsicht eine – nach Fachrichtungen differenzierte – vergleichbare, Sektoren übergreifende Darstellung der Versorgungssituation (z.B. betreffend ärztliche Personalausstattung bzw. deren Versorgungswirkung) erlaubt.

Konsiliardienst: Person aus einer Berufsgruppe, die anfragebezogen PatientInnen im Rahmen eines stationären Aufenthalts oder eines ambulanten Kontaktes zu einer bestimmten Fragestellung begutachtet.

Lebensumfeld: Lebensumfeld bezieht sich auf das soziale Umfeld der betroffenen Personen und schließt die für den Alltag maßgeblichen Bezugspersonen und -institutionen wie Wohn- und Betreuungseinrichtungen, Kindergarten, Schule u.ä. mit Betreuungspersonen, An- und Zugehörige als AnsprechpartnerInnen für patientenspezifische Versorgungsbedarfe mit ein.

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF): Fallpauschalen-System, das in Abhängigkeit von Leistungen, Diagnosen, Aufenthaltsdauer und Intensivpflege je Spitalsaufenthalt Verrechnungspunkte festlegt; der Punktwert als Verrechnungsgröße in Geldeinheiten ist abhängig von den Budgetmitteln, die seitens des Landesgesundheitsfonds über das LKF-Modell verteilt werden und ist somit in jedem Bundesland unterschiedlich hoch

LKF-Modell ambulant: Weiterentwicklung des zunächst auf den stationären Bereich beschränkten LKF-Modells (s.o.) zur Anwendung auf den spitalsambulanten Bereich spätestens mit 1.1.2019 („spitalsambulantes Bepunktungsmodell“).[183]

LKF-Tagesklinikkatalog: Kurzform für Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen gemäß LKF-Modell[184]

Liaisondienst: Anfrageunabhängige, regelmäßige Präsenz von entsprechenden Fachkräften unterschiedlicher Berufsgruppen in Abteilungen, um das dortige Behandlungsteam zu beraten und zu unterstützen.

Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (kurz: Fondskrankenanstalten – FKA): Öffentliche allgemeine Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der (Langzeit-)Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie sowie private allgemeine Krankenanstalten, die gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind.

Multiprofessionell: mehrere Berufsgruppen umfassend

Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst: Zeit außerhalb des Tagdienstes gemäß KA-spezifischer Regelung

Niedergelassener (ärztlicher) Bereich: in Einzel- oder Gruppenpraxen tätige ÄrztInnen mit und ohne Kassenvertrag

Nosokomiale Infektionen (Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen; HAI = Healthcare associated infections): Infektionen, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus, in einer Pflegeeinrichtung oder einer ambulanten Einrichtung erworben werden.

Notfall: Je nach Schwergrad ist dringlicher Handlungsbedarf gegeben, um weiteren Schaden von dem/der PatientIn abzuhalten (siehe auch → *Akutfall).*

Nulltagesaufenthalt (NTA): Aufenthalte mit Belagstagen = 0 (d.h. keine Nächtigung in der KA)

Öffnungszeit: Zeit, in der PatientInnen die KA oder andere AnbieterInnen von Gesundheitsdienstleistungen zur Begutachtung und Behandlung aufsuchen können.

Organisationsform bezieht sich auf Aufbauorganisation: rechtlicher und struktureller Rahmen eines Fachbereiches für die inhaltliche und zeitliche Zuständigkeit aufgrund eines definierten Leistungsspektrums sowie der Öffnungs- und Betriebszeit (Planungskriterium für Versorgungssicherheit)

Patientenorientierung: Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen.

Patientensicherheit umfasst Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der PatientInnen führen können.

[183] siehe https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html

[184] siehe Anlage 8 https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html

Patientenzentrierte Gesprächsführung umfasst Herstellen und Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehung, Strukturierung des Gesprächs, Umgang mit emotional herausfordernden Situationen und herausfordernden Kontexten, Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Einflussfaktoren und Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen für den Einsatz unterschiedlicher Kommunikationsmedien (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015, Kap. 7 und 14c, siehe http://www.nklm.de/). Ein Beispiel für ein Modell patientenzentrierter Gesprächsführung ist *The enhanced Calgary-Cambridge Guides* (Kurtz et al. in Academic Medicine 78/8:802-809; 2003)

Patientenzentrierung: umfasst die folgenden Elemente: 1) Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren, 2) Erfassen der lebensweltlichen Bedeutung von Krankheit für die Patientin/den Patienten, 3) Unterstützen der Patientenanliegen und Berücksichtigung des Informationsbedarfs der Patientin/des Patienten und ihrer/seiner Präferenzen hinsichtlich der Entscheidungsfindung, 4) Entwicklung gemeinsamer Therapieziele und Stärkung der persönlichen Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient und 5) Berücksichtigung des Einflusses der Persönlichkeit der Ärztin/des Arztes (Mead/Bower in Social Science and Medicine 51/7:1087-1110; 2000)

Periphere Lage einer Krankenanstalt: Region mit geringer Besiedelungsdichte (unter 30 EW pro km^2 Katasterfläche) und fehlender bzw. grenzwertiger Erreichbarkeit der nächstgelegenen Abteilung der jeweiligen Sonderfächer gemäß Planungsrichtwerten

Postvention bezieht sich auf Unterstützungsmaßnahmen für das Umfeld eines Menschen, der sich das Leben genommen hat

Prähabilitation beschreibt die individuelle Vorbereitung einer Patientin/eines Patienten auf belastende konservative oder chirurgische Therapien, z.B. mittels Ernährungs-/Bewegungstherapie, psychologischer Unterstützung und ggf. unter Einbeziehung des Patient Blood Managements

Prävention: Vorbeugende Maßnahmen, Programme und Projekte, um ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung zu vermeiden.

Prozessqualität gemäß § 2 GQG: „Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden."

Public Health Action Cycle: Als Ausgangspunkt des gesundheitspolitischen Regelkreises informiert die Gesundheitsberichterstattung auf Basis entsprechender Datengrundlagen über die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung. Es werden die bestehende Situation und Entwicklungstrends analysiert. Auf dieser Basis wird gesundheitspolitischer Handlungsbedarf identifiziert (nach Möglichkeit in Form von Kausalanalysen). Auf Basis dieser Erkenntnisse werden Gesundheitsziele formuliert und Optionen, Strategien und Maßnahmen zur Minderung oder Lösung der jeweiligen Gesundheitsprobleme abgeleitet. Zur Umsetzung der Interventions-Konzepte in die Praxis werden im Rahmen der Gesundheitsplanung Maßnahmen im präventiven und kurativen Bereich formuliert und umgesetzt. Deren nachhaltige Wirkungen werden wiederum im Rahmen einer zyklischen Gesundheitsberichterstattung regelmäßig beobachtet und ggf. evaluiert. Dies führt zu einer Neubewertung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung und ggf. zu einer Anpassung von Strategien und Maßnahmen.

Qualität gemäß § 2 GQG: „Grad der Erfüllung der Merkmale von patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität."

Qualitätsstandards gemäß § 2 GQG: „Beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten"

Quellbezug: regionale Zuordnung anhand des Wohnortes des Patienten / der Patientin, unabhängig von der Versicherungsregion oder dem Standort des Leistungserbringers

Rechtsform ist die rechtliche Ausprägung der Trägerschaft als natürliche oder juristische Person; Grundlage für die Regelung von Rechtsangelegenheiten einer Rechtsperson; unterschiedliche Rechtsformen bestimmen unterschiedliche Grundstrukturen hinsichtlich Eigentums- und Haftungsformen.

Referenzzentrum: Organisationsform, der die Durchführung jener Leistungen vorbehalten ist, die in der stationären Leistungsmatrix mit RFZ gekennzeichnet sind; die jeweils höchste Versorgungsstufe einer abgestuften Versorgungsstruktur und hochspezialisierte (zumeist operativer) Fachbereiche.

Regelversorgung umfasst häufige Routine-Leistungen eines Fachbereichs, die im Rahmen einer Abteilung mit zugehörigem fachspezifischem Komplikationsmanagement (im Bedarfsfall inkl. Intensivbehandlung) erbracht werden.

Rehabilitation: Die **stationäre** medizinische Rehabilitation[185] umfasst die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen[186] (Rehabilitationszentren). Alle drei Versicherungszweige (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) sind für das Gewähren von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zuständig[187]. Die **ambulante** medizinische Rehabilitation ist seit 2011 im Bereich der Pensionsversicherung gesetzlich erwähnt und seit 2019 fallen auch Maßnahmen der Telerehabilitation in diesen Aufgabenbereich[188]. Die ambulante medizinische Rehabilitation wird i.d.R. in selbstständigen Ambulatorien durchgeführt.

Rufbereitschaft: jederzeitige Erreichbarkeit des/der jeweils zuständigen Arztes/Ärztin mit der erforderlichen Qualifikation bzw. eines anderen Gesundheitsberufs (z.B. DGKP) für Anwesenheit in KA im Bedarfsfall (i.d.R. innerhalb von 30 Minuten)

Sanatorien: Private, nicht-gemeinnützige Akutkrankenanstalten, die ohne weitere vertragliche Vereinbarung keine Versorgungsverpflichtung übernehmen (kein Kontrahierungszwang) und die gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG eine besondere Ausstattung für höhere Ansprüche hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung haben; sie werden oftmals ohne innerorganisatorische Fachgliederung bzw. unter Heranziehung von BelegärztInnen betrieben.

Schichtbetrieb für chronische Hämodialyseversorgung: Schichtbetrieb für chronische Hämodialyseversorgung beschreibt die (standortbezogene) Nutzung von Hämodialyseplätzen im Sinne der betrieblichen Organisation. Grundsätzlich können pro Tag bis zu drei Schichten absolviert werden, das heißt, dass an zwei Tagen bis zu sechs Patientinnen und Patienten pro Platz versorgt werden. Eine mögliche vierte Schicht findet planerisch grundsätzlich keine Berücksichtigung (im Sinne von Zumutbarkeit für Patientenklientel und Personal). Bei einem 3-2-Schichtbetrieb (gleichbedeutend mit einem wöchentlichen 15-Schichtbetrieb) werden beispielsweise pro Hämodialyseplatz 5 Patientinnen/Patienten versorgt: 3 Patientinnen/Patienten jeweils Montag, Mittwoch und Freitag, 2 Patientinnen/Patienten Dienstag, Donnerstag, Samstag. Solcherart gilt die Schichtbetriebsorganisation als ein wesentlicher Parameter hinsichtlich der tatsächlich verfügbaren Hämodialysekapazität.

Selbstständige Ambulatorien: Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG, die der Untersuchung und Behandlung von Personen, die nicht der Aufnahme in Anstaltspflege bedürfen, dienen.

Sicherstellung (der Versorgung): Verpflichtung, organisatorische Maßnahmen vorzusehen, um PatientInnen die jeweils bedarfsspezifisch erforderliche Versorgung zugänglich zu machen.

Social Prescribing: verbindet Patientinnen und Patienten mit gesundheitsrelevanten psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen in der Primärversorgung auf strukturierte Weise mit regionalen Angeboten, insbesondere außerhalb des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Angebotsspektrums, um deren Gesundheit, Wohlbefinden und soziale Teilhabe zu fördern. Der Prozess umfasst das Erkennen dieser Bedarfe (Sensibilisierung des Primärversorgungsteams), Link-Working-Beratung, Netzwerkmanagement und Qualitätssicherung

Sonderausbildung/Spezialisierung bezeichnet eine auf die berufliche Erstausbildung aufbauende Zusatzausbildung für ein bestimmtes Fachgebiet oder eine bestimmte Aufgabe, die mit Erweiterung oder Vertiefung der beruflichen Befugnisse einhergeht. Am Ende dieses Programmes steht ein Beurteilungsprozess, in welchem die Erreichung der intendierten Lernergebnisse überprüft wird.

Spezialzentrum: Innerhalb eines Fachbereichs für einen spezialisierten Teilbereich etablierte Struktur, die eine spezielle Patientengruppe mit speziellen Erkrankungen adressiert und einen hohen Grad an Expertise und interdisziplinärer Zusammenarbeit erfordert.

Spitalsambulanzen: Anstaltsambulatorien als Teil von Allgemeinen KA und Sonder-KA; dienen der Behandlung und Untersuchung von Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, wenn es aus bestimmten Gründen notwendig ist (z.B. Leistung Erster ärztlicher Hilfe, Befunderhebung vor Aufnahme, Behandlung nach einer in der KA erfolgten Pflege, usw.) *(vgl. § 26 KAKuG).*

[185] gemäß § 154a, § 189 und §§ 300–307c ASVG

[186] In der Regel in Sonderkrankenanstalten im Sinne § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG, im Bereich der Erwachsenen-Rehabilitation für PSY de facto auch in selbstständigen Ambulatorien mit angeschlossenem Beherbergungsbetrieb

[187] Entsprechend dem ASVG bzw. den Richtlinien des DVSV gem. § 31 Abs. 5 Z 19 und 20 ASVG, vgl. RKK 2005

[188] § 302 Abs. 1 Z 1a ASVG

Standardversorgungseinheit (SVE): Messgröße für das durchschnittliche ärztliche Leistungsvolumen (differenziert nach Sonderfächern) gemäß Bundesland-spezifischer Berechnung (basierend auf dem jährlichen Leistungsvolumen eines „durchschnittlich arbeitenden" Arztes/einer Ärztin; unter symmetrischer Berücksichtigung der Anzahl der ambulanten Kontakte im extramuralen und im spitalsambulanten Bereich)

Strukturqualität gemäß § 2 GQG: „Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht"

Systemisierte Betten: Betten (inklusive Tagesklinikplätze), die durch behördliche Bewilligung festgelegt sind.

Tagdienst: Anwesenheit von Personal an Werktagen während der Betriebszeit gemäß KA-spezifischer Regelung in der Anstaltsordnung (i.d.R. Mo-Fr exkl. Feiertage)

Tagesambulante Versorgung: Grundsätzlich mehrstündige ambulante Behandlung/Beobachtung in definierten ambulanten Versorgungsbereichen (onkologische Pharmakotherapie, Tagesbehandlung in PSY, KJP, PSO, AG/R, ambulante Versorgung von Beobachtungsfällen in einer Zentralen Ambulanten Erstversorgung (ZAE) sowie in fachspezifischen ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant sowie ambulant erbrachte tagesklinische Leistungen), für die ambulante Betreuungsplätze (ambBP) erforderlich sind; die rechnerische Ermittlung der Anzahl an ambBP erfolgt gemäß Anhang 2.

Tagesbehandlung (ambulant): mehrstündiger ambulanter Besuch während eines Tages in Einheiten zur Tagesbehandlung in der PSY, KJP, PSO-E, PSO-KJ, AG/R in KA

Tagesklinik-Aufenthalt: Stationärer Aufenthalt von PatientInnen, die Leistung(en) aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen gemäß LKF-Modell erhalten und am selben Tag aufgenommen und entlassen werden.

Tagesklinikplatz: systemisiertes oder tatsächlich aufgestelltes Bett bzw. Planbett zur ausschließlichen Nutzung für Tagesklinik-Aufenthalte

Tagesklinische Versorgung: Behandlung im Rahmen eines Tagesklinik-Aufenthalts

Telefonische Erreichbarkeit: jederzeitige Erreichbarkeit des/der jeweils zuständigen Arztes/Ärztin mit der erforderlichen Qualifikation für telefonische Abklärung bei Rückfragen des Gesundheitspersonals zum Behandlungsprozess und ggf. Organisation erforderlicher Unterstützungsmaßnahmen

Telemedizin: Telemedizin beschreibt die Bereitstellung oder Unterstützung von Gesundheitsleistungen mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wobei Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsdiensteanbieter (GDA – darunter fallen etwa Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser und Pflegepersonal) nicht am selben Ort anwesend sein müssen. Voraussetzung für die Anwendung von Telemedizin ist eine sichere Übertragung medizinischer Daten – in Form von Text, Ton und/oder Bild – zur Prävention, Diagnose, Behandlung und Nachsorge

Total intravenöse Anästhesie (TIVA): Eine TIVA ist eine Form der Allgemeinanästhesie, bei der keine Inhalationsanästhetika verwendet werden, sondern die Anästhetika ausschließlich intravenös verabreicht werden

Transition: Aktiv begleiteter Übergang von Kindern oder jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen aus einer kindzentrierten in eine erwachsenenorientierte Gesundheitsversorgungseinrichtung; Ziel der Transitionsmedizin ist es, diesen Übergang durch verschiedene Programme – insbesondere Schulungen und strukturierte Fortbildungsangebote – zu standardisieren und zu vereinfachen.

Transparenz gemäß § 2 GQG: „Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse und deren systematische Überprüfung; Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche zur Qualitätsverbesserung"

Triage: (standardisierte) Bewertung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs von Akut- bzw. Notfällen

Übergangspflege: Kurzzeitpflege zum Aufbau der häuslichen Pflege im Anschluss an eine stat. Behandlung

Unfallkrankenhäuser (UKH) sind gemeinnützige Krankenanstalten der allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und somit Teil des öffentlichen Gesundheitsversorgungssystems. Es sind alle ÖSG-Regelungen unmittelbar anwendbar. In der Planung der Krankenanstaltenversorgung auf Landesebene sind UKH mit ihrer Versorgungswirkung zu berücksichtigen.

Verfügbar (in KA): Das als Qualitätskriterium geforderte Personal und/oder die Ausstattung steht bei Bedarf dem jeweiligen Fach-/Versorgungsbereich auf Anforderung zur Verfügung.

Versorgung umfasst Diagnostik, Therapie und organisatorische Maßnahmen zur Erreichung der Therapieziele

Versorgungsauftrag: Zuordnung von Aufgaben und Leistungen zur dafür im regionalen Kontext am besten geeigneten Anbieterstruktur.

Versorgungsbereich: spezialisierter Teilbereich zur Versorgung von PatientInnen mit bestimmten Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen) oder bestimmter Patientengruppen (z.B. Erwachsene, Kinder und Jugendliche) oder zur Versorgung in einem bestimmten Behandlungsstadium (z.B. intensivmedizinische Versorgung) oder bei multidimensionalem Versorgungsbedarf (z.B. Akutgeriatrie/Remobilisation); ist jeweils ein Teil eines oder mehrerer Fachbereiche und stellt in der Regel keinen gesamten Fachbereich dar

Versorgungsdichte: Versorgungskapazitäten in Relation zur Wohnbevölkerung, gewichtet nach deren Inanspruchnahme (z.B. „ärztliche ambulante Versorgungseinheiten - ÄAVE" im Sinne von Regiomed pro 1.000 EW, Bettenäquivalente pro 1.000 EW)

Versorgungsgebiet: Summe aller einem Soll-Leistungsstandort zugeordneten Gemeinden (z.B. im Rahmen der ambulanten Versorgungsplanung inkl. der Primärversorgung) bzw. ÖSG-Versorgungsregionen (z.B. im Rahmen der überregionalen Versorgungsplanung - ÜRVP), für die der betreffende Soll-Leistungsstandort die primäre Versorgungsfunktion in einem bestimmten Fach-/Versorgungsbereich möglichst zur Gänze zu übernehmen hat (die Festlegung der Versorgungsgebiete erfolgt in Abhängigkeit von den derzeitigen regionalen Versorgungsbeziehungen sowie von der Erreichbarkeit im Straßenverkehr und unabhängig von räumlich-administrativen Grenzen, v.a. von Bundesländergrenzen); die Wahlfreiheit der Patienten/-innen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im betreffenden Fach-/Versorgungsbereich bleibt davon unberührt.

Versorgungsregion (VR): Der integrativen regionalen Versorgungsplanung im Sinne des ÖSG liegen 32 Versorgungsregionen (VR) zugrunde, die unter Berücksichtigung der regionalen Beziehungen in der Gesundheitsversorgung und in Anlehnung an das Konzept der „NUTS-III-Regionen" des Statistischen Amts der Europäischen Union (Eurostat) mit den Bundesländern einvernehmlich festgelegt wurden. Die VR setzen sich jeweils aus mehreren politischen Bezirken eines Bundeslandes zusammen und erstrecken sich nicht über Bundeslandgrenzen hinweg (*vgl. Karten in → Anhang 11).*

Versorgungszone (VZ): Der Planung des stationären Rehabilitationsbereichs liegen als regionale Einheiten vier Versorgungszonen zugrunde, die unter Berücksichtigung der regionalen Beziehungen in der Gesundheitsversorgung und in Anlehnung an das Konzept der „NUTS-I-Regionen" des Statistischen Amts der Europäischen Union (Eurostat) festgelegt wurden. Die VZ West setzt sich aus Vorarlberg und Tirol zusammen, die VZ Nord aus Salzburg und Oberösterreich, die VZ Süd aus Kärnten und Steiermark und die VZ Ost aus Niederösterreich und Wien; das Burgenland zählt entsprechend der tatsächlichen Patientenströme sowohl zur VZ Ost als auch zur VZ Süd.

VertragsärztInnen lt. Ärzteliste/Zahnärzteliste sind jene niedergelassen tätigen ÄrztInnen, die einen Vertrag mit mindestens einem Krankenversicherungsträger haben. Verträge mit KFA/KUF sowie reine Vorsorgeuntersuchungs-Verträge werden hier nicht berücksichtigt. Die Angaben in der Ärzteliste zum Vorliegen eines Kassenvertrags sind unabhängig von den Datengrundlagen der Sozialversicherung. Das bedeutet, dass Abweichungen zwischen den Angaben zu VertragsärztInnen gemäß Ärzteliste und den Vertragspartnerdaten der Sozialversicherung möglich sind. Die Fachrichtungszuordnung erfolgt über ein in der (Zahn-)Ärzteliste definiertes Erstfach (ist jene Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist).

Vollstationäre Aufenthalte: Aufenthalte mit Belagstagen > 0 (d.h. mit mindestens einer Nächtigung)

Vollzeit-Äquivalent (VZÄ): Arbeitseinsatz auf Basis 40-Stunden-Woche; quantitative Mehr- bzw. Minderleistungen sind entsprechend zu berücksichtigen

Vollstationäre Betten: systemisierte bzw. tatsächliche Betten für vollstationäre Aufenthalte

WahlärztInnen lt. Ärzteliste sind niedergelassen tätige ÄrztInnen, die mit keiner Krankenkasse (ausgenommen KFA und KUF) einen Vertrag haben und mind. eine Privatordination führen. Die Fachrichtungszuordnung erfolgt über ein in der (Zahn-)Ärzteliste definiertes Erstfach (das ist jene Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist).

Weiterbildung

- ist für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe geregelt;
- bezeichnet ein auf die berufliche Erstausbildung aufbauendes Programm zur Vertiefung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Kompetenzen (Können) in einem bestimmten Fachbereich. Am Ende dieses Programmes steht ein Beurteilungsprozess, in welchem die Erreichung der intendierten Lernergebnisse überprüft wird;
- wird als Begriff tlw. synonym mit Fortbildung verwendet.

Zielbezug: regionale Zuordnung zum Standort des Leistungserbringers, unabhängig von der Wohnregion der Patientin / des Patienten oder der Versicherungszuständigkeit für die Patientin / den Patienten

Zusammenarbeit (interdisziplinär/multiprofessionell): gemeinsame Wahrnehmung des interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsansatzes durch Einbindung aller im jeweiligen Einzelfall bedarfsspezifisch erforderlichen Gesundheitsberufe; regelmäßige und strukturierte Kommunikation und Informationsaustausch inkl. Fallbesprechungen zur Erhöhung der Behandlungsqualität

Zusatzausbildung: siehe → *Sonderausbildung/Spezialisierung*

Anhang 2: Bemessung von ambulanten Betreuungsplätzen in definierten Versorgungsbereichen

Durch die Einführung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells[189] und der damit verbundenen sukzessiven Verlagerung von medizinisch nicht indizierten kurzstationären Aufenthalten vom stationären in den spitalsambulanten Bereich werden für folgende definierte Versorgungsbereiche sog. **ambulante Betreuungsplätze** (ambBP) als Planungsgrößen eingeführt:

- Onkologische Pharmakotherapie
- Spezielle Bereiche für ambulante Tagesbehandlungen
- Beobachtungsfälle in einer Zentralen Ambulanten Erstversorgung (ZAE) und in definierten fachspezifischen ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant
- Ambulant erbrachte tagesklinische Leistungen

Die rechnerische Ermittlung erfolgt auf Basis der dafür ausgewählten ambulanten Pauschalgruppen gemäß aktuellem LKF-Modell-ambulant mit folgenden Parametern:

Behandlungsgruppe gemäß LKF-ambulant	Messgröße in Einheit	Betriebstage pro Jahr	Belegungsfaktor pro ambBP pro Betriebstag	Auslastung	Anzahl ambulante Besuche pro Jahr pro ambBP[1]
Onkologische Pharmakotherapie	PatientInnen/Tag	250	2	85 %	425
Ambulante Tagesbehandlungen in PSY, KJP, PSO-E, PSO-KJ, AG/R	PatientInnen/Tag	250	1	85 %	210
Beobachtungsfälle in ZAE und in definierten ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant	PatientInnen mit Beobachtungs-bedarf/Tag	365	1,5	65 %	350
Ambulant erbrachte tagesklinische Leistungen	PatientInnen/Tag	250	1,5	90 %	340

[1] gerundet

Berechnungsbasis: Ambulante Pauschalgruppen gemäß aktuellem LKF-Modell-ambulant

Onkologische Pharmakotherapie

Alle ambulant erbrachten MEL22.xx mit ambulant codierbaren Leistungen, exkl. MEL 22.11 Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut - ohne Purging sowie

AMG-APG	APG-AMG-Bezeichnung
AMG21.15	Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Antimykotika
AMG21.25	Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Antivirale Therapie
AMG21.51	Zusätzliche onkologische Therapie - bestrahltes Erythrozytenkonzentrat
AMG21.52	Zusätzliche onkologische Therapie - Leukozytenkonzentrat

Spezielle ambulante Bereiche

AMG-APG	APG-AMG-Bezeichnung
AMG20.05	Ambulante Tagesbehandlung in der Psychiatrie
AMG20.06	Ambulante Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie
AMG20.07	Ambulante Tagesbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)
AMG20.08	Ambulante Tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

[189] Siehe unter https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html

AMG-APG	APG-AMG-Bezeichnung
AMG20.11	Ambulante Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)
AMG20.12	Ambulante Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO (Erwachsene)
AMG20.13	Ambulante Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO (Kinder und Jugendliche)

Berechnungsbasis: Beobachtungsfälle in einer Zentralen Ambulanten Erstversorgung (ZAE) und in definierten fachspezifischen ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant

Leistung	Leistungsbezeichnung
ZZ710	Mehrstündige Betreuung und Beobachtung auf einem dafür vorgesehenen ambulanten Betreuungsplatz in einer ambulanten Erstversorgungseinheit (LE=je Sitzung)

Berechnungsbasis: Ambulant erbrachte tagesklinische Leistungen

Ambulante Besuche mit Leistung(en) aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen gemäß LKF-Modell stationär

Die Zuordnung der ambulanten Pauschalen bzw. Leistungen wird jährlich mit dem LKF-Modell (spitalsambulant) gewartet.

Anhang 3: Risikoliste Geburtshilfe

Indikationen zur Transferierung von Schwangeren und Neugeborenen aus der Grundversorgung oder im Fall einer Hebammengeburt (inkl. Hausgeburt) in eine höhere Versorgungsstufe

Quelle: AWMF-Register Nr. 024/002: Verlegung von Früh- und Reifgeborenen in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe

Risikobilder
fetal
Unreife < 36 + 0 SSW p.m.
Unreife ≥ 36 + 0 SSW p.m.*
Fetale Wachstumsretardierung (Geburtsgewicht < 3.Perzentile), nach Untersuchung durch FA KIJU in Abstimmung mit PNZ oder Schwerpunkt Typ A
Fetale Wachstumsretardierung (3. - 10. Perzentile)*
Atemstörungen jeglicher Genese einschl. Apnoen/Bradykardien (mit Ausnahme von kurzfristigen Anpassungsstörungen postpartal mit sich rasch bessernder klinischer Symptomatik)
Nabelarterien pH < 7,0
Fehlbildungen oder Verdacht darauf zur weiteren Diagnostik und/oder Therapie* (nach Untersuchung durch FA KIJU in Abstimmung mit PNZ oder Schwerpunkt Typ A)
Angeborene Stoffwechselstörungen oder Verdacht darauf
Hypoglykämie, wiederholt < 36 mg/dl (2 mmol/l) in den ersten 24 Stunden,< 45 mg/dl (2,5 mmol/l) ab 25. Lebensstunde
Diabetische Fetopathie
Endokrinopathien oder Verdacht darauf (nach Untersuchung durch FA KIJU in Abstimmung mit PNZ oder Schwerpunkt Typ A)
Morbus haemolyticus neonatorum
Polyglobulie (Hämatokrit venös > 0,7)
Polyglobulie (Hämatokrit venös 0,66 - 0,70)*
Anämie (mit klinischer Symptomatik und Hämatokrit < 0,35) in der ersten Lebenswoche
Hyperbilirubinämie: sichtbarer Ikterus in den ersten 24 Stunden > 20 mg/dl trotz Fototherapie bei gesunden reifen Neugeborenen > 17 mg/dl trotz Fototherapie bei reifen Neugeborenen mit Risikofaktoren
Hyperbilirubinämie zur Differentialdiagnostik und eventuellen Fototherapie*
Morbus haemorrhagicus
Krampfanfälle
Intrakranielle Blutungen und Verdacht darauf
Zyanose (mit Ausnahme von kurzfristigen Anpassungsstörungen postpartal mit sich rasch bessernder klinischer Symptomatik)
Infektion
Verdacht auf Infektion* (außer das Neugeborene ist klinisch stabil)
Thermolabilität oder ausgeprägte Trinkschwäche
Herzrhythmusstörungen
Neurologische Auffälligkeiten*
Anamnestischer Verdacht auf Infektion bis zum Ausschluss*
Fehlbildungen mit aufgeschobener Dringlichkeit*
Ernährungsstörungen*
maternal
Entzugssymptome bei Drogenabhängigkeit der Mutter
Insulinbedürftiger Diabetes mellitus der Mutter**

* relative fetale/kindliche Indikation, d.h. wenn ein neonatologisch versierter FA nicht verfügbar ist, der die klinische Symptomatik entsprechend einschätzen kann

**relative maternale Indikation, d.h. wenn ein FA für IM-EKRI nicht verfügbar ist, der das Risiko abschätzen kann.

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

- obligatorische Verwendung der Kapnographie
- Verwendung von Ringerlösung oder anderer balancierter Elektrolytlösungen
- KEINE Verwendung von Ringerlaktat
- KEINE Verwendung von Steroiden
- rascher Transport in das nächstgelegene geeignete Traumazentrum

Quelle:

https://www.igeh.org/wp-content/uploads/2020/02/Empfehlungen_zur_Erstversorgung_SHT_Finale_Version.pdf
https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/empfehlung__zu_erstversorgung_sht_2013.pdf

Methodik zur Studie: https://www.igeh.org/wp-content/uploads/2020/02/Erste_Ergebnisse_Prehospital_Projekt_Nov_2012.pdf

Anhang 5: Planungsgrundlagenmatrix (PM)

Die Planungsgrundlagenmatrix (PM) beschreibt anhand von Indikatoren die Versorgungssituation in **allen** inkludierten **Versorgungsbereichen** der jeweiligen Versorgungsregion (VR), die ihrerseits jeweils auch in einer höher aggregierten räumlichen Betrachtungseinheit (Bundesland, Versorgungszone sowie Österreich insgesamt) Eingang findet.

Die PM ist nach den **32 Versorgungsregionen**, den neun Bundesländern und den vier Versorgungszonen gegliedert. Die Indikatoren zur Beschreibung der Versorgungssituation in den verschiedenen akutstationären und nicht akutstationären Versorgungsbereichen innerhalb der jeweiligen Region beziehen sich auf den **Ist-Stand** gemäß jeweils aktuell verfügbarer Datenbasis (primär auf das Daten-Jahr 2021) sowie auf Planungsaussagen zur Gesamtzahl an stationären Aufenthalten im Jahr 2030 von PatientInnen aus der jeweiligen Region („quellbezogene" Darstellung wie in der VM, inkl. Nulltagesaufenthalte). Weiters erfolgt eine Darstellung zum **Soll-Stand** der stationären Aufenthalte 2030 in Differenzierung nach Fachrichtungen (ebenfalls „quellbezogene" Darstellung), jeweils auf Ebene der Bundesländer und der Versorgungszonen (unverbindliche Grobabschätzung).

Die Beschreibung der Versorgungssituation erfolgt dabei zu folgenden **Versorgungsbereichen** *(vgl. auch Karten 3 bis 8 im → Anhang 12*):

- Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH, SAN)
- Ambulante ärztliche Versorgung (niedergelassene ÄrztInnen, ÄrztInnen in Spitalsambulanzen sowie in selbstständigen Ambulatorien)
- Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung (letztere u.a. PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, psychosoziale Beratung etc. umfassend)
- Rehabilitation (stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Darstellung auf Ebene der vier Versorgungszonen)
- Alten- und Langzeitversorgung (stationäre und mobile Betreuungs- und Pflegedienste sowie spezielle Versorgungsformen umfassend)

Ergänzend werden in der PM jene Kriterien zum Nahtstellenmanagement (NSM) angeführt, anhand derer künftighin das Funktionieren des NSM in den einzelnen Versorgungsregionen systematisch bewertet werden soll.

Weitere Erläuterungen und Tabellen: siehe → Tabellenband

Die Tabellen sind auch als xls-Dokument „ÖSG 2023 – Planungsgrundlagenmatrix (Tabellen zu Anhang 5)" separat verfügbar.

Anhang 6: Versorgungsmatrix (VM)

Die VM ist nach **VMMHG** (in der VM verwendete medizinisch homogene Obergruppen der MHG), weiters nach den 32 Versorgungsregionen (VR), den neun Bundesländern sowie den vier Versorgungszonen gegliedert und legt auf diesen regionalen Ebenen quellbezogene Richtwerte für die Anzahl der stationären Aufenthalte in den Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH und SAN) fest.

Weitere Erläuterungen und Tabelle: siehe → Tabellenband

Die Tabelle ist auch als xls-Dokument „ÖSG 2023 – Versorgungsmatrix (Tabelle zu Anhang 6)“ separat verfügbar.

Anhang 7: Leistungsmatrix-ambulant (LM-amb)

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

Leistungsmatrix-ambulant: siehe → Tabellenband

Die Unterlagen sind auch als xls-Dokumente „ÖSG 2023 – Leistungsmatrix-ambulant (Tabellen zu Anhang 7)“ separat verfügbar.

Anhang 8: Leistungsmatrix-stationär (LM-stat)

Die LM-stat ist jährlich zu warten und den Änderungen im BMASGPK-Leistungskatalog anzupassen sowie anwendungsorientiert weiterzuentwickeln. Sie wird jeweils mit dem Folgejahr der Beschlussfassung durch das zuständige BGA-Gremium als Rahmenbedingung zum LKF-Modell gültig.

Leistungsmatrix-stationär: siehe → Tabellenband

Die Unterlagen sind auch als xls-Dokumente „ÖSG 2023 – Leistungsmatrix-stationär (Tabellen zu Anhang 8)“ separat verfügbar.

Anhang 9: RSG-Planungsmatrix (RSG-PM)

Die RSG-Planungsmatrix basiert auf der Planungsgrundlagenmatrix des ÖSG und beschreibt anhand von Planungsgrößen die Versorgungssituation im ambulanten und akutstationären Versorgungsbereich (sowie möglichst auch zu den Nahtstellen zum Sozialbereich) in der jeweiligen Versorgungsregion (VR) sowie für die stationäre und ambulante Rehabilitation im jeweiligen Bundesland.

Die Bestandsanalyse zur IST-Situation und die Planung der Angebotsstruktur in jeder Versorgungsregion oder auch in kleineren Planungsräumen (z.B. Bezirke) sind Ausgangspunkte für die Zuordnung der Planungsgrößen auf einzelne Anbieterstrukturen oder Gruppen von Anbieterstrukturen bzw. in der Folge auch für die Summendarstellung je Bundesland. In der RSG-Planungsmatrix sind Tabellen für folgende Ebenen zu erstellen:

1. Akut-Krankenanstalten (eine Tabelle je Akut-KA-Standort)
2. Versorgungsregionen (eine Tabelle je VR für Gesamtübersicht sowie eine Tabelle je VR zur Verteilung der extramuralen ärztlichen LeistungserbringerInnen auf Bezirksebene)
3. Bundesland (eine Tabelle)

Die Planungsgrößen beziehen sich dabei auf den IST-Stand gemäß jeweils aktuell verfügbarer Datenbasis (Ausweis des aktuell verfügbaren Basis-Daten-Jahres). Die Darstellung zum SOLL-Stand betrifft den jeweiligen Planungshorizont, der jedenfalls bundeseinheitlich in 5-Jahresschritten (2025, 2030, etc.) festzulegen ist.

Weitere Erläuterungen und Tabellen: siehe → Tabellenband

Die Tabellen sind auch als xls-Dokument „ÖSG 2023 – RSG-Planungsmatrix (Tabellen zu Anhang 9)“ separat verfügbar.

Anhang 10: Großgeräteplan (GGP)

➔ *Zu den für eine Verordnung zum ÖSG vorgesehenen Inhalten des Großgeräteplans siehe Kapitel 4 und 4.4.*

Im Großgeräteplan sind die Vorgaben zur Großgeräteplanung (inkl. Funktionsgeräte) nach Bundesländern alphabetisch geordnet, standortgenau sowie in einer Österreich-Gesamtdarstellung in Tabellenform angeführt.

Großgeräteplan: siehe → Tabellenband

Die Unterlagen sind auch als xls-Dokument „ÖSG 2023 – Großgeräteplan (Tabellen zu Anhang 10)“ separat verfügbar.

Anhang 11: Allgemeine Hygieneanforderungen an Behandlungsräume und Räume für invasive Eingriffe in Gesundheitseinrichtungen

Quellen:

- Lehrbuch: Krankenhaus- und Praxishygiene, Urban & Fischer 2022 (4. Auflage)
- DGKH-Leitlinie „Bauliche und funktionelle Anforderungen an Eingriffsräume“, abrufbar unter https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/Leitlinie%20Eingriffsr%C3%A4ume_210224.pdf
- Hygienerichtlinien des Arbeitskreises für Hygiene in Gesundheitseinrichtungen der MA15 Nr. 26 und 28, abrufbar unter https://www.wien.gv.at/gesundheit/strukturen/hygiene/richtlinien.html
- ÖGHMP „Hygiene-Anforderungen an lüftungstechnische Anlagen für Operationsräume in Gesundheitseinrichtungen“, abrufbar unter https://www.oeghmp.at/de/wissenswertes/news/
- Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (Hygiene-V 2014), abrufbar unter https://www.aerztekammer.at/kundmachungen/-/asset_publisher/KSydEGNV6Ajn/content/hygieneverordnung/261766
- Liste zur Umsetzung der Bayerischen MedHygV: Maßnahmen in Einrichtungen für ambulantes Operieren, abrufbar unter https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/hygiene/doc/medhygv_liste_operative_taetigkeiten.pdf
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO):
  - Infektionsrisiko und Festlegung infektions-präventiver Maßnahmen, abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/ThemenAZ/O/Operationen_Infektionspraevention.html
  - Prävention postoperativer Wundinfektionen. BGBl 2018, 61:448-473, abrufbar unter https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6416/Empf_postopWI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
  - ÖNORM H 6020 - Lüftungstechnische Anlagen für medizinisch genutzte Räume
  - OVE E 8101 - Errichtungsbestimmungen für elektrische Niederspannungsanlagen

Grundsätzliches

Aus Sicht der Mitglieder der Fokusgruppe Hygiene werden hier nur hygienische Aspekte behandelt. Andere Aspekte (Sicherheit, Aufbewahrung von Wertsachen in Umkleiden usw.) gehören auch zu Anforderungen an Räumlichkeiten, sind aber keine Hygienethemen. Betont werden muss, dass strukturelle Bedingungen zwar wesentlich dazu beitragen, dass ein hygienisches Arbeiten in Gesundheitseinrichtungen möglich wird, dass aber hygienisch korrekter Umgang im Alltag immer auch die Anwendung von Wissen und erlernten Fähigkeiten in Zusammenhang mit medizinischen Prozessen bedeutet und nicht auf strukturelle Gegebenheiten reduziert werden darf.

Für die Ausgestaltung der Raumkategorien III (Eingriffsraum) und IV (OP) ist eine fundierte Fachplanung unter Berücksichtigung relevanter Leitlinien, Normen und Vorgaben von Fachgesellschaften obligatorisch.

Die in diesem Dokument beschriebenen Kriterien gelten jedenfalls für Planung sowie für Neu-, Zu und Umbauten. Für Bestandsräume wird bestmögliche und zumutbare Umsetzung dieser Kriterien empfohlen.

Es werden aus hygienischer Sicht vier Raumkategorien unterschieden:

- Kat. I (Behandlungsraum)
- Kat. II (Behandlungsraum-invasiv)
- Kat. III (Eingriffsraum)
- Kat. IV (OP)

Ausstattungskriterien

Raumgröße

- Ausreichend unverstellte Fläche für ungehinderte Bewegung (Schutz vor Kontakt-Kontamination), d.h. mindestens 20 m^2 unverstellte Fläche[190] in den Räumen der Kategorie II und III, bzw. mindestens 40 m^2 unverstellte Fläche[174] in Räumen der Kat. IV (OP).
- Die Raumhöhe ist entsprechend den Anforderungen an die Einrichtung zu adaptieren
- Patientenliege von (mindestens) drei Seiten zugänglich, damit einerseits die Reinigung und Desinfektion leichter möglich ist und andererseits im Notfall ein unbehinderter Zugang zum Patienten erfolgen kann.

Ausstattungsmerkmale

- Fußboden gut reinig- und desinfizierbar (glatt, fugenfrei, bruchsicher, beständig gegen Wasser, Reinigungs- und Desinfektionsmittel); je nach Nutzung ggf. antistatisch gem. OVE E 8101; gebrochene Fliesen müssen ausgetauscht werden.
- Übergang zur Wand dicht schließend, beständig und gut reinigbar und desinfizierbar. Idealerweise erfolgt dies durch einen fugenlosen Hochzug vom Boden zur Wand („Hohlkehle"), andere Techniken, die zum gleichen Ziel führen sind möglich und müssen mit dem Hygieneteam abgeklärt werden.
- Textile Bodenbeläge („Spannteppiche") sind in medizinischen Bereichen nicht zulässig. Der Einsatz von reinig- und desinfizierbaren Kunstfaserbelägen ist mit dem Hygieneteam abzuklären.
- Wände müssen in allen Bereichen mit Kontaminationsrisiko gut reinig- und desinfizierbar sein (glatt, beständig gegen Wasser, Feuchtigkeit, Reinigungs- und Desinfektionsmittel)
- Abgehängte Decken müssen gegen den darüberliegenden Hohlraum staubgeschützt abgedichtet sein
- Sogenannte „Lochdecken" können in Absprache mit dem Hygieneteam in definierten Bereichen eingesetzt werden, jedoch nicht in Kat. III und IV. Nicht eingesetzt werden dürfen diese in Räumen, in denen es zu einer Feuchtebildung kommt (z.B. Therapien mit Wasser- oder Dampfanwendung). Voraussetzung ist, dass sich über der Lochung bei abgehängten Decken ein sog. „Rieselschutz" befindet. Dabei handelt es sich um ein Staubschutzvlies, welches bei medizinisch genutzten Räumen als Standard vorzusehen ist.
- Heizkörper in gut reinig- und desinfizierbarer Bauart mit glatter Oberfläche; 10 – 15cm Abstand zum Boden und zur dahinterliegenden Wand.
- Leitungen unter Verputz oder in geschlossenen, staubdichten und zugfreien Kanälen verlegt; Durchtrittstellen durch Wand oder Boden versiegelt.
- Wanddurchdringungen 10 – 15cm über dem Boden und versiegelt
- Möblierung darf kein Reinigungshindernis oder Staubfänger sein: Einbaumöbel dicht an die Wand anschließend, 10 – 15cm bodenfrei oder mit Boden verfugt. Bei Hochschränken entweder bündig zur Decke oder schräg zur Wand anschließend. Anderes Mobiliar auf Rollen beweglich. Arbeits- und sonstige Oberflächen gut reinig- und desinfizierbar. Möbel aus unbehandeltem Holz sind nicht zulässig
- Türen und Fenster reinig- und desinfizierbar, Türklinken mit Ellbogen bedienbar. Fliegengitter sind vorzusehen (bei jenen Fenstern, die zum Öffnen gedacht sind)
- Wenn textile Vorhänge zulässig, dann müssen sie in Desinfektions-Waschverfahren aufbereitbar sein (mindestens 40°C chemothermisch), der Einsatz in den Kat. II bis IV ist nicht zulässig.
- Wenn Innenjalousien unvermeidbar sind, dann sind sie mit senkrechter Lamellenführung aus gut reinig- und desinfizierbarem Material auszuführen. In Räumen der Kategorie III und IV nicht zulässig.
- Deckenleuchten sollen idealerweise im Niveau der Decken eingebaut sein.
- Bodenlagerung von Materialien ist nicht zulässig

[190] Unverstellte Fläche bezieht sich auf die nutzbare Fläche, also auf die gesamte Raumgröße abzüglich verbauter/fixer Kästen o.ä. (nicht abzuziehen sind mobile Geräte wie C-Bogen etc.).

- Laptops, Touchscreens, Tastaturen haben leicht reinig- und desinfizierbar zu sein. In Kat. III und IV sind diese ohne Lüfter zu verwenden.
- Zur generellen Definition, was ein OP-Bereich ist, siehe auch das Positionspapier der ÖGHMP „Hygiene-Anforderungen an lüftungstechnische Anlagen für Operationsräume in Gesundheitseinrichtungen“ unter https://www.oeghmp.at.

Raumluftkonzept

- Wenn möglich, ausreichend und zulässig, dann Fensterlüftung mit außen angebrachten Insektenschutzgittern bei den Fenstern, die zum Öffnen gedacht sind.
- Wenn eine mechanische Raumlufttechnik erforderlich ist (Anforderungen Frischluftzufuhr und Luftwechsel, Beseitigung von Schadstoffen, Wärme- oder/und Kühlbedarf, Schutz gegen aerogene Ausbreitung von Infektionserregern), ist diese gemäß den Anforderungen der ÖNORM H 6020 auszuführen.
- Mittels Lüftungstechnik können Räume geeigneter Bauart (Schutzdruckhaltung, Schleusenvorraum) durch Überdruck (Schutzisolierung) oder Unterdruck (Quellenisolierung) luftmäßig isoliert werden.
- Ist Raumkühlung unverzichtbar und nur über Lüftungstechnik möglich, dann gemäß den Anforderungen der ÖNORM H 6020.
- Umluftkühlgeräte in medizinisch genutzten Räumen nur entsprechend den Vorgaben der ÖNORM H 6020, Kühldecken als mögliche Alternative.
- Mobile Umluftreinigungsgeräte („Luftwäscher“) sind keine zulässige Alternative zu natürlicher oder normgerechter mechanischer Lüftung.

Raumklassen gem. ÖNORM H 6020:2024 (adaptiert) in Verbindung mit den Raumgruppen

Raum - klasse	Bezeichnung	Zuluftfilter	Abluftfilter	Druckhaltung gegen Umgebung	Entspricht Raumkategorie Hygiene
H1	Operationsräume und Räume für die Vorbereitung steriler Instrumente	3 Stufen	ja	höher	Kat. IV (OP)
H2	Reine Bereiche (Eingriffsräume, Stammzelltransplantationen, Einheit für Schwerbrandverletzte)	3 Stufen	ja	höher	Kat. III (nach Leistungsspektrum)
H3	Quellenisolierung von aerogen infektiösen Patienten	2 Stufen	Ja, nötigenfalls HEPA	niedriger	Sonderlösung für spez. Situationen
H4	sonstige hygienisch relevante Räume	2 Stufen	ja	---	Kat. I, II, III (nach Leistungsspektrum)

Ausstattung zur Händehygiene

Händedesinfektionsmittelspender an leicht zugänglicher Stelle als Minimalerfordernis in jedem medizinisch genutzten Raum

Medizinischer Handwaschplatz:

- Waschbecken ohne Überlauf mit Kalt- und Warmwasseranschluss, montiert an feuchtebeständiger, gut reinig- und desinfizierbarer Wand
- Spritzschutz für die umgebenden Flächen
- mechanische Mischarmatur zur fingerfreien Bedienung (mit Unterarm, Ellbogen oder Pedal)
- Dem Einsatz von sensorgesteuerten Armaturen muss vom Hygieneteam oder HygieneexpertInnen bzw. Einrichtungen mit Hygieneexpertise (z.B. Hygienezentren) zugestimmt werden
- Wasserauslauf darf nicht direkt in den Waschbeckenabfluss zielen (Aerosolgefahr durch mikrobenhältiges Sifonwasser)
- Handwaschbecken dürfen nicht als Ausgussbecken für potenziell infektiöse Sekrete oder andere Körperflüssigkeiten verwendet werden

- gut erreichbarer Wandspender mit hygienisch einwandfreier Flüssigseife und fingerfreier Bedienung, Vermerk von Anbruchdatum auf den Behältnissen
- ebensolcher Händedesinfektionsmittelspender, Vermerk von Anbruchdatum auf den Behältnissen
- Einweg-Papierhandtücher in gut erreichbarem Spender mit Spritzschutz, den hygienischen Anforderungen entsprechend aufbereitete Handtücher möglich bodenfreier Abwurfbehälter für gebrauchte Handtücher
- keine Gebläsetrockner (Handfön)

Waschplatz zur chirurgischen Händevorbereitung

Ausstattung wie oben und zusätzlich:

- Abstand zwischen Wandauslauf und Waschbeckenoberkante mindestens 40cm (zum Waschen der Unterarme bis zum Ellbogen)
- Spiegel (zum Prüfen des richtigen Sitzes von Haube und Mund-Nasenschutz)
- Wanduhr mit Sekundenzeiger (Kontrolle der Desinfektionszeit/Einwirkzeit)

Umkleidebereich

- Trennung zwischen Personal- und Patientenumkleiden
- Für medizinisches Personal: Trennung zwischen Privat- und Arbeitskleidung

Umkleideschleusen zwischen „unreinen“ und „reinen“ Bereichen:

- Trennung zwischen Arbeits- und Bereichskleidung
- Ausstattung zur Händehygiene gemäß Widmung (OP, Isolierpflege usw.)
- Bereitstellung von reiner Bereichskleidung oder/und persönlicher Schutzausrüstung (Haube, Mund-Nasenschutz, Schutzmasken, Schürzen, Übermäntel, Schuhe etc.) in geeigneten Regalen
- WC und bei Bedarf Dusche in unmittelbarer Nähe der unreinen Schleusenseite

Anästhesie

- Allgemeinanästhesie nur zulässig, wo geeignete technische Vorkehrungen, medizinische Einrichtungen und Aufsicht durch geschultes Personal gegeben sind.
- Wenn Narkosemöglichkeit vorhanden ist, dann ist ein eigenes Raumangebot für Ruhe-/ Aufwachphase nötig (Ruhe-/Aufwachphase im Eingriffs- oder OP-Raum ist nicht zulässig)

Medizinprodukte (MP)

- MP werden vor unbeabsichtigter Berührung, Nässe und staub- und lichtgeschützt gelagert (in geschlossenen Kästen oder in ihrer Verpackung auf Regalen), aber nicht in der Über- oder Transportverpackung.
- In Räumen der Kat. I – III ist die Lagerung von MP auf das für sicheres und ungestörtes Arbeiten am Patienten erforderliche Ausmaß einzuschränken („Tagesbedarf“ oder Bedarf für einen Patientenkontakt inkl. Reserve). Darüber hinaus gehende Güter sind in getrennten Räumen zu lagern. Räume der Kat. IV (OP) sind von Lagergut freizuhalten.
- Werden MP zur neuerlichen Verwendung wiederaufbereitet, muss auf strikte Trennung zwischen „rein“ und „unrein“ geachtet werden, was räumliche, organisatorische und zeitliche Maßnahmen betrifft. In Kat. III und IV Aufbereitung räumlich getrennt.
- Die Aufbereitung von MP muss entsprechend der Herstellervorgaben, bevorzugt mit maschinellen Verfahren zur Reinigung und Desinfektion oder Sterilisation erfolgen.
- Die Manuelle Aufbereitung von MP ist NICHT das Verfahren der Wahl, weil störanfällig und von Tagesbedingungen abhängig. Sie bedarf besonders hoher Schulung, Sorgfalt und Kompetenz der ausführenden Personen, die mikrobiologisch unbedenkliche Hilfsmittel und Strukturen für ihre Arbeit benötigen. Ob ein Desinfektions- oder Sterilisationsvorgang erfolgreich war, kann nicht mit den Sinnen wahrgenommen werden. Deshalb sind validierte, bevorzugt maschinelle Verfahren einzusetzen, bei denen die korrekte Durchführung jedes relevanten Schrittes an geeigneten Prozessparametern gemessen und dokumentiert wird.

- Bei Lagerung von zu kühlenden Medikamenten ist ein separater, für die jeweiligen verwendeten Medikamente geeigneter Medikamentenkühlschrank vorzusehen – in Kat. IV nicht im Raum zu verorten.

Medien

- Medien wie Sauerstoff etc. aus Wandauslässen müssen dicht mit der Wand verbunden und installationstechnisch einwandfrei ausgeführt werden.

Abfall

- Für die Sammlung und Entsorgung von Abfällen ist ein Entsorgungskonzept zu erstellen (Referenz ÖNORM S 2104), bei dem auf potenziell infektiösen Abfall Bedacht genommen werden muss.

Zusätzliche Anforderungen je Raumkategorie zu den Allgemeinen Hygieneanforderungen				
Regelungs-bereich	**Behandlungsraum (Kat. I)**	**Behandlungsraum invasiv (Kat. II)**	**Eingriffsraum (Kat. III)**	**OP (Kat. IV)**
Allgemeine Ausstat-tungsmerk-male	Allgemeine Ausstattungsmerkmale gem. den Allgemeinen Hygieneanforderungen		Fingerlose Türbedienung (ggf. auch mechanisch) Einbauschränke (wand-, decken- und bodenbündig, spal-tenfrei verfugt); keine freilaufenden Kabel ggf. Strahlenschutzeinrichtungen je nach Erfordernissen	Fingerlose Türbedienung (ggf. auch mechanisch) Keine Heizkörper im OP Einbauschränke (wand-, decken- und boden-bündig, spaltenfrei verfugt); keine freilaufenden Kabel ggf. Strahlenschutzeinrichtungen je nach Erfor-dernissen Sofern Bodenabläufe innerhalb eines Operati-onsraumes vorhanden sein müssen, sind Tech-niken zu wählen, die eine Kontamination und Geruchsbelästigung der Umgebung verhindern.
Raumluft-konzept/ Lufthygiene	Keine mechanische Be- und Entlüftungsanlage notwendig, sofern Fensterlüftung mög-lich.		Fensterlüftung vertretbar, sofern ausreichende Be- und Entlüftung gewährleitet werden kann (gem. Arbeitsstät-tenverordnung, Arbeitnehmerschutzgesetz sowie Anfor-derungen der Medizintechnik). Wenn lüftungstechnische Anlage erforderlich (z. B.: kli-maphysiologische Gründe, chirurgischer Rauch, beson-dere Anforderungen seitens der vorhandenen techni-schen Geräte) Ausführung gem. ÖNORM H 6020. Bei länger dauernder Exposition von offenem Sterilgut (z.B. Herzkatheterlabor) zusätzlich endständige Schweb-stofffilter (H13/14) an den Luftauslässen.	Lüftungstechnische Anlage gem. ÖNORM H 6020
Waschplatz	Handwaschplatz innerhalb des Behand-lungsraumes	Handwaschplatz innerhalb des Behand-lungsraumes invasiv (bei chirurgischer Hän-devorbereitung geeignete Dimensionierung des Waschplatzes)	Handwaschplatz außerhalb des Eingriffsraumes und aus-reichend Platz für chirurgische Händevorbereitung	Handwaschplatz außerhalb des OP und ausrei-chend Platz für chirurgische Händevorbereitung

Zusätzliche Anforderungen je Raumkategorie zu den Allgemeinen Hygieneanforderungen				
Regelungs-bereich	**Behandlungsraum (Kat. I)**	**Behandlungsraum invasiv (Kat. II)**	**Eingriffsraum (Kat. III)**	**OP (Kat. IV)**
Umkleidebe-reich	Falls erforderlich Patientenumkleidebe-reich im Behandlungsraum (Wahrung der Intimsphäre)	Patientenumkleidebereich im Behandlungs-raum möglich (Wahrung der Intimsphäre) Für Personal eigener Umkleidebereich	Personalumkleide: bei kleinerem Umfang und geringem Personalbedarf der geplanten Eingriffe ist Einkammer-schleuse möglich mit Trennung in reine und unreine Zone Patientenumkleide: eigener Umkleidebereich	Personalumkleideraum (Personalschleuse): • in der Personalumkleide die reine und unreine Seite mindestens funktionell trennen. • bei der Wegeführung eine Kreuzung vermei-den. • in der unreinen Seite ausreichend Flä-che/Schränke für die Ablage der Stationsklei-dung und Sammelbehälter für benutzte Be-reichskleidung, weiterhin Waschbecken, WC-Anlagen und ggf. Duschen vorhalten. • in der reinen Seite Lagermöglichkeiten zur ge-schützten Lagerung des Tagesbedarfs an reiner Bereichskleidung sowie Möglichkeiten zur Hän-dedesinfektion vorhalten. Patientenübergabezone ("Schleuse"): • Patientenübergabefläche • in unmittelbarer Nähe ausreichend Warte-plätze für Betten • bei Operationsbetrieb für ambulante Patien-ten zusätzlich Patientenumkleiden vorhalten • Aufwachraum baulich bevorzugt an den Über-gang von der OP-Abteilung zum übrigen Kran-kenhaus und funktionelle und organisatorische Maßnahmen zur Vorbeugung der Durchbre-chung des Prinzips der Personalschleuse
Anästhesie	Keine Vollnarkose zulässig		Im Eingriffsraum Möglichkeit für Vollnarkosen, bei Ver-wendung von Anästhesiegas: Anästhesiegas-Fortleitungs-system. Aufwachphase nicht im Eingriffsraum - in ande-rem geeigneten Raum (z.B. Aufwachraum, Ruheraum, Be-handlungsraum)	Im OP müssen alle Anforderungen für die Durchführung von sämtlichen Formen der Anäs-thesie erfüllt sein. Aufwachraum obligatorisch.
Medizin-produkte (Aufbew., Lagerung, etc.)	Umgang mit Medizinprodukten gem. den Allgemeinen Hygieneanforderungen		Kontaminationsgeschützte Lagermöglichkeit von mobi-lem C-Bogen, Ultraschall etc. in abgetrenntem Raum. Räumlich getrennte Aufbereitung von Medizinprodukten. Baulich oder organisatorische kreuzungsfreie Transport-wege für reine und unreine Materialien/Tätigkeiten.	Kontaminationsgeschützte Lagermöglichkeit von mobilem C-Bogen, Ultraschall etc. in abge-trenntem Raum. Kein Lagergut und keine MP-Aufbereitung im OP. Baulich oder organisatorische kreuzungsfreie Transportwege für reine und unreine Materia-lien/Tätigkeiten.
Medien (med. Gase, etc.)	-	Raumgruppe 1 gem. OVE E 8101	Raumgruppe 2 gem. OVE E 8101	Raumgruppe 2 gem. OVE E 8101 Medizinische Gase mit fixen Anschlüssen

Anhang 12: Versorgungssituation 2023/2024 nach Regionen

Nachfolgend sind die nachstehenden Inhalte in kartographischer Form dargestellt:

Karten

Karte 1: Standorte der Akutkrankenanstalten und Versorgungsregionen 2024

Karte 1a: Standorte der Akutkrankenanstalten und Versorgungsregionen 2024 in Wien

Karte 2: Standorte der stationären Rehabilitationseinrichtungen 2024

Karte 3: Akutbettendichte 2024

Karte 4: Versorgungsdichte Allgemeinmedizin 2023

Karte 5: Ärztliche Versorgungsdichte im ambulanten Bereich insgesamt 2023

Karte 6: Kapazitätsdichte stationäre Rehabilitation nach Versorgungszonen 2024

Karte 7: Kapazitätsdichte Alten-/Pflegeheime 2023

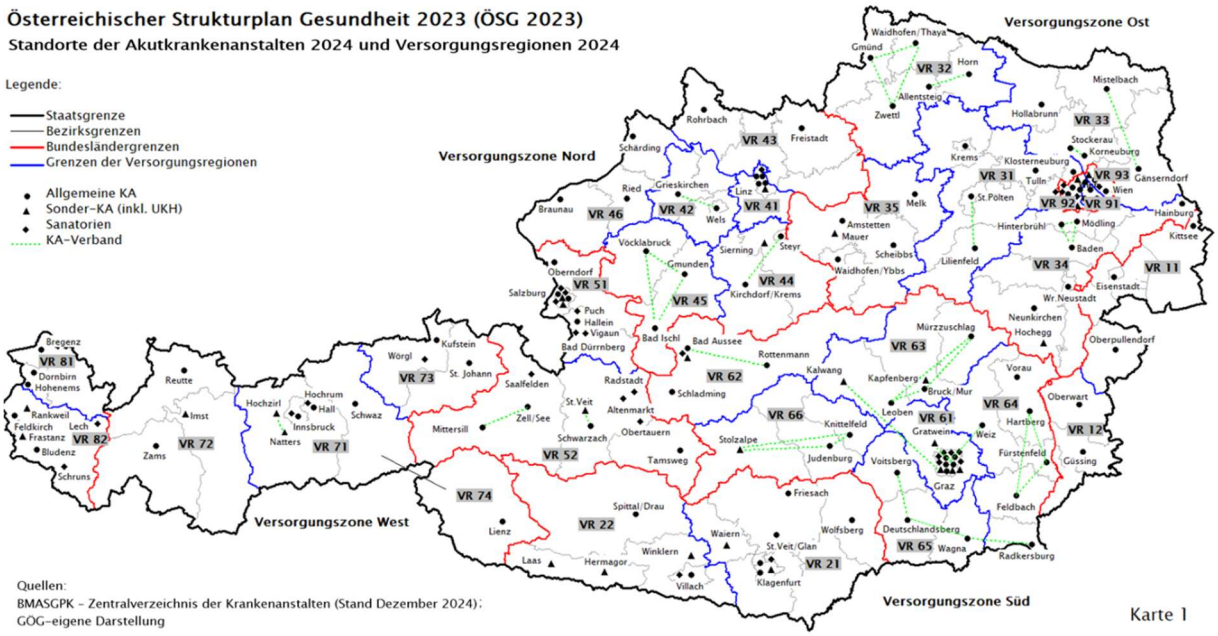
Karte 8: Versorgungsdichte Mobile Dienste 2014

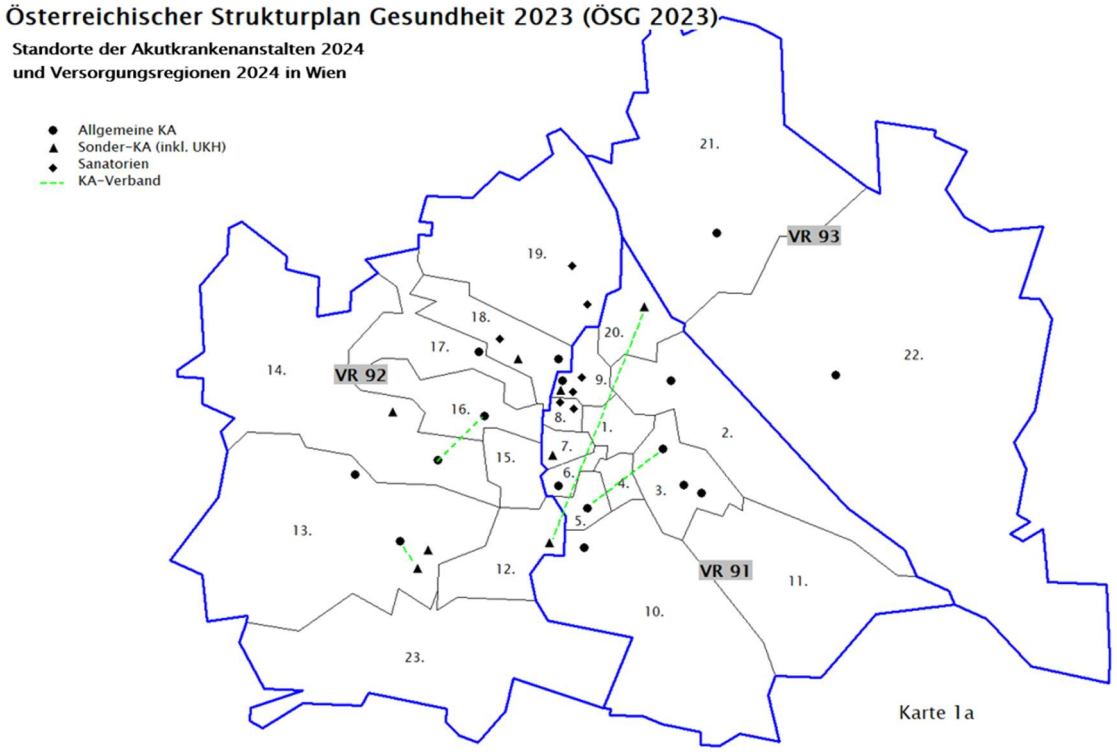
Erläuterung der Karteninhalte

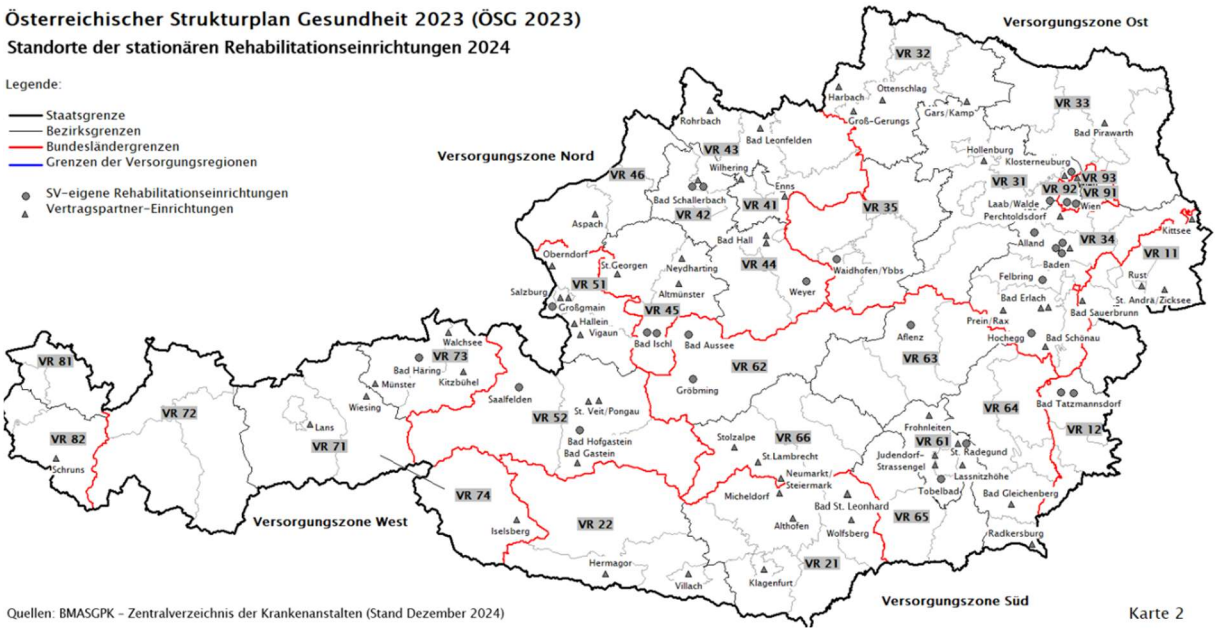
Die Karten 1 und 1a zeigen die mit den Bundesländern einvernehmlich vereinbarte Abgrenzung der Versorgungsregionen sowie die Standorte der Akutkrankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien; zu den einbezogenen Sanatorien vgl. Legende zur Planungsgrundlagenmatrix).

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 „Kapazitätsdichte“ bzw. die „Versorgungsdichte“ (in der Versorgungsregion verfügbare bzw. versorgungswirksame Kapazitäten pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung) im Verhältnis zur bundesweit durchschnittlichen „Kapazitätsdichte“ bzw. „Versorgungsdichte“ im jeweiligen Bereich.

Die grundsätzlich auf Datenbasis 2023/2024 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 Wartung des ÖSG entsprechend berücksichtigt werden.


Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 (ÖSG 2023)
Standorte der Akutkrankenanstalten 2024 und Versorgungsregionen 2024
Legende:
Staatsgrenze
Bezirksgrenzen
Bundesländergrenzen
Grenzen der Versorgungsregionen
Allgemeine KA
Sonder-KA (inkl. UKH)
Sanatorien
KA-Verband
Versorgungszone Ost
Versorgungszone Nord
Versorgungszone West
Versorgungszone Süd
Quellen:
BMASGPK - Zentralverzeichnis der Krankenanstalten (Stand Dezember 2024);
GÖG-eigene Darstellung
Karte 1


Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 (ÖSG 2023)
Standorte der Akutkrankenanstalten 2024
und Versorgungsregionen 2024 in Wien
Allgemeine KA
Sonder-KA (inkl. UKH)
Sanatorien
KA-Verband
VR 92
VR 93
VR 91
Karte 1a



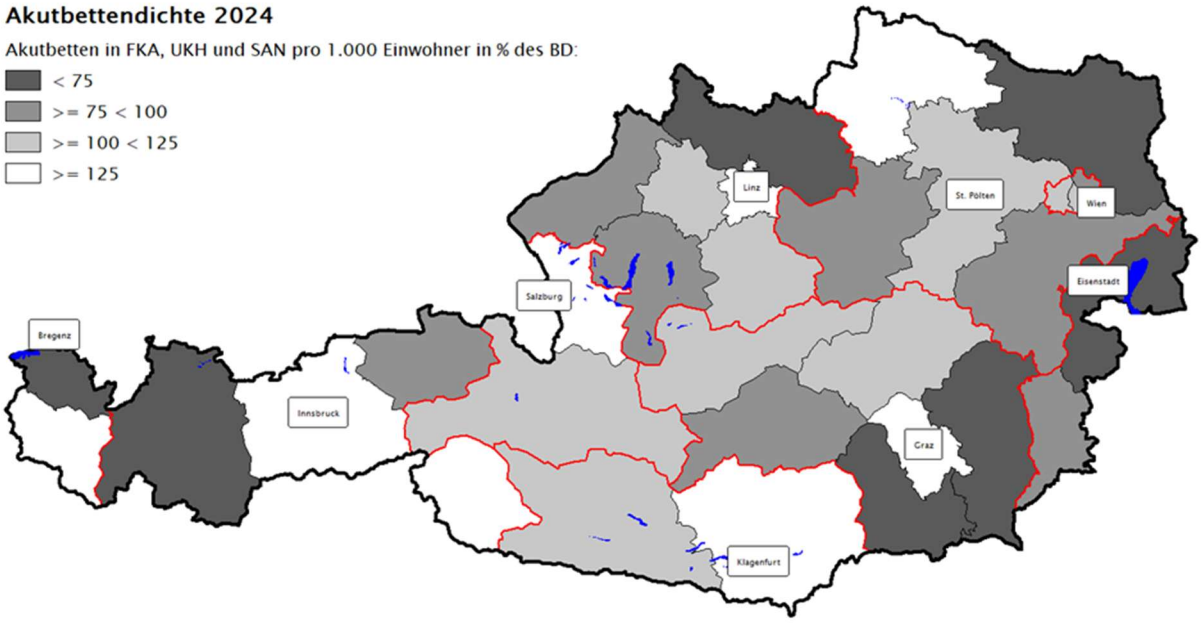
Quellen: BMASGPK – Zentralverzeichnis der Krankenanstalten (Stand Dezember 2024)

Karte 2

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 (ÖSG 2023)

Akutbettendichte 2024

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



Quellen: BMASGPK – KA-Statistik 2024;
Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2024;
GÖG – eigene Berechnungen.

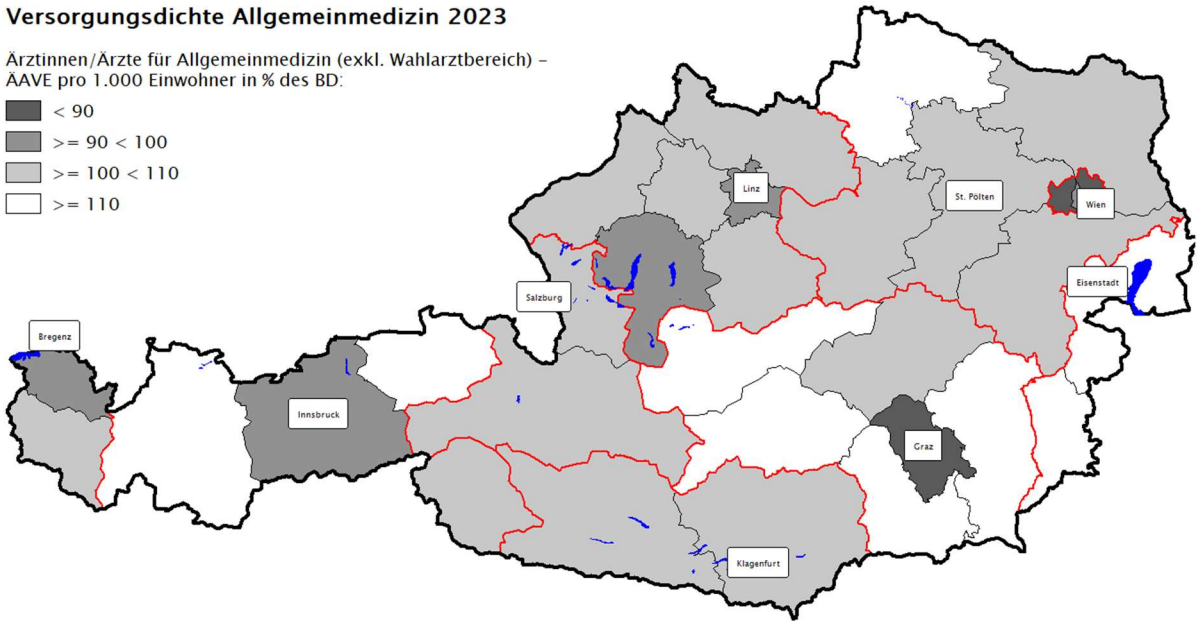
Karte 3

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 (ÖSG 2023)

Versorgungsdichte Allgemeinmedizin 2023

Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (exkl. Wahlarztbereich) – ÄAVE pro 1.000 Einwohner in % des BD:

- < 90
- >= 90 < 100
- >= 100 < 110
- >= 110



Quellen: DVSV – Regiomed 2023;
Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023;
GÖG – eigene Berechnungen.

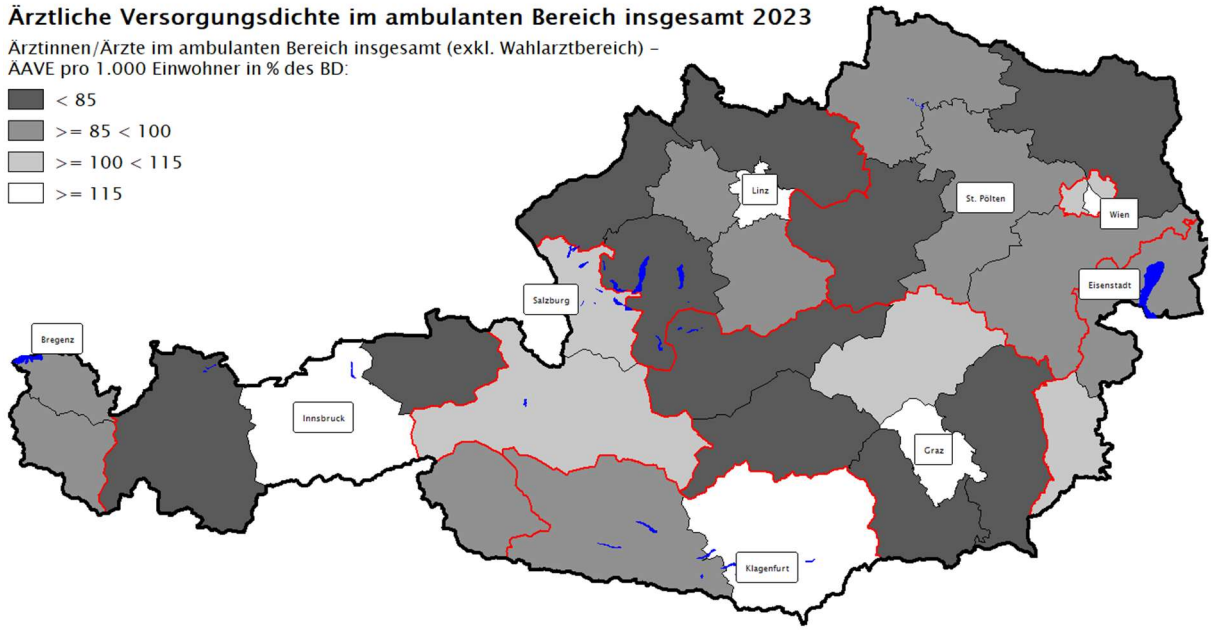
Karte 4

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 (ÖSG 2023)

Ärztliche Versorgungsdichte im ambulanten Bereich insgesamt 2023

Ärztinnen/Ärzte im ambulanten Bereich insgesamt (exkl. Wahlarztbereich) – ÄAVE pro 1.000 Einwohner in % des BD:

- < 85
- >= 85 < 100
- >= 100 < 115
- >= 115



Quellen: DVSV – Regiomed 2023;
Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023;
GÖG – eigene Berechnungen.

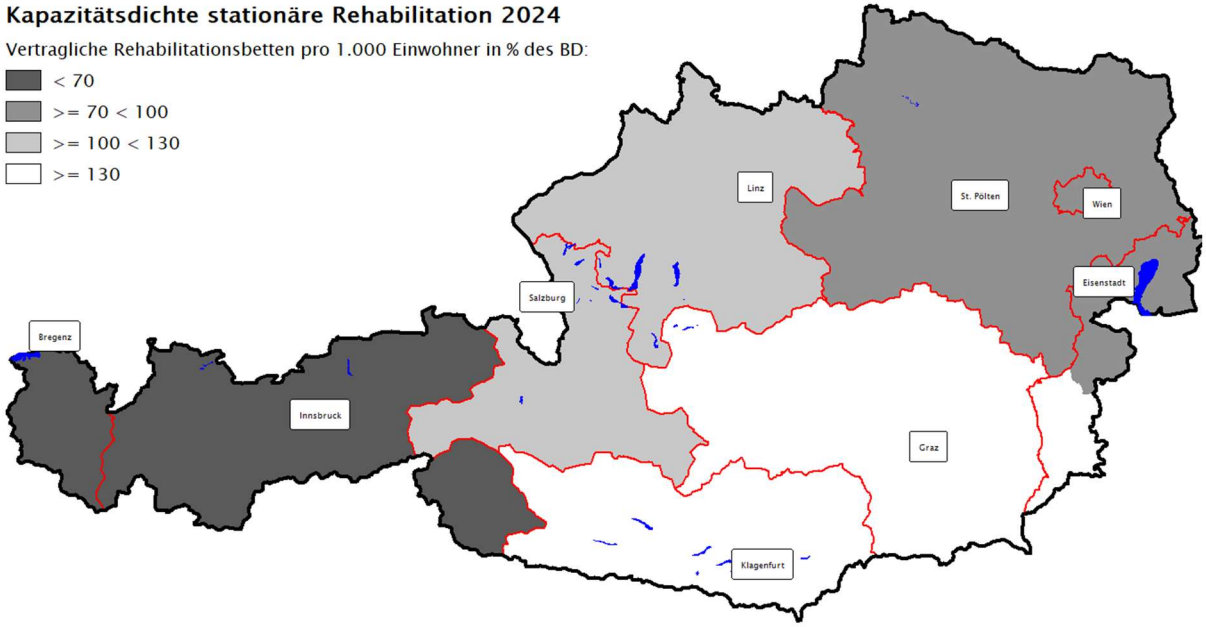
Karte 5

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 (ÖSG 2023)

Kapazitätsdichte stationäre Rehabilitation 2024

Vertragliche Rehabilitationsbetten pro 1.000 Einwohner in % des BD:

- < 70
- >= 70 < 100
- >= 100 < 130
- >= 130



Quellen: BMASGPK – KA-Statistik 2024;
Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2024;
GÖG – Rehabilitationsevidenz; eigene Berechnungen.

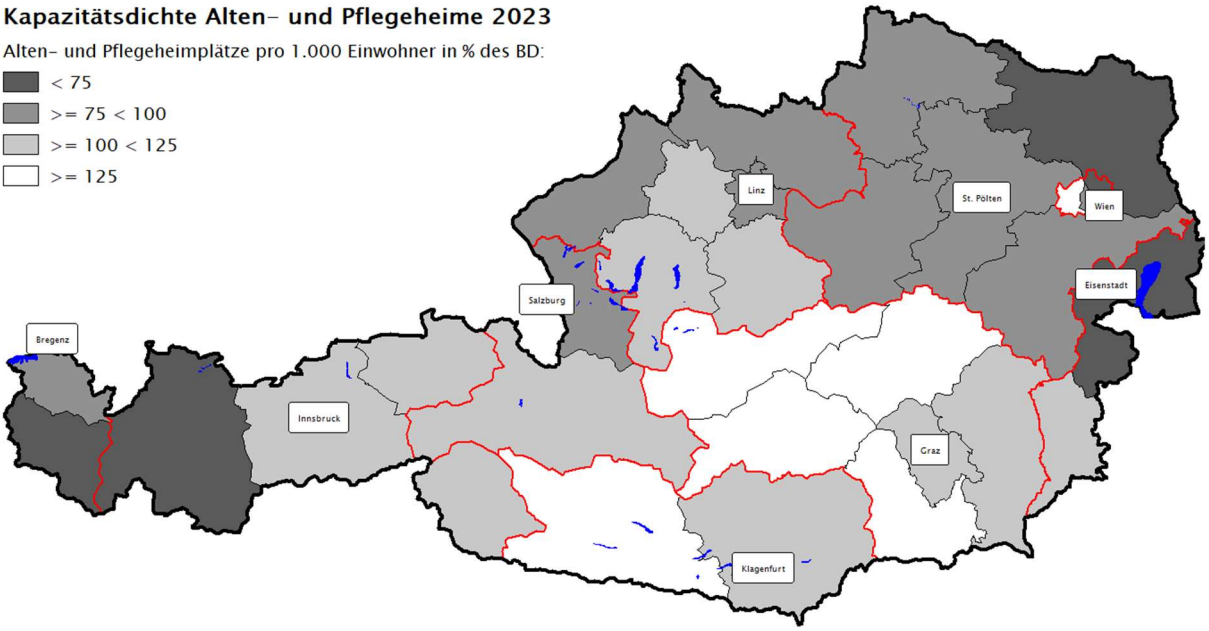
Karte 6

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 (ÖSG 2023)

Kapazitätsdichte Alten- und Pflegeheime 2023

Alten- und Pflegeheimplätze pro 1.000 Einwohner in % des BD:

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



Quellen: BMASGPK/GÖG – Infoplattform für Pflege und Betreuung;
Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2023;
GÖG – eigene Berechnungen.

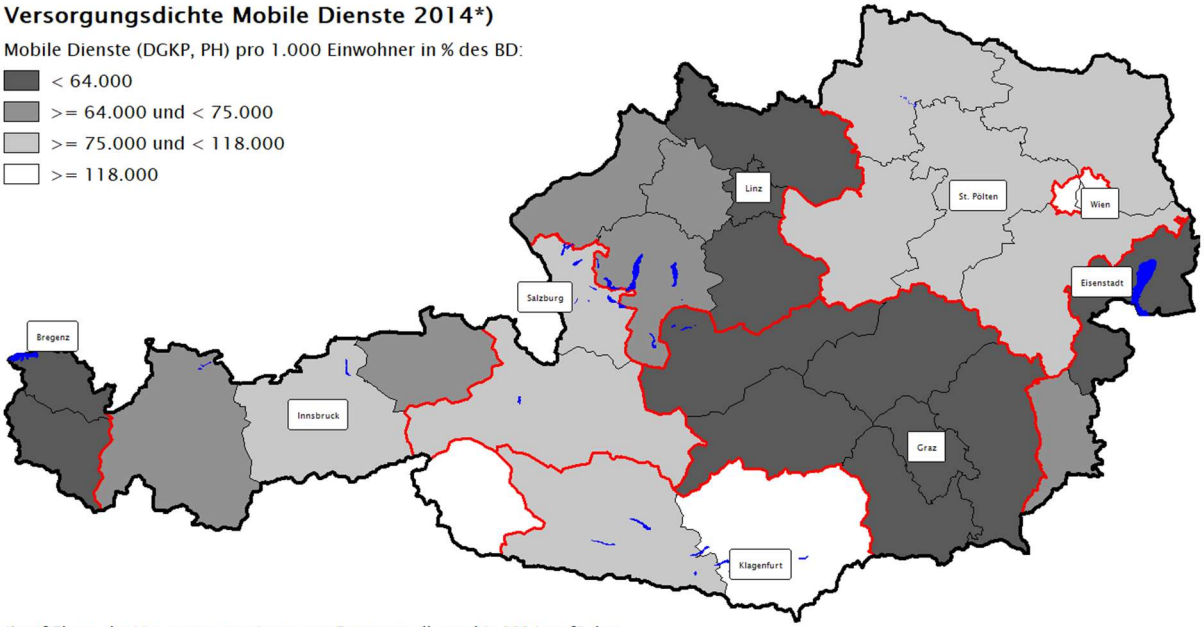
Karte 7

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 (ÖSG 2023)

Versorgungsdichte Mobile Dienste 2014*)

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

- < 64.000
- >= 64.000 und < 75.000
- >= 75.000 und < 118.000
- >= 118.000



*) auf Ebene der Versorgungsregionen nur Datengrundlagen bis 2014 verfügbar

Quellen: BMASGPK/GÖG – eigene Erhebungen in den Bundesländern;
Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2014;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 8

TABELLENBAND

Die Anhänge 5, 6, 7, 8, 9 und 10 werden samt weiterer Erläuterungen und den zugehörigen Tabellen (Matrizen) in einem **separaten Tabellenband** zusammengefasst.

Anhang 5: Planungsgrundlagenmatrix (PM)

Anhang 6: Versorgungsmatrix (VM)

Anhang 7: Leistungsmatrix-ambulant (LM-amb)

Anhang 8: Leistungsmatrix-stationär (LM-stat)

Anhang 9: RSG-Planungsmatrix (RSG-PM)

Anhang 10: Großgeräteplan (GGP)

Die Tabellen werden zum Zweck der individuellen weiteren Verwendung und Verarbeitung **zusätzlich auch im xls-Format** zur Verfügung gestellt, siehe

https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html