

## **Anlage 2**

**zur Verordnung der Oö. Landesregierung, mit der der Krankenanstaltenplan und Großgeräteplan für Oberösterreich (Regionaler Strukturplan Gesundheit Oö. – Oö. Krankenanstalten und Großgeräteplan 2008 – RSG Oö. – Oö. KAP/GGP 2008) erlassen wird,  
LGBl. Nr. 123/2008 i.d.F. LGBl. Nr. 63/2009**

**Leistungsangebotsplanung und Qualitätskriterien für  
Normalpflege- und Intensivbereiche,  
für spezielle Versorgungseinrichtungen im  
Normalpflegebereich, für Referenzzentren, für besondere  
Leistungsbereiche und die Großgeräteplanung;  
Leistungsmatrix für ausgewählte medizinische  
Einzelleistungen**

## 2 Leistungsangebotsplanung und Qualitätskriterien

Im vorliegenden Kapitel werden Planungsgrundsätze und Qualitätskriterien für die Normalpflegebereiche der bettenführenden Sonderfächer sowie spezieller Versorgungseinrichtungen (z. B. PSO, AG/R, HOS/PAL) festgelegt, für Referenzzentren (Additivfächer der CH und IM) bzw. weitere Bereiche mit Erbringung komplexer medizinischer Leistungen, für besondere Bereiche der Leistungsangebotsplanung (z. B. Dialyse) sowie für medizinisch-technische Großgeräte.

In der „Leistungsmatrix (LM)“ (Kap. 2.8) werden spezielle Qualitätskriterien für einzelne MEL sowie deren Zuordnung auf eine „Mindestversorgungsstruktur (MVS)“ definiert. Weitere Qualitätskriterien werden speziell pro Sonderfach bzw. Teilbereich festgelegt, und zwar primär in jenen Bereichen, wo über die LM hinaus Regelungsbedarf besteht (vgl. Kap. 2.2 bis 2.7).

Die Verfügbarkeit von ausreichend DGKP wird grundsätzlich in allen Bereichen vorausgesetzt. Die im Kapitel 2 enthaltenen Personalangaben sind als Richtwerte zu interpretieren, die in der Folge zu evaluieren und gegebenenfalls zu modifizieren sind. Abweichungen von diesen Personalangaben sind jeweils zu begründen (begründete Ausnahmefälle). Die Ausübung der Tätigkeiten der Angehörigen sämtlicher ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsberufe erfolgt nur im Rahmen der für diese Berufsgruppen jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen (ÄrzteG, GuKG, MTD-Gesetz, etc.).

### 2.1 Normalpflegebereiche

<b>Definitionen</b>	<p><b>Referenzzentrum</b> Spezialisierte Strukturen grundsätzlich innerhalb von KA auf Ebene der Schwerpunktversorgung bzw. der Zentralversorgung, in denen die Erbringung komplexer medizinischer Leistungen gebündelt wird (vgl. Kap. 2.5).</p> <p><b>Abteilung</b> Bettenführende Einheiten in Akutkrankenanstalten im Sinne von § 2a (1) KAKuG mit ärztlichem Dienst gemäß § 8 (1) KAKuG, vorzuhalten unter Beachtung der im ÖSG festgelegten Mindestbettenanzahl (vgl. Kap. 1.2).</p> <p><b>Department</b> Eingeschränkt auf Fachrichtungen UC, PCH, MKG (im Rahmen von Abteilungen für CH) und PUL (im Rahmen von Abteilungen für IM) sowie auf Einheiten der AG/R (im Rahmen von Abteilungen für IM oder NEU) und PSO (vorrangig im Rahmen von Abteilungen für PSY, IM, KI); grundsätzlich 15 bis 24 Betten; Sonderregelungen für AG/R (mindestens 20 Betten) und PSO (mindestens 12 Betten); eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode; nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig (z.B. zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung) und wenn in regionaler Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen.</p> <p><b>Fachschwerpunkt</b> Eingeschränkt auf Fachrichtungen AU, HNO, URO und OR; 8 bis 14 Betten; eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode; nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig (z.B. zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung) und wenn in regionaler Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen.</p> <p><b>Tagesklinik</b> TK-Betten sind systemisierte Betten und daher im Rahmen der vom ÖSG festgelegten Planbettenobergrenzen bzw. ausschließlich durch Umwidmung vollstationärer Kapazitäten einzurichten; eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode (kann bei in Fachabteilungen integrierten Tageskliniken entfallen); Betten bei interdisziplinär geführten TK den jeweiligen Fachabteilungen zuzuordnen; dislozierte TK nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig (z. B. zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen bzw. zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung) und wenn in regionaler Detailplanung des Bundeslandes vorgesehen.</p>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><b>Department</b> 3 Fachärzte (davon einer als Leiter und einer als Stellvertreter).</p> <p><b>Fachschwerpunkt</b> 2 Fachärzte (davon einer als Leiter und einer als Stellvertreter) sowie nach Bedarf (niedergelassene) Ärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft.</p> <p><b>Tagesklinik</b> Leitung der Tagesklinik in der Anstaltsordnung zu regeln.</p>

<b>Leistungsangebote</b>	<p><b>Department</b> Für UC, PCH, MKG und PUL eingeschränktes Leistungsangebot, in der Regel auch Akutversorgung (vgl. „Leistungs-matrix“, Mindestversorgungsstufe „ROF“).</p> <p><b>Fachschwerpunkt</b> Auf elektive (planbare) Eingriffe eingeschränktes Leistungsangebot (vgl. „Leistungs-matrix“, Mindestversorgungsstufe „ROF“).</p> <p><b>Tagesklinik</b> Eingeschränktes Leistungsangebot derzeit in der Leistungsmatrix (LM) nur für dislozierte TK für AU, HNO bzw. URO definiert (vgl. „Leistungs-matrix“), bis zur Erarbeitung eines Konzepts für eine abgestufte Versorgung in der GYN Leistungserbringung in dislozierten TK für GYN im Rahmen des LKF-Tagesklinik-Katalogs mit Bewilligung durch die Landes-Gesundheitsplattform zulässig; Dokumentation der Leistungserbringung im Rahmen der Diagnosen- und Leistungs-dokumentation (DLD); Definition des eingeschränkten Leistungsangebot für dislozierte TK für GYN bis zur nächsten ÖSG-Revision.</p>
<b>Sonstiges</b>	<p><b>Department:</b> Uneingeschränkte Betriebszeiten; Anbindung an Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt, bei Satellitendepartments für UC Anbindung an Fachabteilung für UC außerhalb der KA.</p> <p><b>Fachschwerpunkt:</b> Fixe Betriebszeiten, außerhalb dieser Betriebszeiten Rufbereitschaft mit Einsatzbereitschaft innerhalb von 30 Minuten; Anbindung an eine Fachabteilung derselben Fachrichtung außerhalb der Krankenanstalt.</p> <p><b>Tagesklinik:</b> Fixe Betriebszeiten, außerhalb der Betriebszeiten Sicherstellung der postoperativen Nachsorge; bei dislozierten TK Anbindung an Fachabteilung derselben Fachrichtung außerhalb der KA.</p>

## 2.2 Intensivbereiche (INT)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewährleistung einer flächendeckenden intensivmedizinischen Versorgung bzw. Überwachung</li> <li>• Transferierung von Patienten in längerfristiger Intensivbehandlung (insbesondere solche mit schweren organischen Dysfunktionen) in Krankenanstalten mit entsprechend ausgestatteten Intensivbereichen</li> <li>• Aufgaben der Intensivbereiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intensivtherapie,</li> <li>✓ Intensivüberwachung,</li> <li>✓ Intensivpflege (sowohl in der Intensivtherapie als auch in der Intensivüberwachung erforderlich)</li> </ul> </li> <li>• Intensivtherapie und Intensivüberwachung können fließend ineinander übergehen (insbesondere in der konservativen, weniger in der operativen Intensivmedizin).</li> </ul>
<b>Infrastruktur</b>	<p>Qualitätskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Erwachsenen-Intensivbereiche:</u> Differenzierung entsprechend dem dreistufigen Modell für Intensivbehandlungseinheiten im Rahmen des LKF-Modells.</li> <li>• <u>Pädiatrische/neonatologische Intensivbereiche:</u> Differenzierung nach Überwachungs- bzw. Intensivbehandlungseinheit</li> <li>• Geltend als Grundvoraussetzung für die Anerkennung intensivmedizinischer Strukturen</li> </ul>
<b>Leistungsangebote</b>	<p><u>Intensivbehandlungseinheit (ICU) für Erwachsene</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiederherstellung der <u>Vitalfunktionen</u>, die in lebensbedrohlicher Weise <u>gestört</u> sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere intensivtherapeutische Maßnahmen aufrecht erhalten werden müssen.</li> </ul> <p><u>Intermediäre Überwachungseinheit (IMCU) für Erwachsene</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überwachung und Behandlung von Frischoperierten sowie für prä- und nichtoperative Schwerkranken, deren <u>Vitalfunktionen gefährdet</u> sind.</li> <li>• <u>Keine</u> Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen beispielsweise mittels mechanischer Atemhilfe, Hämo-filtration, etc..</li> <li>• Sicherstellung der Möglichkeit zur <u>kurzfristigen</u> (auf einige Tage beschränkte) <u>Intensivbehandlung</u> (insbesondere künstliche Beatmung).</li> <li>• Die Einschränkungen bezüglich künstlicher Beatmung gelten nicht für Intermediäre Überwachungsstationen (Respiratory Care Unit, RCU) der Fachrichtung Pulmologie, da die mechanische Atemhilfe ein typisches Leistungsmerkmal für pulmologische Intermediäre Überwachungsstationen darstellt.</li> </ul> <p><u>Intensivbereiche für Neugeborene (Neonatologie, NEO)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlung von Frühgeborenen (vor der 37. Schwangerschaftswoche, ≤ 2.500 Gramm Geburtsgewicht), in deren Mittelpunkt die Unterstützung von Atmung und Kreislauf, die Abwehr von Infektionen und die Ernährung steht.</li> <li>• Betreuung von Neugeborenen (während der ersten 28 Lebenstage), wenn diese in ihren vitalen Funktionen eingeschränkt oder bedroht sind.</li> </ul>
<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postoperative Aufwachbereiche nicht dem Intensivbereich zuzurechnen (keine eigenständigen bettenführenden Bereiche).</li> </ul>

## Qualitätskriterien Intensivbereiche - Anästhesiologie (AN)

Komponenten	Art der anästhesiologischen Intensivbehandlungseinheit			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit - Stufe I	Intensivbehandlungseinheit - Stufe II	Intensivbehandlungseinheit - Stufe III
<b>Personalausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leitung</li> </ul> </li>   <li>– Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)</li>   <li>• Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal <ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualifikation</li> </ul> </li> </ul>	<p>FA für AN und Intensivmedizin</p> <p>FA für AN und Intensivmedizin muss in der KA verfügbar sein.</p> <p>DGKP</p>	<p>FA für AN und Intensivmedizin</p> <p>FA für AN und Intensivmedizin muss in der KA verfügbar sein.</p> <p>DGKP mit Intensivausbildung<sup>2</sup></p>	<p>FA für AN und Intensivmedizin  Facharzt für AN und Intensivmedizin oder Assistenzarzt, der rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein Facharzt für AN und Intensivmedizin oder ein Assistenzarzt in Rufbereitschaft verfügbar sein.<sup>1</sup></p> <p>DGKP mit Intensivausbildung<sup>2</sup></p>	<p>FA für AN und Intensivmedizin  Facharzt für AN und Intensivmedizin oder Assistenzarzt, der rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein Facharzt für AN und Intensivmedizin oder ein Assistenzarzt in der Krankenanstalt anwesend sein.<sup>1</sup></p> <p>DGKP mit Intensivausbildung<sup>2</sup></p>
<b>Infrastrukturelle Anforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestbettenanzahl<sup>4,5</sup> (systemisiert)</li> <li>• Betriebszeit</li> </ul>	<p>4</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>
<b>Apparative Ausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG-Monitor mit Zentraleinheit</li> <li>• NIBP unblutig</li> <li>• Invasive Druckmessung</li> <li>• ZVD-Messung</li> <li>• O<sub>2</sub>-Insufflation</li> <li>• Pulsoximetrie</li> <li>• Temperaturmessung</li> <li>• Absaugung</li> <li>• Mehrkanal-EKG</li> <li>• Defibrillator (inkl. externer Schrittmacher)</li> <li>• Notfall-Instrumentarium<sup>6</sup></li> <li>• Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O<sub>2</sub>-Anreicherung</li> <li>• Beatmungsgerät</li> <li>• Atemtherapiegerät, z. B. CPAP od. IPPB</li> <li>• Transportbeatmung und -überwachung</li> <li>• Infusions- u. Infusionsspritzenpumpen</li> <li>• Notfall-Labor</li> <li>• Kapnometrie</li> </ul>	<p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Überwachungseinheit verfügbar</p> <p>in Überwachungseinheit verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>1 Gerät in KA verfügbar</p> <p>1 Gerät in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>mind. 4 Geräte pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>-</p>	<p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (2 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (2 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>n<sup>7</sup> minus 3 Geräte pro Intensiveinheit<sup>8</sup></p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>mind. 4 Geräte pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar<sup>9</sup></p> <p>pro Beatmungsplatz</p>	<p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (2 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (2 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>n<sup>7</sup> minus 1 Gerät pro Intensiveinheit<sup>8</sup></p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>mind. 6 Geräte pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar<sup>9</sup></p> <p>pro Beatmungsplatz</p>	<p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (3 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (2 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett<sup>8</sup></p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>mind. 8 Geräte pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar<sup>9</sup></p> <p>pro Beatmungsplatz</p>

Fortsetzung Qualitätskriterien Intensivbereiche - Anästhesiologie (AN)

Komponenten	Art der anästhesiologischen Intensivbehandlungseinheit			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit - Stufe I	Intensivbehandlungseinheit - Stufe II	Intensivbehandlungseinheit - Stufe III
• Schrittmacher (temporärer)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
• Moderne nichtinvasive oder semiinvasive Möglichkeit der HZV-Messung	-	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• fahrbares Bettröntgen	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Sonographie	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
• Bronchoskopie	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Patientenwärme- bzw. Kühlaggregat	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Hämofiltration/ Diafiltration	-	in KA verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar	in Intensiveinheit verfügbar
• Dialyse	-	-	-	in KA verfügbar
• Intraaortale Ballongegenpulsation	-	- <sup>10</sup>	- <sup>10</sup>	- <sup>10</sup>
• Messung des intrakraniellen Drucks	-	- <sup>11</sup>	- <sup>11</sup>	- <sup>11</sup>

<sup>1</sup> Es muss gewährleistet sein, dass einer der genannten Ärzte ein Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin ist.

<sup>2</sup> Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege haben. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.

<sup>4</sup> Die Unterschreitung der Mindestabteilungsgröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.

<sup>5</sup> In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.

<sup>6</sup> insbesondere Intubationsbesteck, Magillzange

<sup>7</sup> n = Anzahl der Betten

<sup>8</sup> Ein Beatmungsgerät muss nicht stets, z. B. bei Behandlung eines nicht beatmungsbedürftigen Patienten, am einzelnen Bett stationiert sein. Ein entsprechendes Ausfallkonzept ist vorzusehen.

<sup>9</sup> Auf Intensivbehandlungseinheiten der Stufe I bis III müssen folgende Messungen jederzeit möglich sein: Blutgasanalyse, Natrium, Kalium, Hämoglobin, Hämatokrit, Glukose im Blut.

<sup>10</sup> Muss in der KA verfügbar sein.

<sup>11</sup> Muss auf Intensivbehandlungseinheiten mit neurochirurgischer und neurotraumatologischer Ausstattung verfügbar sein.

## Qualitätskriterien Intensivbereiche - Interdisziplinär<sup>1</sup>

Komponenten	Art der interdisziplinären Intensivbehandlungseinheit			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit - Stufe I	Intensivbehandlungseinheit - Stufe II	Intensivbehandlungseinheit - Stufe III
<b>Personalausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leitung</li> <li>– Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)</li> </ul> </li> <li>• Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal <ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualifikation</li> </ul> </li> </ul>	<p>FA für AN und Intensivmedizin oder für IM<sup>2</sup></p> <p>FA für AN und Intensivmedizin oder für IM muss in KA verfügbar sein.<sup>3</sup></p> <p>DGKP</p>	<p>FA für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin<sup>2</sup></p> <p>FA für AN und Intensivmedizin oder für IM muss in KA verfügbar sein.<sup>3</sup></p> <p>DGKP mit Intensivausbildung<sup>5</sup></p>	<p>FA für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin<sup>2</sup></p> <p>FA für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin, der rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist.<sup>4</sup></p> <p>DGKP mit Intensivausbildung<sup>5</sup></p>	<p>FA für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin<sup>2</sup></p> <p>FA für AN und Intensivmedizin oder für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin, der rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist.<sup>4</sup></p> <p>DGKP mit Intensivausbildung<sup>5</sup></p>
<b>Infrastrukturelle Anforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestbettenanzahl<sup>7,8</sup> (systemisiert)</li> <li>• Betriebszeit</li> </ul>	<p>4</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>
<b>Apparative Ausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG-Monitor mit Zentraleinheit</li> <li>• NIBP unblutig</li> <li>• Invasive Druckmessung</li> <li>• ZVD-Messung</li> <li>• O<sub>2</sub>-Insufflation</li> <li>• Pulsoximetrie</li> <li>• Temperaturmessung</li> <li>• Absaugung</li> <li>• Mehr-Kanal-EKG</li> <li>• Defibrillator (inkl. externer Schrittmacher)</li> <li>• Notfall-Instrumentarium<sup>9</sup></li> <li>• Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O<sub>2</sub>-Anreicherung</li> <li>• Beatmungsgerät</li> <li>• Atemtherapiegerät, z. B. CPAP od. IPPB</li> <li>• Transportbeatmung und -überwachung</li> <li>• Infusions- und Infusionsspritzenpumpen</li> <li>• Notfall-Labor</li> <li>• Kapnometrie</li> <li>• Schrittmacher (temporärer)</li> <li>• Transkutaner Schrittmacher</li> </ul>	<p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Überwachungseinheit verfügbar</p> <p>in Überwachungseinheit verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>mind. 4 Geräte pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>-</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p>	<p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (2 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (2 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>n<sup>10</sup> minus 3 Geräte pro Intensiveinheit<sup>11</sup></p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>mind. 4 Geräte pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar<sup>12</sup></p> <p>pro Beatmungsplatz</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p>	<p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (2 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (2 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>n<sup>10</sup> minus 1 Gerät pro Intensiveinheit<sup>11</sup></p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>mind. 6 Geräte pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar<sup>12</sup></p> <p>pro Beatmungsplatz</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p>	<p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (3 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett (2 Kanäle)</p> <p>pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett<sup>11</sup></p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>mind. 8 Geräte pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar<sup>12</sup></p> <p>pro Beatmungsplatz</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p>

Fortsetzung Qualitätskriterien Intensivbereiche - Interdisziplinär<sup>1</sup>

Komponenten	Art der interdisziplinären Intensivbehandlungseinheit			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit - Stufe I	Intensivbehandlungseinheit - Stufe II	Intensivbehandlungseinheit - Stufe III
• Moderne nichtinvasive oder semiinvasive Möglichkeit der HZV-Messung	-	in Intensivereinheit verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar
• Fahrbares Bettröntgen	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar
• Sonographie (inkl. Herzecho)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar
• Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie)	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in KA verfügbar
• Bronchoskopie	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar
• Patientenwärme- bzw. Kühlaggregat	in KA verfügbar	in KA verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar
• Hämofiltration/ Diafiltration	-	in KA verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar
• Dialyse	-	-	-	in KA verfügbar
• Intraaortale Ballongegenpulsation	-	<sup>13</sup>	<sup>13</sup>	<sup>13</sup>
• Messung des intrakraniellen Drucks	-	<sup>14</sup>	<sup>14</sup>	<sup>14</sup>

<sup>1</sup> Diese Mindeststandards beziehen sich auf Standardkrankenanstalten.

<sup>2</sup> In Einzelfällen kann die Leitung auch einem Facharzt (FA) einer anderen als der genannten Fachrichtungen obliegen. Werden auf einer Intensivereinheit überwiegend postoperative Patienten betreut, muss die Leitung einem FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin obliegen, werden überwiegend internistische Patienten betreut, einem FA für Innere Medizin mit Zusatzfach Intensivmedizin.

<sup>3</sup> Die Betreuung postoperativer Patienten muss durch einen FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Betreuung internistischer Patienten durch einen FA für Innere Medizin erfolgen.

<sup>4</sup> Die Betreuung postoperativer Patienten muss durch einen FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Betreuung internistischer Patienten durch einen FA für Innere Medizin mit Zusatzfach Intensivmedizin erfolgen.

<sup>5</sup> Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege haben. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.

<sup>7</sup> Die Unterschreitung der Mindestabteilungsgröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.

<sup>8</sup> In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.

<sup>9</sup> insbesondere Intubationsbesteck, Magillzange

<sup>10</sup> n = Anzahl der Betten

<sup>11</sup> Ein Beatmungsgerät muss nicht stets, z. B. bei Behandlung eines nicht beatmungsbedürftigen Patienten, am einzelnen Bett stationiert sein. Ein entsprechendes Ausfallkonzept ist vorzusehen.

<sup>12</sup> Auf Intensivbehandlungseinheiten der Stufe I bis III müssen folgende Messungen jederzeit möglich sein: Blutgasanalyse, Natrium, Kalium, Hämoglobin, Hämatokrit, Glukose im Blut.

<sup>13</sup> Muss in der KA verfügbar sein.

<sup>14</sup> Muss auf Intensivtherapiestationen mit neurotraumatologischer Ausstattung verfügbar sein.

## Qualitätskriterien Intensivbereiche - Innere Medizin (IM)

Komponenten	Art des internistischen Intensivbereichs			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit - Stufe I	Intensivbehandlungseinheit - Stufe II	Intensivbehandlungseinheit - Stufe III
<b>Personalausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leitung</li> <li>– Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)</li> </ul> </li> <li>• Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal <ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualifikation</li> </ul> </li> </ul>	<p>FA für IM</p> <p>FA für IM muss in der KA verfügbar sein.</p> <p>DGKP</p>	<p>FA für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin FA für IM muss rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit verfügbar sein.</p> <p>DGKP mit Intensivausbildung<sup>1</sup></p>	<p>FA für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin FA für IM muss rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit verfügbar sein.</p> <p>DGKP mit Intensivausbildung<sup>1</sup></p>	<p>FA für IM mit Zusatzfach Intensivmedizin FA für IM muss rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit verfügbar sein.</p> <p>DGKP mit Intensivausbildung<sup>1</sup></p>
<b>Infrastrukturelle Anforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestbettenanzahl<sup>3,4</sup> (systemisiert)</li> <li>• Betriebszeit</li> </ul>	<p>4</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>
<b>Apparative Ausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG-Monitor mit Zentraleinheit</li> <li>• NIBP unblutig</li> <li>• Invasive Druckmessung</li> <li>• ZVD-Messung</li> <li>• Moderne nichtinvasive oder semiinvasive Möglichkeit der HZV-Messung</li> <li>• 12-Kanal-EKG</li> <li>• Echokardiographie</li> <li>• Sonographie</li> <li>• Fahrbares Bettröntgen</li> <li>• Endoskopie (Bronchoskopie, Koloskopie, Gastroskopie)</li> <li>• Blutgasanalyse einschl. Oximetrie</li> <li>• Notfalllabor (Messung von Blutzucker, K, Na)</li> <li>• O<sub>2</sub>-Insufflation</li> <li>• Pulsoximetrie</li> <li>• Absaugung</li> <li>• Defibrillator/Kardioversion</li> <li>• Externer Schrittmacher</li> <li>• Transkutane Schrittmacher</li> <li>• Notfall-Instrumentarium<sup>5</sup></li> <li>• Infusions- und Infusions-spritzenpumpen</li> <li>• CPAP-Gerät</li> <li>• Transportbeatmung und -überwachung</li> </ul>	<p>pro Bett pro Bett in KA verfügbar in KA verfügbar</p> <p>-</p> <p>in KA verfügbar in KA verfügbar in KA verfügbar in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar in KA verfügbar in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>pro Bett pro Bett in Überwachungseinheit verfügbar in Überwachungseinheit verfügbar in Überwachungseinheit verfügbar in KA verfügbar in Überwachungseinheit verfügbar</p> <p>mind. 2 pro Bett<sup>6</sup></p> <p>1 Gerät in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p>	<p>pro Bett pro Bett pro Bett (2 Kanäle) pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar in Intensiveinheit verfügbar in KA verfügbar in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar in KA verfügbar</p> <p>pro Bett pro Bett pro Bett in Intensiveinheit verfügbar in Intensiveinheit verfügbar in KA verfügbar in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>mind. 2 pro Bett<sup>6</sup></p> <p>2 Geräte in KA verfügbar in Intensiveinheit verfügbar</p>	<p>pro Bett pro Bett pro Bett (2 Kanäle) pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar in Intensiveinheit verfügbar in KA verfügbar in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar in KA verfügbar</p> <p>pro Bett pro Bett pro Bett in Intensiveinheit verfügbar in Intensiveinheit verfügbar in KA verfügbar in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>mind. 2 pro Bett<sup>8</sup></p> <p>2 Geräte in KA verfügbar in Intensiveinheit verfügbar</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beatmungsgerät</li> </ul>	<p>1 Gerät verfügbar<sup>9</sup></p>	<p>n<sup>10</sup> minus 3 Geräte pro Intensiveinheit<sup>11</sup></p>	<p>n<sup>10</sup> minus 1 Gerät pro Intensiveinheit<sup>11</sup></p>	<p>pro Bett<sup>11</sup></p>

Fortsetzung Qualitätskriterien Intensivbereiche - Innere Medizin (IM)

Komponenten	Art des internistischen Intensivbereichs			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit - Stufe I	Intensivbehandlungseinheit - Stufe II	Intensivbehandlungseinheit - Stufe III
• Hämofiltration/ Diafiltration	-	1 Gerät in KA verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar

- <sup>1</sup> Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege haben. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.
- <sup>3</sup> Die Unterschreitung der Mindestabteilungsgröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.
- <sup>4</sup> In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.
- <sup>5</sup> insbesondere Intubationsbesteck; Magillzange
- <sup>6</sup> Empfohlener Richtwert: 4 Geräte pro Bett
- <sup>7</sup> Empfohlener Richtwert: 6 Geräte pro Bett
- <sup>8</sup> Empfohlener Richtwert: 8 Geräte pro Bett
- <sup>9</sup> Nicht erforderlich, falls die Interne Abteilung auch mit einer Intensivereinheit ausgestattet ist.
- <sup>10</sup> n = Anzahl der Betten
- <sup>11</sup> Ein Beatmungsgerät muss nicht stets, z. B. bei Behandlung eines nicht beatmungsbedürftigen Patienten, am einzelnen Bett stationiert sein. Ein entsprechendes Ausfallkonzept ist vorzusehen.

## Qualitätskriterien Intensivbereiche - Neurologie/Neurochirurgie (NEU/NC)

Komponenten	Art des neurologischen und neurochirurgischen Intensivbereichs			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit - Stufe I	Intensivbehandlungseinheit - Stufe II	Intensivbehandlungseinheit - Stufe III
<b>Personalausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leitung</li> <li>– Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)</li> </ul> </li> <li>• Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal <ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualifikation<sup>2</sup></li> </ul> </li> </ul>	<p>FA für NEU oder NC</p> <p>FA für NEU oder NC muss in der KA verfügbar sein.</p> <p>DGKP</p>	<p>FA für NEU oder NC mit Zusatzfach Intensivmedizin</p> <p>Facharzt für NEU oder NC muss in der KA verfügbar sein.<sup>1</sup></p> <p>DGKP mit Intensivausbildung</p>	<p>FA für NEU oder NC mit Zusatzfach Intensivmedizin</p> <p>Facharzt für NEU oder NC, der rund um die Uhr überwiegend für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein Facharzt für NEU oder NC oder ein Assistenzarzt in Rufbereitschaft verfügbar sein.<sup>1</sup></p> <p>DGKP mit Intensivausbildung</p>	<p>FA für NEU oder NC mit Zusatzfach Intensivmedizin</p> <p>Facharzt für NEU oder NC, der rund um die Uhr ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein Facharzt für NEU oder NC oder ein Assistenzarzt in der Krankenanstalt anwesend sein.<sup>1</sup></p> <p>DGKP mit Intensivausbildung</p>
<b>Infrastrukturelle Anforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestbettenanzahl<sup>4,5</sup> (systemisiert)</li> <li>• Betriebszeit</li> </ul>	<p>4</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>	<p>6</p> <p>rund um die Uhr</p>
<b>Apparative Ausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG-Monitor mit Zentraleinheit</li> <li>• NIPB unblutig</li> <li>• Invasive Druckmessung</li> <li>• ZVD-Messung</li> <li>• Moderne nichtinvasive oder semiinvasive Möglichkeit der HZV-Messung</li> <li>• Temperaturmessung</li> <li>• Pulsoximetrie</li> <li>• Messung des intrakraniellen Drucks (ICP)<sup>9</sup></li> <li>• 12-Kanal-EKG</li> <li>• Echokardiographie</li> <li>• Sonographie</li> <li>• Fahrbares Bettröntgen</li> <li>• Endoskopie (Bronchoskopie, Gastroskopie)</li> <li>• Transkranieller Doppler</li> <li>• EEG, evoz. Potenziale</li> <li>• Blutgasanalyse einschl. Oximetrie</li> <li>• Notfalllabor (Messung von Blutzucker, K, Na)</li> <li>• Lactat-Messung</li> <li>• O<sub>2</sub>-Insufflation</li> <li>• Absaugung</li> </ul>	<p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett<sup>6</sup></p> <p>pro Bett</p> <p>-</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>in Überwachungseinheit verfügbar<sup>6</sup></p> <p>in Überwachungseinheit verfügbar<sup>7</sup></p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Überwachungseinheit verfügbar<sup>6</sup></p> <p>in Überwachungseinheit verfügbar<sup>7</sup></p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p>	<p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>-</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar<sup>7</sup></p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar<sup>7</sup></p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p>	<p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar<sup>7</sup></p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar<sup>7</sup></p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in Intensiveinheit verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p>	

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

Komponenten	Art des neurologischen und neurochirurgischen Intensivbereichs			
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit - Stufe I	Intensivbehandlungseinheit - Stufe II	Intensivbehandlungseinheit - Stufe III
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defibrillator/Kardioverter</li> <li>• Externer Schrittmacher<sup>10</sup></li> <li>• Transkutane Schrittmacher<sup>10</sup></li> <li>• CPAP-Gerät</li> <li>• Beatmungsgerät</li> <li>• Transportbeatmung und -überwachung</li> <li>• Hämofiltration/ Diafiltration</li> </ul>	in Überwachungseinheit verfügbar <sup>6</sup> in KA verfügbar in KA verfügbar in Überwachungseinheit verfügbar <sup>6</sup> 1 Gerät in Intensivereinheit verfügbar <sup>6</sup> in KA verfügbar -	in Intensivereinheit verfügbar in KA verfügbar in KA verfügbar in Intensivereinheit verfügbar 1 Gerät pro 2 Betten <sup>8</sup> in Intensivereinheit verfügbar in KA verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar in KA verfügbar in KA verfügbar in Intensivereinheit verfügbar pro Bett <sup>8</sup> in Intensivereinheit verfügbar in KA verfügbar	in Intensivereinheit verfügbar in KA verfügbar in KA verfügbar in Intensivereinheit verfügbar pro Bett <sup>8</sup> in Intensivereinheit verfügbar in KA verfügbar

<sup>1</sup> Bei einer Anzahl von  $\geq 9$  Intensivbetten müssen zwei Ärzte mit der oben genannten Qualifikation ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig sein.

<sup>2</sup> Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege haben. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden. Pro Dienst muss zumindest eine DGKP mit Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege anwesend sein.

<sup>4</sup> Die Unterschreitung der Mindestabteilungsgröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.

<sup>5</sup> In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.

<sup>6</sup> Im Fall einer angeschlossenen Intensivbehandlungseinheit nicht essentiell erforderlich.

<sup>7</sup> Falls in der Krankenanstalt transportabel verfügbar, nicht essentiell verfügbar.

<sup>8</sup> Ein entsprechendes Ausfallskonzept ist vorzusehen.

<sup>9</sup> Nur für die Fachrichtung Neurochirurgie relevant.

<sup>10</sup> Zur Leistungserbringung ist eine qualifizierte Fachärztin/ein qualifizierter Facharzt für IM bzw. AN erforderlich.

## Qualitätskriterien Intensivbereiche - Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)

Komponenten	Art des pädiatrischen Intensivbereichs	
	Überwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit
<b>Personalausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leitung</li> <li>– Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)</li> </ul> </li> <li>• Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualifikation<sup>1</sup></li> </ul> </li> </ul>	<p>FA für KIJU</p> <p>FA für KIJU muss in der KA verfügbar sein.</p> <p>DGKP/Kinder- und Jugendlichenpflege</p>	<p>FA für KIJU mit Zusatzfach Intensivmedizin. Dieselbe Anforderung gilt für Stellvertreter.</p> <p>Arzt, der rund um die Uhr auf der pädiatrischen Intensivbehandlungseinheit anwesend und ausschließlich für diese zuständig ist; zusätzlich muss FA für KIJU im Haus verfügbar sein.</p> <p>DGKP/Sonderausbildung Kinderintensivpflege</p>
<b>Infrastrukturelle Anforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestbettenanzahl<sup>3,4</sup> (systemisiert)</li> <li>• Betriebszeit</li> </ul>	<p>4 (gemischte päd. und neonat. Überwachungseinheiten möglich) rund um die Uhr</p>	<p>6 (gemischter päd. Überwachungs- und Intensivbehandlungseinheit möglich) rund um die Uhr</p>
<b>Apparative Ausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG-Monitor mit Zentraleinheit</li> <li>• NIPB unblutig</li> <li>• Invasive Druckmessung (3 Kanäle)</li> <li>• ZVD-Messung</li> <li>• Moderne nichtinvasive oder semiinvasive Möglichkeit der HZV-Messung</li> <li>• Messung des intrakraniellen Drucks</li> <li>• 12-Kanal-EKG</li> <li>• Echokardiographie</li> <li>• Sonographie</li> <li>• Fährbares Bettröntgen</li> <li>• Endoskopie (Bronchoskopie, Gastroskopie, Koloskopie)</li> <li>• EEG, auch Monitoring, evoz. Potentiale</li> <li>• Temperaturmessung</li> <li>• Handlabor (Na, K, Ca, Bilir., Blutgase, Hämatokrit, Lactat, Osmolarität, Blutzucker)</li> <li>• Pulsoximetrie</li> <li>• Kapnographie</li> <li>• Transkutane Messung von PCO<sub>2</sub>/PO<sub>2</sub></li> <li>• O<sub>2</sub>-Insufflation</li> <li>• Absaugung</li> <li>• Defibrillator/Kardioverter</li> <li>• Externer Schrittmacher</li> <li>• Transkutaner Schrittmacher</li> <li>• CPAP-Gerät</li> <li>• Beatmungsgerät</li> <li>• Hämofiltration/ Diafiltration</li> <li>• NO-Equipment</li> </ul>	<p>pro Bett pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Kinderabtt verfügbar</p> <p>in Kinderabtt verfügbar</p> <p>in Kinderabtt verfügbar</p> <p>für Kinderabtt verfügbar</p> <p>-</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>-</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>pro Bett pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>1 Gerät pro Bett</p> <p>1 Gerät in KA verfügbar</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>pro Bett pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in Kinderabtt verfügbar</p> <p>in Kinderabtt verfügbar</p> <p>in Kinderabtt verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>pro Bett pro Bett</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>in KA verfügbar</p> <p>1Gerät pro Bett</p> <p>1 Gerät pro Bett plus 1 für Transport<sup>5</sup></p> <p>in KA verfügbar</p>

<sup>1</sup> Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege (insbesondere Sonderausbildung Kinderintensivpflege) haben. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.

<sup>3</sup> Die Unterschreitung der Mindestabteilungsgröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.

<sup>4</sup> In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.

<sup>5</sup> Durchführung der Hämofiltration/ Diafiltration ausschließlich in pädiatrischen Intensivbehandlungseinheiten in Zentralkrankenanstalten.

## Qualitätskriterien Intensivbereiche - Neonatologie (NEO)

Komponenten	Art des neonatologischen Intensivbereichs	
	Überwachungseinheit <sup>5</sup>	Intensivbehandlungseinheit <sup>5</sup>
<b>Personalausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leitung</li> <li>– Ärztlicher Dienst (Verfügbarkeit)</li> </ul> </li> <li>• Dipl. Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal <ul style="list-style-type: none"> <li>– Qualifikation<sup>1</sup></li> </ul> </li> </ul>	<p>Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde</p> <p>Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde im Haus verfügbar</p> <p>DGKP/Kinder- und Jugendlichenpflege</p>	<p>Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Intensivmedizin Facharzt oder Assistenzarzt rund um die Uhr anwesend und ausschließlich für die Intensivbehandlungseinheit zuständig, zusätzlich (zumindest) ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde im Haus verfügbar</p> <p>DGKP/Sonderausbildung Kinderintensivpflege</p>
<b>Infrastrukturelle Anforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestbettenanzahl<sup>3,4</sup> (systemisiert)</li> <li>• Betriebszeit</li> </ul>	<p>4, gemischte neonatol. und pädiatrische Überwachungseinheit möglich rund um die Uhr</p>	<p>4, und 2 neonatologische Überwachungsbetten rund um die Uhr</p>
<b>Apparative Ausstattung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offene Pflegeeinheit und/oder Intensivinkubator</li> <li>• 6-Kanal-Monitor (mit entsprechenden Modulen)</li> <li>• Motorspritze</li> <li>• Beatmungsgerät</li> <li>• CPAP-Gerät</li> <li>• Zusatzbeleuchtung für Eingriffe</li> <li>• Sitzmöglichkeit</li> <li>• Gasmischer/O<sub>2</sub>-Blender</li> <li>• EKG-Gerät</li> <li>• Defibrillator</li> <li>• Kaltlicht</li> <li>• Handlabor (Na, K, Ca, Bilirubin, Blutgas, Hämatokrit, Lactat, Osmolarität, Blutzuck.)</li> <li>• Phototherapie Lampen</li> <li>• Transportinkubator</li> <li>• Mobile Waage</li> <li>• NO-Equipment inkl. NO-Messgerät für NO-Konzentration</li> <li>• Laminar Airflow</li> <li>• Fährbares Bettröntgen</li> <li>• Sonographie (für Kardiologie geeignet)</li> <li>• Endoskopie</li> <li>• Hämofiltration/ Diafiltration</li> </ul>	<p>1 pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>2 pro Bett</p> <p>≥ 2 an der neonatolog. Überwachungseinheit</p> <p>an der neonatolog. Überwachungseinheit</p> <p>pro Bett</p> <p>1 pro Bett</p> <p>1 pro Bett</p> <p>an der neonatolog. Überwachungseinheit</p> <p>-</p> <p>an der neonatolog. Überwachungseinheit</p> <p>an der neonatolog. Überwachungseinheit</p> <p>an der neonatolog. Überwachungseinheit</p> <p>1 an der neonatolog. Überwachungseinheit</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>für die Kinderabteilung verfügbar</p> <p>in der Kinderabteilung</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>1 pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>≥ 5 pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>pro Bett</p> <p>1 pro Bett</p> <p>1 pro Bett</p> <p>an der neonatolog. Intensiveinheit</p> <p>an der neonatolog. Intensiveinheit</p> <p>an der neonatolog. Intensiveinheit</p> <p>an der neonatolog. Intensiveinheit</p> <p>1 an der neonatolog. Intensiveinheit</p> <p>an der neonatolog. Intensiveinheit</p> <p>an der neonatolog. Intensiveinheit</p> <p>in der Kinderabteilung</p> <p>in der Kinderabteilung</p> <p>in der Kinderabteilung</p> <p>in der Kinderabteilung</p> <p><sup>6</sup></p>

<sup>1</sup> Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Zumindest 50 Prozent der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege bzw. Anästhesiepflege (insbesondere Sonderausbildung Kinderintensivpflege) haben. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.

<sup>3</sup> Die Unterschreitung der Mindestabteilungsgröße ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.

<sup>4</sup> In begründeten Ausnahmefällen können die tatsächlichen Betten kurzfristig von den systemisierten Betten abweichen.

<sup>5</sup> Nationale und internationale Richtwerte für die Mindestanzahl an Geburten einer neonatologischen Einrichtung zur Evaluierung bestehender Standorte: Mindestens 2.500 Geburten im natürlichen Einzugsbereich für Standorte mit neonatologischer Intensivstation; mindestens 1.000 Geburten im natürlichen Einzugsbereich für Standorte mit Intermediate Care.

<sup>6</sup> Durchführung der Hämofiltration/ Diafiltration ausschließlich in neonatologischen Intensivbehandlungseinheiten in Zentral-krankenanstalten.

## 2.3 Bettenführende Einheiten

Nachfolgend werden Qualitätskriterien für die bettenführenden medizinischen Sonderfächer festgelegt. Dabei werden jene Sonderfächer, die sich auf Kinder und Jugendliche beziehen, vorangestellt. Die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern bzw. Jugendlichen ist ein zentrales Anliegen. Für den Kinderschutz ist daher in allen bettenführenden Einheiten, die mit routinemäßiger Versorgung von Kindern und Jugendlichen befasst sind, entsprechende Vorsorge für die Kooperation mit der jeweils zuständigen Kinderschutzgruppe im Sinne von § 18a Oö. KAG zu treffen.

### 2.3.1 Kinder- und Jugendheilkunde (KI)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p>Konservative Versorgung von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindern (Alter &lt;15 Jahre, Versorgung in kindgerechter Umgebung sicherzustellen) und</li> <li>• Jugendlichen (Alter 15-18 Jahre, Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenabteilung)</li> </ul> <p>Aufgrund der Besonderheiten in der KI (z. B. Isolierpflicht und saisonale Schwankungen bei Infektionskrankheiten, altersspezifische Bettenbelegung) Auslastung von 75 % als Vollaustattung definiert.</p>
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<p><i>Abgestufte Versorgungsstruktur</i></p> <p>Vier Stufen der stationären Versorgung unter gemeinsamer Berücksichtigung der Sonderfächer KI und KCH (Grundlage für die Festlegung von Qualitätskriterien):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>KA-Typ 1</u>: KA mit Abteilung für KI &gt; 25 Betten <u>und</u> Sicherstellung einer adäquaten KCH-Versorgung, letztere ggf. auch durch Kooperation zwischen KA („Kinderzentrum“ zur Hauptdiagnostik/-therapie in speziellen medizinischen Leistungsbereichen; Basisdiagnostik/-therapie sowie Behandlungs-Weiterführung auch außerhalb des „Kinderzentrums“ zulässig, Behandlungs-Weiterführung jedoch nur in kontinuierlicher Abstimmung mit „Kinderzentrum“)</li> <li>• <u>KA-Typ 2</u>: KA mit Abteilung für KI &gt; 20 Betten, ohne KCH-Sicherstellung</li> <li>• <u>KA-Typ 3</u>: KA mit bettenführender Einheit für KI ≤ 20 Betten, ohne KCH (KA mit „Abteilung für KI mit reduziertem Versorgungsauftrag“; nur in begründeten Ausnahmefällen für periphere Regionen mit geringer Besiedlungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit)</li> <li>• <u>KA-Typ 4</u>: KA ohne bettenführende Einheit für KI bzw. KCH (z. B. UKH)</li> </ul> <p>Operative bzw. chirurgische Versorgung von Kindern im Alter &lt; 1 Jahr ausschließlich in KA des KA-Typs 1 (ausgenommen Notfälle); Versorgung von Kindern im Alter &gt; 1 Jahr mit Leistungen anderer Sonderfächer je nach Fächerstruktur der betreffenden KA; z. B. in enger Kooperation zwischen bettenführender Einheit des jeweiligen Sonderfaches und KI-Einheit, ggf. auch in enger Kooperation mit vertraglich fix angebundener Vollabteilung einer anderen KA (Anbindung allenfalls durch sanitätsbehördliche Bewilligung zu regeln); dabei Betreuung der Kinder primär auf der KI-Einheit in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern aus den anderen Sonderfächern; zur Zulässigkeit der Leistungserbringung nach KA-Typen vgl. Leistungsmatrix in Kap. 2.8.</p> <p><i>Mindestgröße</i></p> <p>KA-Typ 1: &gt; 25 Betten (Auslastung ≥ 75 %), zusätzlich NICU / PICU ≥ 6 Betten          KA-Typ 2: &gt; 20 Betten (Auslastung ≥ 75 %), zusätzlich NI(M)CU / PI(M)CU ≥ 4 Betten (Verfügbarkeit sicherzustellen)          KA-Typ 3: &gt; 14 Betten (Auslastung ≥ 75 %)</p>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KA-Typ 1, 2: Fachärztinnen/-ärzte für KI, ärztliches Personal in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für KI; Fachärztin/-arzt für KI rund um die Uhr in KA anwesend.</li> <li>• KA-Typ 3: Fachärztinnen/-ärzte für KI, Assistentinnen/Assistenten; Fachärztin/-arzt für KI an Wochentagen tagsüber in KA anwesend, in der Nacht / an Wochenenden: Fachärztin/-arzt für KI in Rufbereitschaft.</li> </ul> <p><i>Diplomiertes Pflegepersonal im Normalpflegebereich</i></p> <p>Ausschließlich DGKP/Kinder- und Jugendlichenpflege; zur Personalausstattung von NI(M)CU / PI(M)CU in qualitativer Hinsicht vgl. Kap. 2.2</p> <p><i>Sonstige Berufsgruppen (in KA verfügbar)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KA-Typ 1, 2: Lehrer/-in (nur für KTyp 1), Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Klinische Psychologie (mit Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche) sowie Diplomsozialarbeiter/in (letztere als Schnittstelle zum Jugendamt)</li> </ul>
<b>Infrastruktur</b>	<p><i>Räumliche Ausstattung (KA-Typ 1-3)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindgerechte Gestaltung und Ausstattung</li> <li>• Räumliche Trennung von infektiösen und nichtinfektiösen Kindern</li> <li>• Isolier-/Schleusenbereich</li> <li>• Mitaufnahmemöglichkeit für 1 Begleitperson in ausreichender Anzahl zu gewährleisten (Mutter-Kind-Zimmer in KI-Einheit integriert, ggf. auch Eltern-Zimmer in Nähe des Kinderhauses)</li> </ul> <p><i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonografiegerät(e)</li> <li>• Notfall-/Handlabor (für KI-Einheit verfügbar)</li> </ul>
<b>Leistungsangebote</b>	<p>Gewährleistung sämtlicher erforderlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen an Kindern auch für seltene Krankheitsbilder in allen KA des KA-Typs 1 („Kinderzentrum“); zu den Leistungsspektren der anderen KA-Typen vgl. Leistungsmatrix in Kap. 3.9.</p> <p><i>Versorgung von Kindern in Referenzzentren (RFZ)</i></p> <p>Zu KKAR, KIONK und SZT vgl. Kap. 2.5.</p>

## 2.3.2 Kinder- und Jugendchirurgie (KCH)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Chirurgische Versorgung von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindern (Alter &lt;15 Jahre, Versorgung in kindgerechter Umgebung sicherzustellen) und</li> <li>• Jugendlichen (Alter 15-18 Jahre, Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenabteilung)</li> </ul>
Versorgungsstrukturen	<p><i>Abgestufte Versorgungsstruktur</i></p> <p>Vier Stufen der stationären Versorgung unter gemeinsamer Berücksichtigung der Sonderfächer KI und KCH (Grundlage für die Festlegung von Qualitätskriterien):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>KA-Typ 1</u>: KA mit Abteilung für KI &gt; 25 Betten <u>und</u> Sicherstellung einer adäquaten KCH-Versorgung, letztere ggf. auch durch Kooperation zwischen KA („Kinderzentrum“ zur Hauptdiagnostik/-therapie in speziellen medizinischen Leistungsbereichen; Basisdiagnostik/-therapie sowie Behandlungs-Weiterführung auch außerhalb des „Kinderzentrums“ zulässig, Behandlungs-Weiterführung jedoch nur in kontinuierlicher Abstimmung mit „Kinderzentrum“)</li> <li>• <u>KA-Typ 2</u>: KA mit Abteilung für KI &gt; 20 Betten, ohne KCH-Sicherstellung</li> <li>• <u>KA-Typ 3</u>: KA mit bettenführender Einheit für KI ≤ 20 Betten, ohne KCH (KA mit „Abteilung für KI mit reduziertem Versorgungsauftrag“; nur in begründeten Ausnahmefällen für periphere Regionen mit geringer Besiedlungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit)</li> <li>• <u>KA-Typ 4</u>: KA ohne bettenführende Einheit für KI bzw. KCH (z. B. UKH)</li> </ul> <p>Operative bzw. chirurgische Versorgung von Kindern im Alter &lt; 1 Jahr (insbesondere bei angeborenen Fehlbildungen) ausschließlich in KA des KA-Typs 1 (ausgenommen Notfälle sowie Säuglingshernien, sofern es sich nicht um Frühgeborene &lt; 34. SSW handelt); chirurgische Versorgung von Kindern im Alter &gt; 1 Jahr außerhalb von KA des KA-Typs 1 je nach Fächerstruktur der betreffenden KA; z. B. in enger Kooperation zwischen bettenführender Einheit des jeweiligen Sonderfaches und KI-Einheit, ggf. auch durch „KCH-Satellitenbetreuung“ im organisatorischen Verbund mit „KCH-Mutterabteilung“ oder in enger Kooperation mit vertraglich fix angebundener Vollabteilung einer anderen KA (Anbindungen allenfalls durch sanitätsbehördliche Bewilligung zu regeln); zur Zulässigkeit der Leistungserbringung nach KA-Typen vgl. Leistungsmatrix in Kap. 2.8.</p> <p><i>AN-Versorgung von Kindern (gilt für KA-Typen 1-4)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AN-Versorgung von Kindern im Alter &lt; 1 Jahr sowie bei schweren Eingriffen und/oder wesentlicher Prä-/Ko-Morbidität ausschließlich in KA des KA-Typs 1 und unter Verfügbarkeit einer PIMCU mit mechanischer Beatmungsmöglichkeit (ausgenommen Notfälle);</li> <li>• AN-Versorgung von Kindern im Alter &lt; 3 Jahre nur unter bestimmten Voraussetzungen (vgl. Rubrik „Personal-ausstattung und -qualifikation“).</li> </ul> <p><i>OR-Versorgung von Kindern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwerwiegende orthopädische Krankheiten (z. B. angeborene Deformationen der Wirbelsäule) vorzugsweise an speziellen kinderorthopädischen Zentren (KOZ) oder aber in KA mit KTyp 1 und Abteilung für OR in der KA zu versorgen; Behandlungs-Weiterführung auch außerhalb des Zentrums zulässig, jedoch nur in kontinuierlicher Abstimmung mit dem Zentrum.</li> </ul>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KA-Typ 1: Fachärztinnen/-ärzte für KCH ärztliches Personal in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für KCH</li> <li>• KCH-Satellitenbetreuung: ≥ 2 Fachärztinnen/-ärzte für KCH aus der kooperierenden „KCH-Mutterabteilung“ (diese müssen in der „KCH-Mutterabteilung“ auch Dienste versehen)</li> <li>• Sicherstellung ausreichender und nachweisbarer Kompetenz in der anästhesiologischen und intensivmedizinischen Betreuung von Kindern (Voraussetzung für Schwerpunkttätigkeit in Kinderanästhesie in KA des Typs 1 sowie in der „KCH-Satellitenbetreuung“ erfordert kontinuierliche Praxis von &gt; 50 % der Arbeitszeit bzw. von &gt; 2,5 Tagen / Woche mit Kindern unterschiedlichen Alters und breitem Spektrum von Eingriffen).</li> </ul> <p><i>Diplomiertes Pflegepersonal im Normalpflegebereich</i></p> <p>DGKP/Kinder- und Jugendlichenpflege, davon 50 Prozent mit zumindest zweijähriger Erfahrung im KCH-Bereich; zur Personalausstattung von NI(M)CU bzw. PI(M)CU in qualitativer Hinsicht vgl. Kapitel 2.2</p> <p><i>Sonstige Berufsgruppen (in KA verfügbar)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KA-Typ 1, 2: Lehrer/-in (nur für KTyp 1), Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Klinische Psychologie (mit Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche) sowie Diplomsozialarbeiter/in (letztere als Schnittstelle zum Jugendamt)</li> </ul> <p><i>AN-Versorgung von Kindern (gilt für KA-Typen 1-4)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AN-Versorgung von Kindern im Alter &lt; 3 Jahre nur unter folgenden Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ ≥ 2 primär für die Kinder-AN verantwortliche Fachärztinnen/-ärzte (Nachweiserfordernis von ≥ 20 durchgeführten Anästhesien an unter 1-Jährigen)</li> </ul> </li> </ul>

## Fortsetzung Kinder- und Jugendchirurgie (KCH)

<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p>⇒ Verpflichtungen der primär verantwortlichen Fachärztinnen/-ärzte: Fortbildung in Kinder-AN (&gt;= 1 Fachtagung in 2 Jahren) oder Hospitation in KCH-Einheit einer KA des KA-Typs 1 (&gt;= 1 Woche alle 2 Jahre); Führen eines Logbuchs über alle Kinder-Anästhesien an unter 6-Jährigen;</p> <p>⇒ &gt;= 2 primär verantwortliche DGKP mit Nachweis der gesetzlich vorgeschriebenen Sonderausbildung für AN gemäß GuKG und Nachweis einer praktischen Ausbildung &gt;= 1 Monat in KCH-Einheit einer KA des KA-Typs 1;</p> <p>⇒ Verpflichtungen der primär verantwortlichen DGKP: Fortbildung im Bereich der Kinder-AN (&gt;= 1 Fachtagung in 2 Jahren) oder Hospitation in KCH-Einheit einer KA des KA-Typs 1 (&gt;= 1 Woche alle 2 Jahre);</p>
<b>Infrastruktur</b>	<p><i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miniaturisierte diagnostische und therapeutische Apparate</li> </ul> <p><i>Räumliche Ausstattung (KA-Typ 1)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindgerechte Gestaltung und Ausstattung</li> <li>• Räumliche Trennung von infektiösen und nichtinfektiösen Kindern</li> <li>• Mitaufnahmemöglichkeit für 1 Begleitperson in ausreichender Anzahl zu gewährleisten (Mutter-Kind-Zimmer in KCH-Einheit integriert, ggf. auch Eltern-Zimmer in Nähe des Kinderhauses)</li> </ul> <p><i>Zeitliche Verfügbarkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KA des Typs 1: Fachärztin/-arzt für KCH rund um die Uhr anwesend</li> <li>• KCH-Satellitenbetreuung: Fachärztin/-arzt für KCH während fixer Zeiten anwesend</li> </ul>
<b>Leistungsangebote</b>	<p><i>Leistungsspektrum (Abteilung für KCH)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abdominale, thorakale, urogenitale, traumatologische und onkologische KCH;</li> <li>• Neugeborenenchirurgie.</li> </ul> <p>Gewährleistung sämtlicher erforderlicher diagnostischer und therapeutischer bzw. chirurgischer Maßnahmen an Kindern auch für seltene Krankheitsbilder in allen KA des KA-Typs 1 („Kinderzentrum“); zu den Leistungsspektren der anderen KA-Typen vgl. Leistungsmatrix in Kap. 2.8.</p>
<b>Sonstiges</b>	<p>Sicherstellung der postoperativen Nachbetreuung bei KCH-Satellitenbetreuung durch jene Abteilung, an der die Versorgung erfolgt.</p> <p>Qualitätskontrolle zur Kinder-AN: Führung eines Logbuchs über durchgeführte Kinder-Anästhesien; Nachweise über Fortbildungen und/oder Hospitation (s. o.); verpflichtende Teilnahme an „Critical Incident Reporting System“.</p>

### 2.3.3 Chirurgie (CH)

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

### 2.3.4 Innere Medizin (IM)

<b>Versorgungsstrukturen</b>	<p>Abteilung</p> <p>Referenzzentren für Kardiologie (KAR) und Hämato-Onkologie (ONK)</p>
<b>Planung</b>	<p>Planungskriterien für Referenzzentren für Zusatzfächer der IM (KAR, ONK) als Grundlage für regionale Detailplanungen (vgl. Kap. 2.5.5 und 2.5.6).</p>

## 2.3.5 Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH)

Definitionen, Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Führung einer geburtshilflichen Abteilung ohne gleichzeitiger gynäkologischer Leistungserbringung unzulässig</li> </ul> <p><i>Stufen der abgestuften geburtshilflichen Versorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stufe 1, Maximalversorgung (Perinatalzentrum): Interdisziplinäre Einrichtung mit Schwerpunkt in der Geburtshilfe und Neonatologie (beide Einrichtungen in unmittelbarer räumlicher Nachbarschaft) zur Versorgung von Kindern mit pränatal diagnostizierten medizinischen Risikokonstellationen</li> <li>• Stufe 2, Schwerpunktversorgung</li> <li>• Stufe 3, Grundversorgung</li> <li>• Für bereits bestehende GGH-Abteilungen in begründeten Ausnahmefällen für periphere Regionen mit geringer Besiedlungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit sowie bei Geburtenzahlen unter 365/Jahr: reduzierte Grundversorgung</li> </ul>
Personalausstattung und -qualifikation	<p>Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung auf allen Stufen der geburtshilflichen Versorgung</p> <p><i>Stufe 2: Schwerpunktversorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztin/-arzt für GGH rund um die Uhr anwesend;</li> <li>• Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde rund um die Uhr anwesend;</li> <li>• mindestens eine Hebamme rund um die Uhr anwesend</li> <li>• Fachärztin/-arzt für Anästhesie rund um die Uhr in der Krankenanstalt anwesend;</li> <li>• Sicherstellung der Operationsbereitschaft rund um die Uhr durch Anwesenheit des Funktionspersonals.</li> </ul> <p><i>Stufe 3: Grundversorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztin/-arzt für GGH oder ärztliches Personal in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für GGH: Anwesenheit entsprechend den Regelungen des KAKuG;</li> <li>• Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde verfügbar;</li> <li>• Fachärztin/-arzt für Anästhesie rund um die Uhr in der Krankenanstalt anwesend;</li> <li>• mindestens eine Hebamme rund um die Uhr anwesend;</li> <li>• mindestens eine Kinderkrankenpflegeperson oder zweite Hebamme rund um die Uhr anwesend;</li> <li>• Sicherstellung der Operationsbereitschaft rund um die Uhr durch Anwesenheit des Funktionspersonals (perinatale Anästhesie).</li> </ul> <p><i>Reduzierte Grundversorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztin/-arzt für GGH: Anwesenheit entsprechend den Regelungen des KAKuG</li> <li>• Bei Patientenanwesenheit eine Hebamme rund um die Uhr anwesend</li> <li>• Ausnahmen für ärztliche Anwesenheitsregelung bzw. Rufbereitschaftsmodelle bedürfen der Genehmigung durch die Sanitätsbehörde</li> </ul>
Infrastruktur	<p><i>Stufe 1: Maximalversorgung (Perinatalzentrum)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neonatologie: mindestens sechs, idealer Weise zehn bzw. maximal 16 neonatologische Intensivbetten</li> </ul> <p><i>Stufe 2: Schwerpunktversorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neonatologie, die eine Beatmungsmöglichkeit sicherstellt; länger zu beatmende Neugeborene sind an ein Perinatalzentrum (Stufe 1) zu verlegen</li> </ul>
Versorgungsstrukturen / Leistungsangebote	<p><i>Stufe 1: Maximalversorgung (Perinatalzentrum)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Referenzzentrum für pränatale Diagnostik und Pränataltherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung der Ultraschalldiagnostik durch einen in der Ultraschall-Diagnostik entsprechend qualifizierte/n Fachärztin/Facharzt für GGH (inkl. fetaler Gewebs- und Blutabnahme); Pränataltherapie am ungeborenen Kind</li> <li>• Zugang zu folgenden Spezialdisziplinen ist sicherzustellen: Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Kinderradiologie und andere bildgebende Diagnostik, Kinderchirurgie, Infektiologie, Kinderurologie</li> </ul> </li> <li>2. Geburtshilfe: gesamtes geburtshilfliches Leistungsspektrum der konservativen und operativen Schwangerenbetreuung</li> <li>3. Neonatologie: Versorgung folgender perinataler Risikofälle (beispielhaft): <ul style="list-style-type: none"> <li>zu erwartende Frühgeburt mit hochgradiger Unreife; Drillings- und Vielfachschwangerschaften; Feten mit pränatal erkannten schweren, aber lebensfähigen Fehlbildungen bzw. Erkrankungen; Morbus hämolyticus fetalis; Drogenabhängigkeit der Mutter; schwere mütterliche Grunderkrankung (kardiologisch, neurologisch, onkologisch, etc.).</li> </ul> </li> </ol> <p><i>Stufe 2: Schwerpunktversorgung</i></p> <p>Betreuung von Müttern mit festgestellten pränatalen Risikobildern; Missbildungs-Ultraschalluntersuchungen sowie Genetik-Screenings; Ultraschalldiagnostik durch ein in der Ultraschall-Diagnostik entsprechend qualifiziertes fachärztliches Personal für GGH zu erfolgen.</p> <p><i>Stufe 3: Grundversorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung risikofreier Schwangerschaften;</li> <li>• Transferierung von Risikoschwangerschaften an eine Abteilung mit geburtshilflicher Schwerpunktversorgung (Stufe 2) oder an ein Perinatalzentrum (Stufe 1)</li> <li>• Indikation zur Transferierung nach definierten Leitlinien (Bis zur Entwicklung österreichweit gültiger Leitlinien Anlehnung an die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, AWMF Leitlinien Nr.: 24/001).</li> </ul> <p><i>Im Fall reduzierter Grundversorgung grundsätzlich zulässig:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geburtshilfe: Geburten reifer Einlinge in Terminnähe bei Frauen ohne ersichtliches Risiko und bei vaginalen Entbindungen ohne Voroperation am Uterus</li> <li>• Gynäkologie: Gynäkologische Eingriffe inklusive Beherrschung der dafür typischen Komplikationen</li> </ul>
Sonstiges	<p>Teilnahme an <i>Ergebnisqualitäts-Registern</i> (Österreichweites Geburtenregister, Perinatalerhebung)</p> <p><i>Reduzierte Grundversorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtende Vorlage von Leistungs-/Versorgungskonzepten durch die Länder für die betroffenen GGH-Abteilungen sowie Beschluss in der Landesgesundheitsplattform</li> <li>• Im Rahmen der zu entwickelnden Leistungs-/Versorgungskonzepte Dokumentation der gesetzten bzw. zu setzenden Maßnahmen betreffend die E-E-Zeit (Zeitintervall zwischen Entschluss zur Sectio bis zur Entwicklung des Kindes)</li> <li>• Evaluierung des Leistungsgeschehens in jährlichen Berichten (inkl. Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern)</li> </ul>

## 2.3.6 Neurologie (NEU)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p><b>Neurologische Standard-Abteilung</b> Basisversorgung in Bezug auf Diagnostik, Therapie und Rehabilitation</p> <p><b>Spezialzentrum für Neuroonkologie:</b> siehe dazu Kap. 2.5.7</p> <p><b>Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik</b> Prächirurgische Diagnostik und postoperatives Management von Patienten mit Erkrankungen des extrapyramidalen motorischen Systems (EPMS).</p> <p><b>Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik</b> Kontinuierliche Observanz zur Epilepsiediagnostik durch entsprechend geschultes Personal.</p>
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<p><b>Neurologische Standard-Abteilung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalpflegebereich, inkl. Möglichkeit der Einrichtung einer Stroke Unit mit <math>\geq 4</math> Betten</li> <li>• Im Tagdienst Fachärztin/Facharzt für Neurologie an der Abteilung anwesend; im Nacht- sowie im Wochenend- und Feiertagsdienst zumindest eine Fachärztin/ein Facharzt in Ausbildung zur Neurologin/zum Neurologen anwesend, zusätzlich eine Fachärztin/ein Facharzt für Neurologie in Rufbereitschaft (in der KA anwesend bzw. in Rufbereitschaft)</li> <li>• Gegebenenfalls Einheiten für die neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufen B und C, evtl. auch disloziert (vgl. Kap. 2.4.3).</li> </ul> <p><b>Neurologische Spezialzentren</b> (im Rahmen von Abteilungen für NEU)</p> <p><b>1. Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik</b> Mindestfrequenzen pro Jahr und Zentrum: 15-20 operierte EPMS-Patienten; 50-60 Patienten in der präoperativen EPMS-Diagnostik.</p> <p><b>2. Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik</b> Abteilung für NEU und/oder KI mit Epilepsieambulanz und Epilepsieambulance-Einheit sowie mit Zugang zu NC-Abteilung mit Epilepsiechirurgie; Kooperation der beteiligten Abteilungen durch regelmäßige Fallkonferenzen.</p>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><b>Neurologische Standard-Abteilung</b> <i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie</li> <li>• Zusätzliches ärztliches Personal (Ärztinnen/-ärzte in Ausbildung zu Fachärztin/-arzt für Neurologie)</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergotherapie</li> <li>• Logopädie</li> <li>• Neuropsychologie</li> </ul> <p><b>Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik</b> <i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie</li> <li>• Fachärztinnen/-ärzte für Neurochirurgie (zumind. fixe Kooperation)</li> <li>• Fachärztinnen/-ärzte für Radiologie (zumind. fixe Kooperation)</li> <li>• Neuropsychologie</li> </ul> <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie: Kenntnisse in der Therapie von Bewegungsstörungen, mind. 1 FA mit Schwerpunktausbildung in klinischer Neurophysiologie</li> <li>• Fachärztin/Facharzt für Neurochirurgie: Expertise in funktioneller Stereotaxie und Mikroelektrodenableitung</li> </ul> <p><b>Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik</b> <i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztin/Facharzt für Neurologie</li> </ul>
<b>Infrastruktur</b>	<p><b>Neurologische Standard-Abteilung</b> <i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektrophysiologie (EEG, EMG, NLG)</li> <li>• Evozierte Potenziale</li> <li>• Neurosonographie</li> <li>• Zugang zu Neuroimaging-Verfahren (CT, MR u. ä.)</li> </ul> <p><b>Spezialzentrum für prächirurgische EPMS-Diagnostik</b> <i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intraoperatives Mikroelektrodenrecording</li> <li>• 1,5 TESLA-MR</li> <li>• Intraoperatives CT</li> <li>• Apparative Bewegungsanalyse</li> </ul> <p><b>Spezialzentrum für prächirurgische Epilepsiediagnostik</b> <i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videometrie (im Zentrum verfügbar)</li> <li>• 1,5 TESLA MRT</li> <li>• Angiographie (DSA)</li> <li>• SPECT (Zugang ist sicherzustellen)</li> <li>• PET (Zugang ist sicherzustellen)</li> </ul>
<b>Sonstiges</b>	<p><b>Spezialzentren für prächirurgische EPMS-Diagnostik bzw. für prächirurgische Epilepsiediagnostik</b> Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern.</p>

## 2.3.7 Psychiatrie (PSY)

<b>Versorgungsstrukturen</b>	<p>Strukturen für die Behandlung, Rehabilitation, Pflege sowie die Befriedigung sozialer Versorgungsbedürfnisse akut, längerfristig und chronisch psychisch Kranker (im Sinne des „Psychiatrieplans“ im ÖKAP/GGP 2003) mit folgenden <u>Anforderungen</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedürfnis- und Bedarfsgerechtigkeit</li> <li>• Gemeindenähe und -integration</li> <li>• „Ambulant vor stationär“</li> <li>• Integration in die Grundversorgung</li> <li>• Regionalisierung, Vollversorgung und Vernetzung</li> <li>• Partizipation</li> </ul> <p><i>Stationärer Bereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestgröße 30 Betten (exkl. tagesklinische Plätze)</li> <li>• Tagesklinik</li> <li>• Konsiliar-/ Liaison-Dienst</li> <li>• Ambulanz</li> </ul> <p><i>Ambulante und komplementäre Einrichtungen und Dienste</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychosoziale Dienste</li> <li>• Wohnen</li> <li>• Arbeit</li> <li>• Tagesstruktur</li> <li>• Ambulant versorgungswirksame Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie</li> </ul> <p>Ausreichende Anzahl in jeder Versorgungsregion. Koordination mit der stationären Referenzeinrichtung. Einheitliche Gestaltung der Länderpläne</p>		
<b>Planung</b>	<p><u>Dezentralisierung</u> der allgemeinspsychiatrischen sowie der geronto-psychiatrischen Versorgung (Einrichtung von Abteilungen für Psychiatrie an ausgewählten Standorten von allgemeinen Akutkrankenanstalten)</p> <p>Planungsrichtwert gemäß Tabelle in Kap. 1.2, Bettenmessziffer <u>inklusive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• allgemeine akutpsychiatrische Versorgung von Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (inkl. Tagesklinik-Plätze)</li> <li>• akute gerontopsychiatrische Versorgung</li> <li>• akute Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (akuter Entzug) und</li> <li>• <u>exklusive</u> Versorgung von chronisch psychisch Kranken, langfristige gerontopsychiatrische Versorgung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, forensische Psychiatrie sowie Abhängigkeitserkrankungen</li> </ul> <p>Evaluierung des Auf- und Ausbaus der ambulanten und komplementären Versorgung spätestens bis zum Jahr 2008.</p>		
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><i>Interdisziplinär arbeitendes multiprofessionelles Team der Berufsgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachärzte für Psychiatrie</li> <li>- Dipl. psychiatrisches Gesundheits- u. Krankenpflegepersonal</li> </ul> <p>Personal für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinische Psychologie</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Ergotherapie</li> <li>- Musiktherapie / Kunsttherapie</li> <li>- Physiotherapie / Sport- und Bewegungstherapie</li> <li>- Sozialarbeit</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><i>Zeitliche Verfügbarkeit:</i></p> <p>rund um die Uhr (24 Stunden) verfügbar  rund um die Uhr (24 Stunden) verfügbar  Angebot pro Patient und Werktag; mindestens drei unterschiedliche Therapieeinheiten (jedenfalls Psycho- und Ergotherapie); max. Gruppengröße 12 Patienten.  Ausreichende Personalkapazitäten für Klinische Psychologie und Sozialarbeit.</p> </td> </tr> </table>	<p><i>Interdisziplinär arbeitendes multiprofessionelles Team der Berufsgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachärzte für Psychiatrie</li> <li>- Dipl. psychiatrisches Gesundheits- u. Krankenpflegepersonal</li> </ul> <p>Personal für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinische Psychologie</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Ergotherapie</li> <li>- Musiktherapie / Kunsttherapie</li> <li>- Physiotherapie / Sport- und Bewegungstherapie</li> <li>- Sozialarbeit</li> </ul>	<p><i>Zeitliche Verfügbarkeit:</i></p> <p>rund um die Uhr (24 Stunden) verfügbar  rund um die Uhr (24 Stunden) verfügbar  Angebot pro Patient und Werktag; mindestens drei unterschiedliche Therapieeinheiten (jedenfalls Psycho- und Ergotherapie); max. Gruppengröße 12 Patienten.  Ausreichende Personalkapazitäten für Klinische Psychologie und Sozialarbeit.</p>
<p><i>Interdisziplinär arbeitendes multiprofessionelles Team der Berufsgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachärzte für Psychiatrie</li> <li>- Dipl. psychiatrisches Gesundheits- u. Krankenpflegepersonal</li> </ul> <p>Personal für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinische Psychologie</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Ergotherapie</li> <li>- Musiktherapie / Kunsttherapie</li> <li>- Physiotherapie / Sport- und Bewegungstherapie</li> <li>- Sozialarbeit</li> </ul>	<p><i>Zeitliche Verfügbarkeit:</i></p> <p>rund um die Uhr (24 Stunden) verfügbar  rund um die Uhr (24 Stunden) verfügbar  Angebot pro Patient und Werktag; mindestens drei unterschiedliche Therapieeinheiten (jedenfalls Psycho- und Ergotherapie); max. Gruppengröße 12 Patienten.  Ausreichende Personalkapazitäten für Klinische Psychologie und Sozialarbeit.</p>		
<b>Leistungsangebote</b>	<p><i>Allgemeine Leistungsbereiche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krisenintervention / Notfallpsychiatrie</li> <li>• Psychiatrische / psychotherapeutische Standardbehandlung</li> <li>• Intensive psychiatrische Behandlung Schwerstkranker</li> <li>• Komplexe psychiatrische Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</li> <li>• Aufnahme/Unterbringung gemäß UBG</li> <li>• Tagesklinische psychiatrische Behandlung</li> <li>• Reintegrative psychiatrische Behandlung</li> <li>• Sicherung der Übergangspflege / Überleitungspflege</li> <li>• ausreichende konsiliarische Versorgung aus anderen med. Fachdisziplinen</li> </ul> <p><i>Spezifische Leistungen</i></p> <p>Komplexe Pharmakotherapie und Monitoring, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie, Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Ergo- und Physiotherapie, Sozialarbeit, EKT in Schwerpunktkrankenhäusern, Konsiliar- / Liaisondienst für andere Fachabteilungen</p>		

## 2.3.8 Dermatologie (DER)

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

### 2.3.9 Augenheilkunde (AU)

Versorgungsstrukturen	<p>Abteilung</p> <p>Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkte Kap. 2.1)</p> <p>Dislozierte Tagesklinik (vgl. allgemeine Qualitätskriterien für Tageskliniken Kap. 2.1)</p> <p>Tagesklinische Versorgung von Katarakten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesunde und mobile Patientinnen/Patienten ohne allgemeine Begleiterkrankungen und andere Augenerkrankungen (ASA 1 und ASA 2 operationsfähig, ASA 3 nach Beurteilung der Anästhesistin/des Anästhesisten).</li> </ul>
Infrastruktur	<p><i>Technisch-apparative Grundausrüstung: Phakoemulsifikationseinheit, OP-Mikroskop, C-Perimetrie</i></p> <p><i>Technisch-apparative Ausstattung pro MEL</i></p> <p><u>Vitrektomie</u>: 1513, 1557, 1558, 1559, 1560, 1576</p> <p><u>Argonlaser</u>: 1557, 1558, 1559, 1560</p> <p><u>Excimerlaser</u>: 1567 Refraktive Hornhautchirurgie, weiters phototherapeutische Keratektomie (PTK)</p> <p>MEL 6839 (Photodynamische Lasertherapie mit Verteporfin bei Makuladegeneration (LE = je Sitzung): Für die Leistungserbringung ist die Erfüllung folgender Qualitätskriterien sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für Voruntersuchungen: Zugang zu einer geeigneten Fluoreszenzangiografieeinheit</li> <li>• Durchführung der photodynamischen Therapie mittels geeignetem photodynamischen Therapielaser (PDT-Laser) in abdunkelbarem Laserraum</li> <li>• Infusion des Verteporfins ausschließlich mittels Motorspritze</li> </ul>

### 2.3.10 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)

Versorgungsstrukturen	<p>Abteilung</p> <p>Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkte Kap. 2.1)</p> <p>Dislozierte Tagesklinik (vgl. allgemeine Qualitätskriterien für Tageskliniken Kap. 2.1)</p>
Leistungsangebote	<p><i>Leistungsspektrum</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungserbringung im Rahmen der zu evaluierenden Pilotprojekte in dislozierten Tageskliniken nur zulässig, wenn operative Nachsorge unverzüglich gegeben.</li> </ul>

### 2.3.11 Urologie (URO)

Versorgungsstrukturen	<p>Abteilung</p> <p>Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkte Kap. 2.1)</p> <p>Dislozierte Tagesklinik (vgl. allgemeine Qualitätskriterien für Tageskliniken Kap. 2.1)</p>
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histopathologische Befundung: Sicherstellung der Möglichkeit zur intraoperativen Untersuchung mittels Gefrierschnitt; Untersuchung durch Konsiliarpathologen (auch durch qualitätsgesicherte Telepathologie) ausreichend.</li> </ul>
Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEL 2857 und 2861: eingeschränkt auf Hydrozelenoperation beim Kind</li> <li>• MEL 2876: eingeschränkt auf Operationen bei Narbenhernie</li> </ul>

### 2.3.12 Plastische Chirurgie (PCH)

Versorgungsstrukturen	<p>Abteilung</p> <p>Department (vgl. Qualitätskriterien für Departments in Kap. 2.1)</p>
-----------------------	--

<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal im Normalpflegebereich: Fachärztinnen/-ärzte für PCH</li> </ul> <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Je nach Schwerpunktsetzung entsprechende Zusatzqualifikation des Pflegepersonals (z. B. Wundmanagement)</li> </ul>
<b>Infrastruktur</b>	<p><i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezialinstrumentarium (z. B. Dopplergerät, Nervenstimulator) je nach Schwerpunktsetzung der PCH-Einheit</li> <li>• Lupenbrille verfügbar</li> </ul>

### 2.3.13 Orthopädie und orthopädische Chirurgie (OR)

<b>Versorgungsstrukturen</b>	<p>Abteilung</p> <p>Fachschwerpunkt (vgl. Qualitätskriterien für Fachschwerpunkte Kap. 2.1)</p>
<b>Leistungsangebote</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von angeborenen und erworbenen Formveränderungen, Funktionsstörungen, Erkrankungen und Verletzungen der Stütz- und Bewegungsorgane</li> <li>• Nur an einer Fachabteilung für Orthopädie zulässig: Maligne Tumoroperationen, Wirbelsäulenstabilisierungsoperationen (insbesondere mehrsegmentige Wirbelsäulenstabilisierungsoperationen sowie Stabilisierungsoperationen bei Diagnose Skoliose), orthopädische Leistungen an Kindern</li> </ul>
<b>Sonstiges</b>	<p>Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B.: Endoprothesenregister).</p>

### 2.3.14 Unfallchirurgie (UC)

Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pro Versorgungsregion möglichst eine zentrale Versorgungseinheit als unfallchirurgische Standardabteilung (allenfalls als „Mutterabteilung“)</li> <li>• Department (vgl. Qualitätskriterien für Departments Kap. 2.1); Zukünftig: Satellitendepartement: dezentrale, kleine Versorgungseinheiten an anderen Krankenanstalten im organisatorischen Verbund mit der Mutterabteilung</li> <li>• Entsprechend dem regionalen Bedarf Umwandlung derzeit bestehende Departments für Unfallchirurgie entweder in eine Abteilung für Unfallchirurgie oder in ein Satellitendepartement (idealerweise bis zum Jahr 2010)</li> </ul>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><b>„Schockraummannschaft“ im Rahmen einer unfallchirurgischen Abteilung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Anästhesistin/Anästhesist, 1 Fachärztin/-arzt für Unfallchirurgie, 1 Ärztin/Arzt in Ausbildung für Unfallchirurgie oder zweite/r Fachärztin/-arzt für Unfallchirurgie oder Fachärztin/-arzt für Chirurgie, 1 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit Sonderausbildung für Anästhesiepflege, 1 unfallchirurgisch geschulte, diplomierte Gesundheits-/Krankenpflegeperson, 1 Radiotechnologin bzw. -technologe, Fachärztin/Facharzt für RAD in Rufbereitschaft oder teleradiologische Anbindung.</li> </ul> <p><b>Satellitendepartement für Unfallchirurgie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitung: Fachärztin/-arzt für Unfallchirurgie, trägt medizinische Letztverantwortung.</li> <li>• Personelle Beschickung durch Fachärztinnen/-ärzte der unfallchirurgischen „Mutterabteilung“ in Personalrotation.</li> <li>• Personelle Ausstattung entsprechend dem Department (vgl. Kapitel 2.1) in Abhängigkeit der örtlichen Gegebenheiten und dem regionalen Versorgungsbedarf.</li> <li>• Sicherstellung der organisatorischen sowie medizinischen Zusammenarbeit mit der unfallchirurgischen „Mutterabteilung“.</li> </ul>
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparative Ausstattung einer <b>„Schockraummannschaft“ im Rahmen einer unfallchirurgischen Abteilung</b> entspricht der anästhesiologischen Überwachungseinheit (vgl. Kap. 2.2)</li> </ul>
Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prävention, Diagnostik, Behandlung, Nachbehandlung, Rehabilitation und fachspezifische Begutachtung von akuten und chronischen rezidivierenden Verletzungen, Verletzungsfolgen und den daraus resultierenden Erkrankungen und Schäden einschließlich Korrektur Eingriffe zur Beseitigung von Folgezuständen in jedem Lebensalter</li> </ul>
Sonstiges	<p><b>Zeitliche Verfügbarkeit der „Schockraummannschaft“ im Rahmen einer UC-Abteilung</b></p> <p>Schockraummannschaft rund um die Uhr verfügbar; Sicherstellung durch Krankenanstaltenbetreiber in Abhängigkeit von den jeweiligen organisatorischen Voraussetzungen und den aktuellen Bedingungen (räumliche Nähe, Wetterlage, aktueller stationärer Belag); Gewährleistung der innerbetrieblichen Realisierung (u.a. auch im Rahmen einer Rufbereitschaft) durch den Krankenanstaltenbetreiber in Abhängigkeit von den organisatorischen Rahmenbedingungen und den aktuellen Gegebenheiten.</p> <p><b>Betriebszeiten des Satellitendepartements</b></p> <p>Tagsüber - während genau festzulegender Betriebszeiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bis zur Einführung von „Satellitendepartements“ für Unfallchirurgie sind die im Kapitel 2.1 festgelegten Qualitätskriterien für Departments zu erfüllen.</li> </ul> <p><b>Register</b></p> <p>Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B.: Endoprothesenregister bzw. Traumaregister).</p>

### 2.3.15 Interdisziplinäre orthopädisch/unfallchirurgische Versorgungseinheit

<b>Definition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgung von Regionen mit unzureichender Erreichbarkeit (mehr als 30 Minuten im Straßenindividualverkehr bis zur nächstgelegenen Abteilung) sowie</li> <li>• fehlende Tragfähigkeit für eine selbstständige Abteilung beider und/oder einer der beiden Fachrichtungen aufgrund zu geringer Besiedelungsdichte</li> </ul>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><b>Personalausstattung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt mind. 6 Fachärztinnen/-ärzte (Personalzusammensetzung entsprechend der tatsächlichen fachspezifischen Bettenbelegung)</li> <li>• In Abhängigkeit von der Größe der OR/UC-Versorgungseinheit und bei Bedarf Integration zusätzlicher Sekundärärzte (u. a. Ärzte in Ausbildung zur/zum Fachärztin/-arzt) im Rotationssystem mit einer orthopädischen oder unfallchirurgischen Vollabteilung.</li> <li>• Ärztliche Anwesenheit im Nachtdienst gemäß KAKuG bzw. Landes-Ausführungsgesetzen.</li> <li>• Angemessene Verteilung der Anzahl der Nachtdienste zwischen den (Fach-)Ärztinnen/-ärzten der beiden Fachrichtungen</li> </ul> <p><b>Leitung der Organisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelung der Leitungsfunktion/Stellvertretung in der Krankenanstaltenordnung</li> </ul>
<b>Leistungsangebot</b>	<p>Nicht zulässige fachspezifische Leistungsbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orthopädie: Wirbelsäulenoperationen, Kinderorthopädie, Mehrfachrevisionen (bspw. von Endoprothesen), Tumororthopädie (exklusive Metastasen), spezielle Rheuma-Orthopädie</li> <li>• Unfallchirurgie: Schädelhirntrauma, Polytraumen, schwere Wirbelsäulen- und Beckenverletzungen, Replantationen, komplexe Extremitätenverletzungen</li> </ul>
<b>Infrastruktur</b>	<p><b>Bettenzahl</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Festlegung einer Gesamtbettenzahl pro Fachrichtung; zusätzlich dazu Quantifizierung eines von beiden Fachrichtungen belegbaren Bettenpools</li> <li>• Jährliche Evaluierung der tatsächlichen fachspezifischen Bettenbelegung und flexible Anpassung an den aktuellen Bedarf</li> </ul>
<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildungsstätte im Rahmen eines Rotationssystems mit einer orthopädischen oder unfallchirurgischen Vollabteilung</li> <li>• Evaluierung im Rahmen von Pilotprojekten (zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr)</li> <li>• Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B.: Endoprothesenregister bzw. Traumaregister).</li> </ul>

### 2.3.16 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)

<b>Versorgungsstrukturen</b>	<p>Abteilung Department (vgl. Qualitätskriterien für Departments in Kap. 2.1)</p>
<b>Infrastruktur</b>	<p><i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Labor für Prothetik und Epithetik</li> <li>• Einrichtungen der Axiographie und Okklusionsanalyse</li> <li>• Instrumentarium für die stomatognathe Analyse und Diagnostik</li> <li>• Panoramaröntgen und Fernröntgeneinrichtung</li> <li>• Magnetresonanztomographie inkl. Möglichkeit der Darstellung der Kiefergelenke mit entsprechenden Spulen</li> <li>• Sonographieeinrichtung für die spezielle Beurteilung in der Kopf-Hals-Sonographie</li> <li>• Endoskopische Ausrüstung inkl. fotografischer Dokumentation</li> <li>• Fotodokumentationseinrichtung für extraorale und enorale Dokumentation</li> </ul>

### 2.3.17 Radioonkologie/Strahlentherapie (STB)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisierung bei Durchführung der Strahlentherapie erforderlich für Tumorpatientinnen/-patienten mit fortgeschrittener Erkrankung, internistischen Begleiterkrankungen oder unzumutbaren Anfahrtswegen, ebenso erforderlich bei parallel zu einer laufenden Bestrahlung durchgeführter medikamentöser onkologischer Therapie („Radiochemotherapie“) aufgrund erhöhter Morbidität solcher Erkrankter</li> <li>• Hospitalisierung ebenso erforderlich bei stationärer Durchführung bzw. Planung der Strahlentherapie bei intensiver hyperfraktioniert-akzelerierter Radiotherapie, bei komplexer Teletherapie mit Dosisescalationen sowie gegebenenfalls bei Planungsprozessen mit spezieller Vorbereitung unter stationären Bedingungen</li> <li>• Stationäre Versorgung weiters für die Behandlung akuter bzw. subakuter Nebenwirkungen, von Spätfolgen im Rahmen der Radiotherapie sowie für die Vorbereitung der operativen Radiotherapie im Rahmen von brachytherapeutischen Eingriffen</li> <li>• Stationäre Betreuung oftmals bedingt bei tumorspezifische Morbidität bei Palliativpatientinnen/-patienten in deutlich reduziertem Gesundheitszustand bzw. mit behandlungsbedürftigen Symptomen (tumorbedingte Schmerzen, Hirntumoren, Hirnmetastasen, ossäre Metastasen, ulzerierende Tumoren, inzipiente Querschnittssyndrome, obere und untere Einflusstauung), ebenso bei allfällig schweren allgemeinen Komplikationen sowie bei Behandlung interkurrenter Erkrankungen</li> </ul>
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bettenstation mit rasch erreichbarer räumlicher Anbindung zu Strahlentherapiegeräten</li> <li>• Angaben zu Planung und Personal in Zusammenhang mit entsprechenden Angaben zu Hochvolttherapiegeräten (siehe Kap. 2.7.4)</li> </ul>
<b>Planung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung des Zugriffs auf 10 - 15 Betten in der jeweiligen KA pro Hochvolttherapiegerät (bezogen auf eine Schicht pro Gerät)</li> </ul>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal (zusätzlich 1 Stationsärztin/-arzt)</li> <li>• DGKP</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Psychoonkologie</li> <li>• Diätologie verfügbar</li> <li>• Sozialarbeit verfügbar</li> </ul> <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitung: FÄ/FA für Strahlentherapie-Radioonkologie</li> <li>• Ärztliches Personal: FÄ/FA für Strahlentherapie-Radioonkologie; Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin; Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung zum FA für Strahlentherapie-Radioonkologie oder in Ausbildung für Allgemeinmedizin</li> <li>• DGKP mit Fortbildung für onkologische Pflege (Strahlentherapie) bzw. Palliativpflege, Wundmanagement, Gesprächsführung und best supportive care</li> <li>• Stationsleitung (Pflege): DGKP mit Fortbildung in basalem und mittlerem Management und in der onkologischen Pflege</li> </ul>
<b>Infrastruktur</b>	<p><i>Technisch-apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusomaten, Perfusoren, Inhalatoren, Pulsoximeter und EKG-Gerät, EKG-Monitor auf der Station</li> <li>• Sauger-Standgeräte, Notfallkoffer, Wärmegeräte für Transfusionen</li> <li>• Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen: Verfügbar</li> </ul>

## 2.4 Spezielle Versorgungseinrichtungen im Normalpflegebereich

### 2.4.1 Psychosomatik - Erwachsene (PSO-E)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiprofessionelle psychosomatisch-psychotherapeutische Kurzinterventionen und Therapie</li> <li>• Erwachsene Patientinnen und Patienten mit somatischem Behandlungsbedarf und hohen psychosozialen Belastungen bzw. hoher psychischer Komorbidität. Ausgenommen klassische psychiatrische Erkrankungen.</li> </ul>
<b>Versorgungs- strukturen</b>	<p>Abgestuftes Versorgungsangebot</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PSO-Konsiliar- und Liaisondienste</b></li> <li>• <b>Departments für PSO-E inklusive Tagesklinik und Ambulanz</b></li> </ul> <p>Departments für PSO-E: vorrangig in Krankenanstalten mit breiter Fächerstruktur und zwar im Rahmen von Fachabteilungen für PSY bzw. in Fächern mit hohem Anteil an Patientinnen und Patienten mit psychischer Komorbidität (z. B. IM, DER, GGH)</p> <p><b>Mindestgröße</b> Department für PSO-E: <b>12 Betten.</b></p>
<b>Planung</b>	<p>Einrichtung von Betten entsprechend Tabelle „Planungsrichtwerte“ in Kap. 1.2 ausschließlich durch spezielle Widmung bereits vorhandener Akutbetten.</p> <p>Bis zum Jahr 2010 PSO-Departments für Erwachsene einzurichten. PSO-Konsiliar- und Liaisondienste in jedem Krankenhaus. Bei regionalen Planungen extramurale Strukturen zu berücksichtigen.</p>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal, Psychotherapeuten, klinische Psychologen</li> <li>• Dipl. Pflegepersonal</li> <li>• Ergo-, Physiotherapeuten und weitere Therapeuten</li> <li>• Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen</li> <li>• PSO-Liaison- und Konsiliardienst: Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/-therapeutinnen, klinische Psychologen/Psychologinnen</li> </ul> <p>Anm.: Personalkennzahlen pro Berufsgruppe aufgrund der Erfahrungen beim Aufbau der PSO-E noch festzulegen.</p> <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitung: Facharzt/-ärztin des jeweiligen Faches, mindestens zwei Jahre hauptberufliche Tätigkeit in der PSO-E-Behandlung, abgeschlossene Psychotherapieausbildung oder PSY-III-Diplom der ÖÄK</li> <li>• Stellvertretende Leitung: Facharzt/-ärztin des jeweiligen Faches in Psychotherapieausbildung oder in Ausbildung zum PSY-III-Diplom der ÖÄK</li> <li>• Weitere Ärzte/Ärztinnen: Ärzte/Ärztinnen (in Ausbildung) in Psychotherapieausbildung oder in Ausbildung zum PSY-II-Diplom</li> <li>• Konsiliarärzte/-ärztinnen: PSY-II-Diplom der ÖÄK. In Departments für PSO-E innerhalb von somatischen Abteilungen: Fachärzte/-ärztin für Psychiatrie. In Departments für PSO-E innerhalb von psychiatrischen Abteilungen: Fachärzte/Fachärztinnen einschlägiger somatischer Fächer (z. B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin)</li> <li>• Diplomierte Pflegepersonen: nach Möglichkeit PSO-Weiterbildung</li> </ul>
<b>Leistungsangebote</b>	<p><u>Vor der Aufnahme in stationäre oder tagesklinische Behandlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikationsstellung für die Behandlung</li> <li>• Motivationsarbeit und psychosomatische Beratung</li> <li>• Orientierungsgespräche in Bezug auf die nachstationäre Behandlung und Betreuung</li> </ul> <p><u>Von der Aufnahme bis zur Entlassung in die bzw. aus der stationären oder tagesklinischen Behandlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umfassendes Assessment (Aufnahmegespräch; somatische, psychiatrische, klinisch-psychologische und psychotherapeutische Diagnostik, Abklären des sozialen Umfeldes der Patientin/des Patienten)</li> <li>• Erstellung eines Behandlungsplanes und Evaluierung der Therapieerfolge</li> <li>• Multiprofessionelle Behandlung (fachärztliche Behandlung, spezielle psychosomatisch-psychotherapeutische Programme, Klinische Psychologie, übende, supportive oder erlebnisaktivierende Verfahren, Ergo- und Physiotherapie, Sozialarbeit, Krisenintervention)</li> <li>• Angehörigenarbeit</li> <li>• Entlassungsvorbereitung und Sicherung der nahtlosen poststationären Weiterbehandlung</li> </ul> <p><u>Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tagesklinische Behandlung bei entsprechender Indikation</li> </ul> <p><u>Weitere Leistungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PSO Ambulanz</li> <li>• PSO Konsiliar- und Liaisondienst</li> </ul>

## 2.4.2 Psychosomatik - Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSO-KJ)

Definitionen, Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiprofessionelle psychosomatisch-psychotherapeutische Kurzinterventionen und Therapie</li> <li>• Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit somatischem Behandlungsbedarf und hohen psychosozialen Belastungen bzw. hoher psychischer Komorbidität. Ausgenommen klassische psychiatrische Erkrankungen.</li> </ul>
Versorgungsstrukturen	<p>Abgestuftes Versorgungsangebot für alle Altersstufen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Departments für PSO-KJ</b> inklusive <b>Tagesklinik und Ambulanz</b></li> <li>• <b>PSO-KJ-Schwerpunkte</b> inklusive <b>Ambulanz</b></li> <li>• <b>PSO-Konsiliar- und Liaisondienste</b></li> </ul> <p>PSO-Departments: in Abteilungen für KI bzw. für KJP. PSO-Schwerpunkte: vorrangig in Abteilungen für KI.  <b>Mindestgröße</b> Department für PSO: <b>12 Betten</b>, PSO-Schwerpunkt: <b>6 Betten</b>.</p>
Planung	<p>Einrichtung von Betten entsprechend Tabelle „Planungsrichtwerte“ in Kap. 1.2 ausschließlich durch spezielle Widmung bereits vorhandener Akutbetten.</p> <p>Bis zum Jahr 2010 Departments für PSO-KJ und/oder PSO-KJ-Schwerpunkte einzurichten. Erprobung und Evaluierung der PSO-Schwerpunkte im Rahmen von Pilotprojekten.</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Leitung (Department) bzw. leitende Funktion: Oberärztin/-arzt (Schwerpunkt)</li> <li>• Stellvertretung der ärztlichen Leitung (nur Department) und weitere Ärztinnen/Ärzte</li> <li>• Konsiliarärztinnen/-ärzte</li> <li>• Psychotherapeuten, klinische Psychologen (Dep.:50:50)</li> <li>• Dipl. Pflegepersonal</li> <li>• Pädagogen/Pädagoginnen</li> <li>• Ergo-, Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden</li> <li>• Weitere Therapeuten/Therapeutinnen (Kunst-, Musiktherapie, etc.)</li> <li>• Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen</li> <li>• PSO-Liaison- und Konsiliardienst:</li> <li>• PSO-Ambulanz:</li> </ul> <p>Anm.: Personalkennzahlen pro Berufsgruppe aufgrund der Erfahrungen beim Aufbau der PSO-E noch festzulegen.</p> <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Leitung (Department) bzw. leitende Funktion (Schwerpunkt): Facharzt für KI in Abteilungen für KI, Facharzt mit Additivfach KJNP bzw. Facharzt für KJP in Abteilungen für KJ(N)P, mindestens ein Jahr hauptamtliche Tätigkeit in der PSO-Behandlung von Kindern und Jugendlichen, abgeschlossene Psychotherapieausbildung oder PSY-III-Diplom der ÖÄK</li> <li>• Stellvertretende Leitung (Department): Facharzt für KI in Abteilungen für KJ(N)P, Facharzt mit Additivfach KJNP bzw. Facharzt für KJP in Abteilungen für KI, Psychotherapieausbildung (auch laufend) bzw. PSY-III-Diplom der ÖÄK (abgeschlossene oder laufende Ausbildung)</li> <li>• Liaisonärztin/-arzt (Schwerpunkt): Facharzt mit Additivfach KJNP bzw. Facharzt für KJP in Abteilungen für KI, Facharzt für KI in Abteilungen für KJ(N)P.</li> <li>• Weitere Ärzte: Ärzte/Ärztinnen (in Ausbildung), für Facharztausbildung Kooperation der KI- und KJ(N)P-Abteilungen erforderlich</li> <li>• Klinische Psychologie: mindestens ein klinischer Psychologe/eine klinische Psychologin mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung</li> <li>• Psychotherapeuten und/oder klinische Psychologen: Erfahrung in der Kinder- und Jugendlichentherapie</li> <li>• Diplomierte Pflegepersonen: im Department auch Kinder- und Jugendlichenpflege sowie psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, nach Möglichkeit PSO-Weiterbildung</li> </ul>
Leistungsangebote	<p>Indikationsstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivationsarbeit und Beratung</li> <li>• Orientierungsgespräche in Bezug auf die nachstationäre Behandlung und Betreuung</li> <li>• Assessment (im <u>Schwerpunkt</u> eingeschränkt auf PSO Untersuchung durch den Spezialisten unter Einbeziehung des Teams, Familiendiagnostik und Erhebungen zum sozialen Umfeld; im <u>Department</u> umfassendes Assessment durch alle Berufsgruppen des multidisziplinären Teams in interdisziplinärer Abstimmung)</li> <li>• Erstellung eines Behandlungs- und Betreuungsplanes und Evaluierung der Therapieerfolge (<u>nur</u> Department)</li> <li>• Multiprofessionelle Behandlung (im <u>Schwerpunkt</u> und im <u>Department</u>: fachärztliche Behandlung, Klinische Psychologie, Ergo- und Physiotherapie, Logopädie, Sozialarbeit, Krisenintervention, Zugang zu altersspezifischem Schulunterricht; Entlassungsvorbereitung. Psychotherapeutische Behandlung im <u>Schwerpunkt</u> eingeschränkt auf individuelle supportive und fokussierte Psychotherapie; Im <u>Department</u> spezielle PSO-psychotherapeutische Programme in verschiedenen Settings, Eltern-Kind-Therapie, Kreativitäts- und Körpertherapie; tagesstrukturierende, milieutherapeutische Behandlung, therapeutisch indizierte Wochenendausgänge, Tag- und Nachtausgang)</li> <li>• PSO-Ambulanz</li> <li>• Tagesklinische Behandlung bei entsprechender Indikation (Department)</li> <li>• PSO-Konsiliar- und Liaisondienst (nur in Krankenanstalten mit Department oder Schwerpunkt für PSO-KJ und/oder mit entsprechend großen Abteilungen für KI vorzuhalten)</li> </ul>

## 2.4.3 Neurologische Akut-Nachbehandlung (NEU-ANB)

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

## 2.4.4 Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p><i>Definition</i></p> <p>Fächerübergreifende Primärversorgung direkt aufgenommener geriatrischer Patientinnen und Patienten sowie Weiterführung der Behandlung akutkranker geriatrischer Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen (Fachbereichen) durch geriatrisch qualifiziertes, interdisziplinäres Team und durch multidimensionales Behandlungs- und Betreuungsangebot (unter Beachtung medizinischer, funktioneller, psychischer, kognitiver und sozialer Aspekte der Erkrankungen geriatrischer Patientinnen und Patienten).</p> <p><i>Ziele</i></p> <p>Behandlung der akuten Erkrankung, Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung, Vermeidung weiterer Funktionsverluste, Erhöhung der Lebensqualität und Reintegration der Patientin bzw. des Patienten in das gewohnte Umfeld; bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die AG/R-Versorgung Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit.</p> <p><i>Zielgruppen</i></p> <p>Geriatrische Patientinnen und Patienten mit folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatische oder psychische Multimorbidität, die stationäre Akutbehandlung erforderlich macht</li> <li>• Einschränkung oder Bedrohung der Selbstständigkeit durch Verlust funktioneller und ggf. kognitiver Fähigkeiten oder durch psychische Probleme im Rahmen einer Erkrankung</li> <li>• Bedarf nach funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen</li> </ul>
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<p><i>Bettenführende Einheiten</i></p> <p>Abteilung oder Department im Rahmen der Fächer Innere Medizin oder Neurologie (Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten dieser oder anderer Fachrichtungen); Leitung von AG/R-Einheiten vorrangig durch Fachärztinnen/ Fachärzte für Innere Medizin oder für Neurologie.</p> <p><i>Größe</i></p> <p>Grundsätzlich mindestens 24 Betten, in Abhängigkeit von den regionalen Bedingungen (im städtischen Raum größere Einheiten, im ländlichen Raum zur Wahrung der Wohnortnähe kleinere Einheiten).</p>
<b>Planung</b>	<p><b>AG/R-Einheiten</b></p> <p><i>Methoden der Bettenbedarfsschätzung</i></p> <p>Ermittlung des AG/R-Bettenbedarfs unter Berücksichtigung des derzeit beobachteten Anteils an betagten stationären Patientinnen und Patienten (<math>\geq 65</math> Jahre) sowie deren derzeitiger Belagsdauer (ab 24 Tage), weiters basierend auf Annahmen in Bezug auf Rehabilitationsquote (60 %) und durchschnittliche Belagsdauer in der AG/R (28 Tage) sowie auf einer Soll-Auslastung von 90 %.</p> <p><i>Bettenbedarf</i></p> <p>Österreichweit rund 3.400 Betten im Jahr 2005, bis 2010 Anstieg dieses Bedarfs auf rund 3.700 Betten; zum daraus abgeleiteten Bettenmessziffern-Intervall zur AG/R im Jahr 2010 vgl. Tabelle mit Planungsrichtwerten in Kap.1.2.</p> <p><i>Planungsziele bis 2010</i></p> <p>Herstellung eines Bettenangebots entsprechend Tabelle „Planungsrichtwerte“ in Kap. 1.2 an etwa 60 Standorten; Berücksichtigung der bisher gesammelten Erfahrungen mit der Realisierung der AG/R-Strukturen in der weiteren Planung der AG/R im Zeitraum ab 2006.</p>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><i>Personalausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärzte (Tagdienst)</li> <li>• Gesundheits- und Krankenpflegepersonen</li> <li>• Therapeuten (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, weitere nach Bedarf)</li> <li>• Sozialarbeiter</li> <li>• Klin. Psychologen mit Psychotherapieausbildung bzw. Psychotherapeuten</li> </ul> <p>Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die AG/R-Einheit zugeordnet ist.</p> <p><i>Qualifikation</i></p> <p><b>Ärztliches Personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitung vorrangig durch Facharzt für Innere Medizin oder für Neurologie mit             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Geriatrie-Diplom der Österreichischen Ärztekammer oder</li> <li>– vergleichbarem ausländischen Diplom oder</li> <li>– mehrjähriger Tätigkeit in einer geriatrischen Institution bzw.</li> <li>– zukünftig (sofern eingerichtet): mit Additivfach für Geriatrie.</li> </ul> </li> <li>• Bei Abteilung: Zumindest ein zweiter Arzt muss über die Qualifikation der Leitung verfügen.</li> </ul> <p><b>Pflegepersonal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitendes Pflegepersonal:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Absolvierte Weiterbildung in der Pflege von alten Menschen und chronisch Kranken oder vergleichbare Ausbildung und</li> <li>– absolvierte Weiterbildung in reaktivierender Pflege und</li> <li>– Praxis in geriatrischen Einrichtungen.</li> </ul> </li> <li>• Übriges Pflegepersonal:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zumindest eine einschlägige Fortbildung (reaktivierende Pflege, Bobath, Validation, basale Stimulation und andere) oder</li> <li>– dreimonatige Praxis in reaktivierender Pflege in geriatrischen Einrichtungen.</li> </ul> </li> </ul>

## Fortsetzung Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)

<b>Infrastruktur</b>	<p><i>Technik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG, Langzeit-EKG und EKG-Monitoring an der Abteilung verfügbar</li> <li>• Notfallausrüstung für Reanimation (inkl. Defibrillator); Pulsoximetrie auf der AG/R verfügbar</li> <li>• Langzeit-Blutdruckmessung an der Abteilung verfügbar</li> <li>• Sonographie und Echokardiographie (M-Mode, 2 D-Code und Doppler) im Haus verfügbar</li> <li>• Sauerstoff-Versorgung, Infusomaten und Perfusoren auf der AG/R verfügbar</li> <li>• Zugriff rund um die Uhr auf Standardlaborleistungen, bildgebende Diagnostik, endoskopische Diagnostik (auch durch Kooperation)</li> </ul> <p><i>Räume</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• behindertenfreundliche Gestaltung</li> <li>• Ergotherapie- und Physiotherapie-räume, multifunktionell nutzbar</li> <li>• Räume für soziale Aktivitäten (Aufenthaltsraum, Speiseraum), multifunktionell nutzbar</li> <li>• Untersuchungsraum, geeignet für die Durchführung des geriatrischen Assessments</li> <li>• Behandlungsräume</li> <li>• Übungsbad, sofern das Stationsbad nicht für Trainingszwecke verwendbar ist</li> <li>• Übungsküche, sofern diese nicht einfach erreichbar ist             <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Neu- und Umbauten: ausgewogenes Verhältnis von Einbett-, Zweibett- und Vierbettzimmern, jeweils mit Nasszelle</li> </ul> </li> </ul>
<b>Leistungsangebote</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begutachtung der von anderen Abteilungen oder Krankenanstalten zugewiesenen Patienten vor Aufnahme</li> <li>• Geriatrische Akutdiagnostik und nach Prioritäten geordnete medizinische Behandlung</li> <li>• Geriatrisches Assessment</li> <li>• Wöchentliche Evaluierung von Therapieerfolgen und Behandlungsplanung</li> <li>• Funktionsverbessernde, funktionserhaltende und reintegrierende therapeutische Maßnahmen</li> <li>• Reaktivierende Pflege</li> <li>• Psychologische/psychotherapeutische Betreuung</li> <li>• Sozialarbeiterische Betreuung</li> <li>• Angehörigenarbeit</li> <li>• Entlassungsplanung (bei Bedarf mit diagnostischem Hausbesuch)</li> <li>• Geriatrisches Entlassungsassessment</li> <li>• Interdisziplinär geführte Dokumentation</li> <li>• Tagesklinische Behandlung</li> <li>• Konsiliartätigkeit</li> <li>• Geriatrische Spezialambulanz</li> <li>• nach Möglichkeit: Überleitungs- und pflegerische Weiterbetreuung zu Hause)</li> </ul> <p>Für die Beschreibung der Leistungen vgl. ÖBIG (2002): Akutgeriatrie/Remobilisation in österreichischen Krankenanstalten.</p>
<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtung eigener Kostenstelle mit speziellem Funktionscode (Differenzierung zwischen AG/R und RNS).</li> </ul>

### 2.4.5 Remobilisation/Nachsorge (RNS)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p><i>Definition</i></p> <p>Abgestufte Form der Akutversorgung zur fächerübergreifenden Weiterführung der Behandlung akutkranker Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen (Fachbereichen), unabhängig von deren Alter, vorzugsweise in größeren Krankenanstalten mit breiter Fächerstruktur; beinhaltend Diagnostik und Therapie in eingeschränktem Umfang sowie Leistungen zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung.</p> <p><i>Ziele</i></p> <p>Einrichtung eines Bindeglieds zwischen primärer Akutversorgung und Rehabilitation bzw. ambulanter Weiterbehandlung zur Entlastung der Krankenanstalten im Bereich der primären Akutversorgung; Frühremobilisation von Patientinnen und Patienten, die entsprechend ihres Krankheitsbildes über die durchschnittliche Belagsdauer in der primären Akutversorgung hinausgehend einer ärztlichen, pflegerischen bzw. therapeutischen Versorgung benötigen; bei intendierter Rehabilitation im Anschluss an die RNS-Versorgung Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit.</p> <p><i>Zielgruppen</i></p> <p>Vorwiegend Patientinnen und Patienten (höheren Lebensalters) mit erhöhter Belagsdauer im Akutkrankenhaus mit Bedarf an abgestufter Akutversorgung bzw. an Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung, insbesondere mit Indikationen wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zustand nach orthopädischen, unfallchirurgischen bzw. neurochirurgischen Eingriffen mit Funktionseinbußen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats</li> <li>• chronisch therapieresistenten Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats bzw. Schmerzzuständen</li> <li>• internistischen Erkrankungen mit längerer Rekonvaleszenzdauer (z. B. Pneumonie).</li> </ul>
----------------------------------	---

## Fortsetzung Remobilisation/Nachsorge (RNS)

Versorgungsstrukturen	<p><i>Bettenführende Einheiten</i></p> <p>Interdisziplinäre bettenführende Einheit, vorzugsweise in Form eines Departments im Rahmen einer Abteilung für IM, OR oder UC (Einrichtung der RNS durch Umwidmung von Akutbetten dieser oder anderer Fachrichtungen); Leitung von RNS-Einheiten vorrangig durch Fachärztinnen/Fachärzte für IM oder durch Fachärztinnen/Fachärzte für PMR in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der zu versorgenden Patientengruppen; bettenführende Einheit im Anschluss an bzw. disloziert im Verbund mit größeren Krankenanstalten mit breiter Fächerstruktur; maximale Belagsdauer: 28 Tage.</p> <p><i>Größe</i></p> <p>Grundsätzlich mindestens 24 Betten, in Abhängigkeit von den regionalen Bedingungen (im städtischen Raum größere Einheiten, im ländlichen Raum zur Wahrung der Wohnortnähe kleinere Einheiten).</p>
Planung	<p><i>Bettenbedarf</i></p> <p>Erstellung einer Bedarfsschätzung nach Vorliegen konkreter Erfahrungen (abzuleiten aus evaluierten Pilotprojekten zur RNS); im Zuge der Planung und Einrichtung von RNS-Strukturen Berücksichtigung der Erfahrungen mit der bisherigen Realisierung solcher Strukturen.</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Personalausstattung</i> <span style="float: right;"><i>Vollzeitäquivalent zu Betten</i></span></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztinnen/Ärzte</li> <li>• Gesundheits- und Krankenpflegepersonen</li> <li>• Funktionelle Therapeutinnen/Therapeuten</li> <li>• Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, weitere nach Bedarf)</li> </ul> <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitung durch Fachärztin/-arzt (vorrangig durch Fachärztin/-arzt für IM oder durch Fachärztin/-arzt für PMR in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der zu versorgenden Patientengruppen; ärztliches Personal: FÄ für IM bzw. ärztliches Personal in Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für IM (jedenfalls aber Ärztinnen/Ärzte mit jus practicandi)</li> <li>• Gesundheits- und Krankenpflegepersonen: Anteil an diplomierten DGKP <math>\geq 70\%</math></li> <li>• Sonstige: Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter mit Erfahrung im Nahtstellenmanagement.</li> </ul> <p>1-2 x pro Woche Konsiliarvisite durch zuweisende Abteilung bzw. durch zuweisenden Fachbereich.</p>
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raumangebot für aktivierende Pflege und therapeutische Maßnahmen</li> <li>• Pflegerische Betreuung rund um die Uhr</li> <li>• Ärztlicher Nachtdienst gemäß KAKuG.</li> </ul>
Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Geriatrisches) Assessment</li> <li>• Mobilisation der Patientinnen und Patienten</li> <li>• Entlassungsplanung und Vorbereitung der Entlassung</li> <li>• Basisausstattung für Labor- und Röntgendiagnostik in der KA verfügbar oder in Kooperation;</li> <li>• Therapeutisches Leistungsangebot im Bereich PMR: Physiotherapie, Hydrotherapie, Massagen, Ergotherapie, Entspannungsverfahren</li> <li>• Leistungsangebot im Bereich Sozialberatung / Prävention: Sozialberatung und Kompetenztraining, psychologische Beratung und Betreuung, Diätberatung, Ernährungslehre</li> </ul>
Sontiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtung eigener Kostenstelle mit speziellem Funktionscode (Differenzierung zwischen AG/R und RNS).</li> <li>• RNS-Einheiten nur im Rahmen von der Landes-Gesundheitsplattform zu beschließenden, der Bundesgesundheitskommission anzuzeigenden und zu evaluierenden <b>Pilotprojekten</b> zulässig (Evaluierungsergebnisse der Bundesgesundheitskommission bekannt zu geben).</li> </ul>

### 2.4.6 Palliativmedizin (PAL)

Definitionen, Zielgruppen	<p>Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Personen.</p> <p><b>Ziele:</b> Erhöhung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten sowie deren Entlassung in die vertraute Umgebung (dazu entsprechendes Betreuungsangebot außerhalb des stationären Akutbereiches und Vernetzung dieser Angebote erforderlich).</p> <p><b>Zielgruppe:</b> Patientinnen und Patienten mit nicht heilbaren, progredienten Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung, die an starken Schmerzen, psychischen Beschwerden oder Begleitsymptomen (wie z. B. Übelkeit, Appetitlosigkeit oder Atemnot) leiden, sowie ihre Angehörigen.</p> <p><b>Inhalte:</b> Symptomkontrolle (Linderung von Krankheitssymptomen, v. a. von Schmerzen) und psychosoziale Betreuung (sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für deren Angehörige).</p>
Versorgungsstrukturen	<p>Behandlung und Betreuung durch palliativmedizinisch qualifiziertes, interdisziplinär zusammengesetztes Team, das neben den körperlichen auch die seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigt; Einbeziehung ehrenamtlicher Mitarbeiter/-innen in die Betreuungstätigkeit.</p> <p>Palliativstationen mit acht bis 14 Betten; darüber hinaus in Abhängigkeit von regionalen Bedingungen auch Palliativbereiche mit weniger als acht Betten möglich.</p>

## Fortsetzung Palliativmedizin (PAL)

Planung	<p>Bedarfsschätzung nach internationalen Erfahrungswerten: 50 Betten in palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen je Million Einwohner (dementsprechend rund 400 Betten für Österreich)</p> <p>Palliativmedizinische Strukturen vorzugsweise als Stationen (Palliativstationen) im Rahmen bestehender Fachabteilungen mit acht bis 14 Betten innerhalb von bzw. im Verbund mit Akutkrankenanstalten mit einem Einzugsbereich von mindestens 200.000 Einwohnern einzurichten (Betten zu schaffen durch Umwidmung von in anderen Bereichen nicht mehr erforderlichen Akutbetten)</p> <p>Palliativmedizinische Strukturen nicht als Teil einer bestimmten medizinischen Disziplin definiert, sondern organisatorisch in eine Abteilung einzugliedern, in der palliativmedizinische Ansätze vertreten werden.</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><b>Berufsgruppe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztinnen/Ärzte (Tagdienst)</li> <li>• Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal</li> <li>• Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeit</li> <li>• Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/-päd., Diätassistentinnen/-assistenten <span style="float: right;">verfügbar</span></li> <li>• Seelsorge verschiedener Konfessionen <span style="float: right;">verfügbar</span></li> <li>• ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson <span style="float: right;">verfügbar</span></li> </ul> <p>Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die PAL-Einheit zugeordnet ist.</p> <p><b>Ärztliches Personal:</b> Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin</p> <p><b>Pflegepersonal:</b> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care</p>
Infrastruktur	<p><b>Technische Ausstattung</b></p> <p><i>In den Patientenzimmern:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sauerstoffanschluss</li> <li>• Vakuum</li> </ul> <p><i>Auf der Station:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzpumpen</li> <li>• Perfusoren und Infusomaten</li> <li>• fahrbarer Badewannenlift</li> <li>• Patientenheber</li> <li>• Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen: bedarfsgerechte Vorhaltung</li> </ul> <p><b>Räumliche Ausstattung</b></p> <p><i>Station:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche</li> <li>• 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle</li> <li>• Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige</li> <li>• Stationsbad</li> <li>• Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar</li> <li>• Räumlichkeiten für soziale Aktivitäten, multifunktionell nutzbar</li> </ul> <p><i>Im Haus verfügbar:</i> Therapieraum</p>
Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation mit Zuweisenden bzw. Betreuenden</li> <li>• Erstgespräch mit Patienten und Angehörigen vor der Aufnahme</li> <li>• Anamnese/Status</li> <li>• Erstellen von Symptomdiagnosen (z. B. Schmerzdiagnose)</li> <li>• Qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle</li> <li>• Adäquate erforderliche Diagnostik</li> <li>• Behandlung interkurrenter Erkrankungen</li> <li>• Patientenorientierte, ganzheitliche Pflege (Bezugspflege)</li> <li>• Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen</li> <li>• Ernährungstherapeutische Maßnahmen</li> <li>• Psychotherapeutische Betreuung des Patienten</li> <li>• Psychosoziale Betreuung und Krisenintervention bei Patient und Angehörigen</li> <li>• Spirituelle Betreuung</li> <li>• Betreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter</li> <li>• Planung und Ermöglichung von Ausgängen, Heimausflügen</li> <li>• Miteinbeziehung und Mitbetreuung der Angehörigen</li> <li>• Abklärung der Betreuungssituation nach der Entlassung</li> <li>• Entlassungsvorbereitung</li> <li>• Koordinierte Entlassung</li> <li>• Ggf. Verabschiedung des Verstorbenen</li> <li>• Trauerbegleitung der Angehörigen</li> </ul>

## Fortsetzung Palliativmedizin (PAL)

<b>Leistungs- angebote</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontakt mit Patienten und Angehörigen nach der Entlassung</li><li>• Kooperation mit Weiterbetreuenden</li><li>• Telefonische Beratung von Ärzten und sozialen Diensten, die Palliativpatienten betreuen</li><li>• Konsiliardienst im Haus bzw. gegebenenfalls in anderen Krankenhäusern</li><li>• Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildung</li><li>• Fakultativ: Ambulanz, Tagesklinik</li></ul>
--------------------------------	--

## 2.5 Referenzzentren

Referenzzentren (RFZ) sind spezialisierte Strukturen von regionaler und überregionaler Bedeutung grundsätzlich innerhalb von Krankenanstalten auf Ebene der Schwerpunktversorgung bzw. der Zentralversorgung, in denen die Erbringung komplexer medizinischer Leistungen gebündelt wird. Komplexe medizinische Leistungen sind aufwändige, kostenintensive Leistungen, die besondere Ausstattung und Qualifikationen erfordern und auf spezielle Indikationsbereiche abzielen. In den RFZ erfolgt die spezialisierte Diagnostik und Therapie im jeweiligen medizinischen Leistungsbereich, daher ist die Erbringung bestimmter MEL auf RFZ eingeschränkt (vgl. Leistungsmatrix im Kap. 2.8). Die Basisdiagnostik/-therapie sowie die Weiterführung einer Behandlung kann auch außerhalb von RFZ erfolgen, die Weiterführung der Behandlung jedoch jedenfalls in kontinuierlicher Abstimmung mit dem jeweiligen RFZ. Die Festlegung der Standorte für RFZ erfolgt im Rahmen der regionalen Detailplanungen auf Basis der überregionalen Planungen.

### 2.5.1 Herzchirurgie (HCH)

Definitionen, Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spezialgebiet der Chirurgie zur Durchführung operativer Eingriffe am Herzen und an herznahen Gefäßen.</li> </ul>
Planung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anhaltszahl zum Bedarf: 1.000 herzchirurgische Eingriffen pro einer Million EW</li> <li>Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus (betreffend Anzahl der Standorte) durch RFZ für HCH</li> </ul>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durchführung einer herzchirurgischen Operation durch zumindest eine Fachärztin/einen Facharzt gemeinsam mit zwei Assistenzärztinnen/Assistenzärzten</li> <li>FÄ für AN: jederzeitige Verfügbarkeit sicherzustellen</li> <li>Zusätzlich am Tage zumindest eine Assistenzärztin/ein Assistenzarzt für die Betreuung der Intensivbehandlungseinheit und eine weitere Assistenzärztin/ein weiterer Assistenzarzt für die Betreuung der Bettenstation; Betreuung der Intensivbehandlungseinheit alternativ auch von einer Fachärztin/einem Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin.</li> <li>In der Nacht zumindest eine Assistenzärztin/ein Assistenzarzt für die Betreuung der Intensivbehandlungseinheit und der Bettenstation, zusätzlich eine Fachärztin/ein Facharzt in Rufbereitschaft</li> <li>Sicherstellung der Möglichkeit zur Leistungserbringung rund um die Uhr.</li> </ul> <p><i>Qualifikation des ärztlichen Personals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fachärztin/Facharzt: Fachärztin/Facharzt für Chirurgie mit dem Additivfach Herzchirurgie bzw. mit einer dem Additivfach entsprechenden Anzahl an durchgeführten Operationen</li> <li>Assistenzärztin/Assistenzarzt: Fachärztin/Facharzt für Chirurgie in Ausbildung.</li> </ul>
Infrastruktur	<p><i>OP-Einheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bei herzchirurgischen Operationen unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine: Eine HLM in Reserve.</li> </ul> <p><i>Intensivbehandlungseinheit</i></p> <p>Für 800 herzchirurgische Operationen pro Jahr mindestens 8 Intensiv- und 4 Intermediate-Care-Betten in KA verfügbar</p> <p><i>Apparative Ausstattung in der Krankenanstalt täglich rund um die Uhr verfügbar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Blutdepot oder transfusionsmedizinische Einrichtung</li> <li>Transtorakale und transoesophagiale Echokardiographie</li> <li>Koronarangiographie</li> <li>Notfalllabor (Bestimmung der Blutgerinnung, Elektrolytbestimmung, Leberfermente)</li> </ul>

#### Fortsetzung Herzchirurgie (HCH)

Infrastruktur	<p><i>Apparative Ausstattung in der Krankenanstalt verfügbar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stressechokardiographie</li> <li>Einschwemmkatheter</li> <li>Elektrophysiologische Untersuchungen</li> <li>PM- und AICD-spezifische Vermessungs- und Programmierungsmöglichkeiten</li> </ul> <p><i>Apparative Ausstattung nur in Herztransplantationszentren verfügbar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intravaskuläre Sonographie</li> </ul>
Sons-tiges	<p><i>Register</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B.: Herzchirurgie-Register).</li> </ul>

## 2.5.2 Thoraxchirurgie (TCH)

Definitionen, Zielgruppen	Spezialgebiet/Zusatzfach der Chirurgie zur Durchführung von Eingriffen im Brustraum.
Pla- nung	<i>Referenzzentren für TCH</i> Mindestreichbarkeit: 90 Minuten. Mindesteinzugsbereich: 300.000 Einwohner.
Personalausstattung und -qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens zwei vollzeitbeschäftigte Additiv-Fachärztinnen/-ärzte für TCH</li> <li>• Mindestens ein Ausbildungsplatz für Additiv-Fachärztinnen/-ärzte für TCH</li> </ul>
Infra- struktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhaltung einer Intensivbehandlungseinheit in der KA</li> </ul>

## 2.5.3 Gefäßchirurgie (GCH)

Definitionen, Zielgruppen	Spezialgebiet/Zusatzfach der Chirurgie zur Durchführung operativ-instrumenteller (z. T. mikrochirurgischer) Verfahren zur Wiederherstellung v. a. erkrankter oder verletzter Blut- oder Lymphgefäße.
Pla- nung	<i>Referenzzentren für GCH</i> Mindestreichbarkeit: 45 Minuten. Mindesteinzugsbereich: 150.000 Einwohner.
Personalausstattung und -qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens zwei vollzeitbeschäftigte Additiv-Fachärztinnen/-ärzte für GCH</li> <li>• Mindestens ein Ausbildungsplatz für Additiv-Fachärztinnen/-ärzte für GCH</li> </ul>
Infra- struktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhaltung einer Intensivbehandlungseinheit in der KA</li> </ul>

## 2.5.4 Transplantationschirurgie (TXC)

### Herztransplantation (HTX)

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

## Lebertransplantation (LTX)

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

## Lungentransplantation (LuTX)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p><i>Definition</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LuTX als Therapieform bei Lungenerkrankungen im Endstadium zur Ermöglichung des Überlebens der Patientinnen und Patienten</li> </ul> <p><i>Primäre Indikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parenchymalen Lungenerkrankungen: vor allem chronisch obstruktive Lungenerkrankung bzw. Emphysem</li> <li>• Vaskulären Lungenerkrankungen: vor allem Patientinnen/Patienten mit primärer pulmonaler Hypertension, aber auch mit sekundären Formen der pulmonalen Hypertension</li> </ul>																														
<b>Planung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch restriktiv gehandhabte Wartelistenführung Beibehaltung des Bedarfs an LuTX erwartbar</li> <li>• Limitierung der Leistungsfrequenz aufgrund der Anzahl an Spenderorganen</li> <li>• Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch RFZ für TXC (LuTX)</li> </ul>																														
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><i>Ärztliches Personal</i></th> <th style="text-align: right;"><i>Anzahl</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• FÄ für CH, die eigenverantwortlich Lungentransplantationen (Implantation und Explantation) durchführen können:</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>• FÄ für AN</td> <td style="text-align: right;">jederzeitige Verfügbarkeit</td> </tr> <tr> <td>• FÄ für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen.</td> <td style="text-align: right;">jederzeitige Verfügbarkeit</td> </tr> <tr> <td>• FÄ für Pulmologie:</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Weiteres Personal</i></td> </tr> <tr> <td>• Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion</td> <td style="text-align: right;">≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des Transplantationsprozesses ≥ 1 pro Transplantationszentrum für Dokumentation</td> </tr> <tr> <td>• Personal für Physiotherapie:</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>• Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/ Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit)</td> <td style="text-align: right;">≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Ärztliches Personal</i>	<i>Anzahl</i>	• FÄ für CH, die eigenverantwortlich Lungentransplantationen (Implantation und Explantation) durchführen können:		- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX	2	- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX	4	• FÄ für AN	jederzeitige Verfügbarkeit	• FÄ für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen.	jederzeitige Verfügbarkeit	• FÄ für Pulmologie:		- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX	1	- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX	2	<i>Weiteres Personal</i>		• Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des Transplantationsprozesses ≥ 1 pro Transplantationszentrum für Dokumentation	• Personal für Physiotherapie:		- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX	1	- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX	2	• Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/ Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit)	≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.
<i>Ärztliches Personal</i>	<i>Anzahl</i>																														
• FÄ für CH, die eigenverantwortlich Lungentransplantationen (Implantation und Explantation) durchführen können:																															
- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX	2																														
- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX	4																														
• FÄ für AN	jederzeitige Verfügbarkeit																														
• FÄ für RAD, die sonographische und interventionelle Verfahren beherrschen.	jederzeitige Verfügbarkeit																														
• FÄ für Pulmologie:																															
- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX	1																														
- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX	2																														
<i>Weiteres Personal</i>																															
• Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des Transplantationsprozesses ≥ 1 pro Transplantationszentrum für Dokumentation																														
• Personal für Physiotherapie:																															
- für Zentren mit jährlich bis zu 25 LuTX	1																														
- für Zentren mit jährlich über 50 LuTX	2																														
• Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/ Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit)	≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.																														
<b>Infrastruktur</b>	<p><i>OP-Bereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jederzeitige - binnen drei bis fünf Stunden - Verfügbarkeit von zumindest einem operationsbereiten Tisch mit dem erforderlichen OP-Personal; im Bedarfsfall Verfügbarkeit einer Herz-Lungen-Maschine bzw. ECMO (extracorporeal membrane oxygenation)</li> </ul> <p><i>Intensivbereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jederzeitige prä- und postoperative Verfügbarkeit von zumindest einem Intensivbett</li> </ul> <p><i>Weitere räumliche Vorhaltungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhaltung einer sogenannten „Step-down-Unit“ mit Ausrichtung auf Mobilisation, Physio- und Atemtherapie</li> </ul> <p><i>Blutbank</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewährleistung des intraoperativen Bedarfs an Blutkonserven durch hauseigene Blutbank rund um die Uhr</li> </ul> <p><i>Labordiagnostik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewährleistung der bakteriologischen und virologischen Infektionsdiagnostik sowie des therapeutischen Drug-Monitoring rund um die Uhr (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)</li> </ul>																														
<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung von LuTX nur an TX-Zentren mit weiteren TX-Leistungsbereichen; daher keine separaten Vorgaben für FÄ zur Durchführung der Hirntoddiagnostik</li> </ul> <p>Evaluierung der Versorgungsleistung eines RFZ für LuTX nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ u. a. durch folgende Parameter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art und Schwere der Erkrankung jener Patientinnen und Patienten auf der Warteliste</li> <li>• Überleben der Patientinnen und Patienten nach Herztransplantation</li> <li>• Wartezeit auf eine Transplantation</li> </ul> <p><i>Versorgung von Kindern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtung eines externen Monitoring für die Qualitätskontrolle</li> </ul>																														

## Nierentransplantation (NTX)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p><i>Definition</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NTX als Therapieform der Wahl bei terminalen Nierenversagen als Alternative zu Dialyseverfahren zur Ermöglichung des Überlebens und Steigerung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten</li> <li>• Keine vollständige Heilung erreichbar, da durch etwaige Einbüßung der Organfunktion Retransplantation bzw. Dialysebehandlung erforderlich</li> </ul> <p><i>Indikationen und Voraussetzungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminales Nierenversagen</li> <li>• Patientenbezogene, persönliche und medizinische Kriterien</li> </ul>																								
<b>Planung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährliche Inzidenzrate (neue Patienten auf der Warteliste) als Kenngröße für zumindest erforderliche NTX-Frequenz</li> <li>• Limitierung der Leistungsfrequenz aufgrund der Anzahl an Spenderorganen</li> <li>• Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch RFZ für TXC (NTX)</li> </ul>																								
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><i>Ärztliches Personal</i></th> <th style="text-align: right;"><i>Anzahl</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• FÄ für CH, die eigenverantwortlich mindestens 40 NTX durchgeführt haben</td> <td style="text-align: right;">≥ 3</td> </tr> <tr> <td>• FÄ für CH, die eigenverantwortlich mindestens 20 Nierenentnahmen durchgeführt haben (inklusive jener FÄ für CH, die eigenverantwortlich eine Nierentransplantation bzw. Nierenentnahme durchführen können)</td> <td style="text-align: right;">≥ 3</td> </tr> <tr> <td>• FÄ für CH, die eigenverantwortlich nierentransplantierte Patientinnen/Patienten (frühpostoperativ/ambulant) nachbetreuen können (inklusive jener FÄ für CH, die eigenverantwortlich eine Nierentransplantation bzw. Nierenentnahme durchführen können)</td> <td style="text-align: right;">≥ 5</td> </tr> <tr> <td>• FÄ für Pathologie, die bereits mindestens 100 Nierenbiopsiebefundungen durchgeführt haben, durchschnittlich 100 Nierenbiopsiebefundungen pro Jahr durchführen und das Schnelleinbettungsverfahren beherrschen (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)</td> <td style="text-align: right;">≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1</td> </tr> <tr> <td>• FÄ für Labormedizin für HLA-Befundung und Kreuzprobenauswertung, die bereits jeweils mindestens 100 Befundungen durchgeführt haben (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)</td> <td style="text-align: right;">≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1</td> </tr> <tr> <td>• FÄ für RAD, die sonografische und interventionelle Verfahren beherrschen</td> <td style="text-align: right;">≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1</td> </tr> <tr> <td>• FÄ für IM mit Additivfach Nephrologie</td> <td style="text-align: right;">≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1</td> </tr> <tr> <td>• FÄ, die für die Durchführung der klinisch- neurologischen Hirntoddiagnostik entsprechend dem aktuellen Beschluss des Obersten Sanitätsrates qualifiziert sind (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)</td> <td style="text-align: right;">≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>Weiteres Personal</i></td> </tr> <tr> <td>• Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion</td> <td style="text-align: right;">≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation</td> </tr> <tr> <td>• Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/ Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit)</td> <td style="text-align: right;">≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Ärztliches Personal</i>	<i>Anzahl</i>	• FÄ für CH, die eigenverantwortlich mindestens 40 NTX durchgeführt haben	≥ 3	• FÄ für CH, die eigenverantwortlich mindestens 20 Nierenentnahmen durchgeführt haben (inklusive jener FÄ für CH, die eigenverantwortlich eine Nierentransplantation bzw. Nierenentnahme durchführen können)	≥ 3	• FÄ für CH, die eigenverantwortlich nierentransplantierte Patientinnen/Patienten (frühpostoperativ/ambulant) nachbetreuen können (inklusive jener FÄ für CH, die eigenverantwortlich eine Nierentransplantation bzw. Nierenentnahme durchführen können)	≥ 5	• FÄ für Pathologie, die bereits mindestens 100 Nierenbiopsiebefundungen durchgeführt haben, durchschnittlich 100 Nierenbiopsiebefundungen pro Jahr durchführen und das Schnelleinbettungsverfahren beherrschen (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)	≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1	• FÄ für Labormedizin für HLA-Befundung und Kreuzprobenauswertung, die bereits jeweils mindestens 100 Befundungen durchgeführt haben (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)	≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1	• FÄ für RAD, die sonografische und interventionelle Verfahren beherrschen	≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1	• FÄ für IM mit Additivfach Nephrologie	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1	• FÄ, die für die Durchführung der klinisch- neurologischen Hirntoddiagnostik entsprechend dem aktuellen Beschluss des Obersten Sanitätsrates qualifiziert sind (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1	<i>Weiteres Personal</i>		• Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation	• Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/ Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit)	≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.
<i>Ärztliches Personal</i>	<i>Anzahl</i>																								
• FÄ für CH, die eigenverantwortlich mindestens 40 NTX durchgeführt haben	≥ 3																								
• FÄ für CH, die eigenverantwortlich mindestens 20 Nierenentnahmen durchgeführt haben (inklusive jener FÄ für CH, die eigenverantwortlich eine Nierentransplantation bzw. Nierenentnahme durchführen können)	≥ 3																								
• FÄ für CH, die eigenverantwortlich nierentransplantierte Patientinnen/Patienten (frühpostoperativ/ambulant) nachbetreuen können (inklusive jener FÄ für CH, die eigenverantwortlich eine Nierentransplantation bzw. Nierenentnahme durchführen können)	≥ 5																								
• FÄ für Pathologie, die bereits mindestens 100 Nierenbiopsiebefundungen durchgeführt haben, durchschnittlich 100 Nierenbiopsiebefundungen pro Jahr durchführen und das Schnelleinbettungsverfahren beherrschen (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)	≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1																								
• FÄ für Labormedizin für HLA-Befundung und Kreuzprobenauswertung, die bereits jeweils mindestens 100 Befundungen durchgeführt haben (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)	≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1																								
• FÄ für RAD, die sonografische und interventionelle Verfahren beherrschen	≥ 2, davon jederzeit verfügbar: 1																								
• FÄ für IM mit Additivfach Nephrologie	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1																								
• FÄ, die für die Durchführung der klinisch- neurologischen Hirntoddiagnostik entsprechend dem aktuellen Beschluss des Obersten Sanitätsrates qualifiziert sind (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)	≥ 3, davon jederzeit verfügbar: 1																								
<i>Weiteres Personal</i>																									
• Personal für Koordination bzw. mit gleichzustellender Funktion	≥ 1 pro TX-Zentrum für Organisation des TX-Prozesses ≥ 1 pro TX-Zentrum für Dokumentation																								
• Personal für psychosoziale Betreuung (z. B. für Psychotherapie/ Psychologie/Psychiatrie/Sozialarbeit)	≥ 1 pro 100 Transplantationen p. a.																								
<b>Infrastruktur</b>	<p><i>OP-Bereich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jederzeitige - binnen drei bis fünf Stunden - Verfügbarkeit von zumindest einem operationsbereiten Tisch mit dem erforderlichen OP-Personal</li> </ul> <p><i>Intensivbehandlungseinheit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jederzeitige postoperative Verfügbarkeit von zumindest einem Intensivbett und einer Akutdialyse (zumindest ein Behandlungsplatz/ein Dialysegerät)</li> </ul> <p><i>Labordiagnostik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewährleistung der bakteriologische und virologische Infektionsdiagnostik, der Austestung der Gewebeverträglichkeit sowie des therapeutischen Drug-Monitoring rund um die Uhr (Regelung auf Basis eines Kooperationsvertrages möglich)</li> </ul>																								
<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B. im Rahmen des ÖDTR der ÖGN in Zusammenarbeit mit AUSTROTRANSPLANT)</li> </ul> <p>Evaluierung der Versorgungsleistung eines RFZ für NTX nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ u. a. durch folgende Parameter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art und Schwere der Erkrankung jener Patientinnen und Patienten auf der Warteliste</li> <li>• Überleben der Patientinnen und Patienten nach Nierentransplantation</li> <li>• Wartezeit auf eine Transplantation</li> </ul> <p>Durchführung von Pankreastransplantationen (größtenteils in Kombination mit Nierentransplantationen) an RFZ für TXC (NTX)</p> <p><i>Versorgung von Kindern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtung eines externen Monitoring für die Qualitätskontrolle</li> </ul>																								

## 2.5.5 Interventionelle Kardiologie (KAR)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p><i>Beispielhafte Indikationen für interventionelle kardiologische Maßnahmen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koronare Herzkrankheit bei symptomatischen und asymptomatischen Patienten</li> <li>• Atypischer Thoraxschmerz unklarer Genese</li> <li>• Akuter Myokardinfarkt und Zustand nach Myokardinfarkt</li> <li>• Herzklappenerkrankungen</li> <li>• Angeborene Herzerkrankungen</li> </ul> <p><i>Weitere Indikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventionsbedürftige Herzrhythmusstörungen, Erkrankung der Aorta, Erkrankungen des linken Ventrikels inklusive hypertropher bzw. dilatativer Kardiomyopathie, nach Thoraxtrauma, vor nichtkardialer Chirurgie</li> </ul>			
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Versorgungsstufe 1:</i> COR an KA mit eigener HCH; Vorhaltung des gesamten Spektrums kardiologischer Maßnahmen; Risikoabstufung für Interventionen durch FÄ/FA mit Additivfach KAR mit ausreichender Erfahrung laut den Ausbildungskriterien der kardiologischen Fachgesellschaft</li> <li>• <i>Versorgungsstufe 2:</i> COR an KA ohne eigene HCH mit Durchführung invasiv-diagnostischer kardiologischer Maßnahmen sowie interventioneller Maßnahmen mit geringem Komplikationsrisiko bei bestehendem Kooperationsabkommen mit einer HCH („herzchirurgischer back up“); Risikoabstufung für Interventionen durch FÄ/FA mit Additivfach KAR mit ausreichender Erfahrung laut den Ausbildungskriterien der kardiologischen Fachgesellschaft; bei entsprechender Logistik Einbindung in die Akutversorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten</li> <li>• <i>Versorgungsstufe 3:</i> COR an KA ohne eigene HCH mit Durchführung invasiv-diagnostischer kardiologischer Maßnahmen</li> </ul> <p>RFZ für KAR definiert als Versorgungsstufen V1 und V2.</p>			
<b>Planung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Festlegung der Standorte für RFZ für KAR durch regionale Detailplanung unter Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus (Anzahl der Standorte)</li> <li>• Konzeptentwicklung für jedes Bundesland (bzw. auch bundesländerübergreifend) für Akutversorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten durch 24-stündige Leistungsbereitschaft mit PTCA (inkl. ergänzende Angaben zu Personalanforderungen) vorzusehen</li> </ul>			
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<i>Versorgungsstufen</i>	V 1	V 2	V 3
	<i>Anzahl</i>			
	• Fachärztinnen/Fachärzte	2	2	1,5
	• DGKP	2	2	1,5
	• MTD	2	2	2
	• Intensivärztinnen/-ärzte	verfügbar	verfügbar*	verfügbar*
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<i>Ärztliches Personal</i>			
	Fachärztinnen/Fachärzte	Fachärztin/Facharzt für IM mit Additivfach Kardiologie In RFZ zusätzlich mindestens ein Ausbildungsplatz für Additiv-FÄ für Kardiologie		
	Intensivärztinnen/-ärzte	Fachärztin/Facharzt für IM mit Additivfach Intensivmedizin*		
<b>Infrastruktur</b>	<i>Technische Ausstattung</i>			
	Auf der Station:			
	• Anzahl COR	1	1	1
	In der Krankenanstalt			
	• Intensivbereich	✓	*	*
	• Herzchirurgie	✓	**	
	<i>Anmerkungen</i>	* Herzüberwachungsbereich: FÄ für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie oder Intensivmedizin ** Kooperationsabkommen mit einer herzchirurgischen Abteilung („herzchirurgischer back up“)		
<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B.: Kardiologie-Register)</li> </ul>			

## 2.5.6 Kinderkardiologie (KKAR)

Definitionen, Zielgruppen	Invasiv-diagnostische und interventionelle Kardiologie nach Punktion eines arteriellen Gefäßes (zumeist im Bereich der Leiste) und Vorschieben eines Katheters bis zum Herz über ein Schleusensystem, bei Kindern zur Abklärung angeborener Herzfehler zusätzlich zu einem arteriellen meist auch venöser Zugang nötig
Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungserbringung in Bezug auf die in der LM entsprechend gekennzeichneten MEL nur in RFZ für KKAR</li> <li>• Festlegung der RFZ-Standorte durch regionale Detailplanung</li> <li>• Mindestfrequenz von 100 Herzkatheteruntersuchungen/-interventionen pro Jahr</li> </ul>
Planung	<p>0,8 bis 1,0 Prozent aller Neugeborenen mit angeborenen Herzfehlern, davon bei siebzig Prozent eine oder mehrere palliative und/oder korrigierende Herzoperationen erforderlich</p> <p>Verhältnis von Herzoperationen an Kindern zu kinder-kardiologischen Herzkatheteruntersuchungen/-interventionen derzeit österreichweit durchschnittlich eins zu eins</p>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Fachärztinnen/-ärzte für Kinderheilkunde mit der Zusatzqualifikation, eigenverantwortlich Herzkatheteruntersuchungen durchführen zu können</li> <li>• 2 ausgebildete Herzchirurginnen/-chirurgen mit ausreichender Erfahrung in kinderherzchirurgischen Eingriffen</li> </ul> <p>Bei jeder Herzkatheteruntersuchung/-intervention aus dem Personalpool der Krankenanstalt verfügbares Personal mit ausreichender Erfahrung in Herzkatheteruntersuchungen bei Kindern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anästhesistin/Anästhesist</li> <li>• DGKP/-Kinder- und Jugendlichenpflege</li> <li>• DGKP/Anästhesiepflege</li> <li>• Radiotechnologinnen bzw. -technologe</li> </ul>
Infrastruktur	<p><i>Räumliche Situation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensivbehandlungseinheit, an der kinder-kardiologische Fälle betreut werden können, im selben Gebäude wie die Kinderkardiologie</li> <li>• Herzkatheterlabor in räumlicher Verbindung mit einer Intensivstation, an der kinder-kardiologische Fälle betreut werden können</li> <li>• Verfügbarkeit des Herzkatheters samt erforderlichem Personal für Notfälle rund um die Uhr (Rufbereitschaft des Personals)</li> </ul> <p><i>Apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Täglich rund um die Uhr und in räumlicher Verbindung verfügbar: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Echokardiographie</li> <li>◦ Blutgasanalyse</li> </ul> </li> <li>• Verfügbar: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Langzeit-EKG</li> <li>◦ Ergometrie</li> <li>◦ Schrittmacherkontrolle</li> <li>◦ Szintigraphie</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Sonstige Infrastruktur</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderkardiologische Ambulanz</li> <li>• Herzchirurgie: kinderherzchirurgische Eingriffe rund um die Uhr durchführbar (Rufbereitschaft des Personals).</li> </ul>
Sons-tiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (Kinderkardiologie-Register).</li> </ul>

## 2.5.7 Onkologie (ONK)

<b>Definitionen, Zielgruppe</b>	<p><i>Definition</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Onkologische Versorgung: alle Einrichtungen und personellen Ressourcen, die sich mit der Früherkennung, Diagnostik, Therapie und nachsorgenden Betreuung von bösartigen Neubildungen (ICD-10-Diagnosen C00.x bis einschließlich C97.x) befassen</li> </ul>
<b>Versorgungsstruktur</b>	<p><i>Abgestufte Versorgungsstrukturen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Onkologisches Referenzzentrum (ONKR) <ul style="list-style-type: none"> <li>Kennzeichen: Betreuung insbesondere seltener onkologischer Erkrankungen oder solcher Krebskrankheiten, die mit hohem diagnostischen oder therapeutischen Aufwand verbunden sind; onkologische Forschung und Ausbildung</li> <li>Durchführung onkologischer Therapien nach Abklärung im Tumorboard, das zumindest im ONKR einzurichten ist, an den zuständigen und verantwortlichen Fachabteilungen</li> <li>Vorhaltung aller im interdisziplinären Team vorgesehenen Fachbereiche (Sicherstellung der Radioonkologie auch in räumlicher Nähe)</li> <li>In größeren Städten Bildung eines ONKR durch mehrere Krankenanstalten gemeinsam durch geeignete Kooperationen und Abstimmung des Leistungsangebotes möglich</li> </ul> </li> <li>Fachbereich mit onkologischem Schwerpunkt (ONKB) <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbreitung onkologischer Therapien durch Ärztinnen und Ärzte innerhalb ihres Fachbereichs, die lt. Ausbildungsordnung zur Durchführung dieser Therapien berechtigt sind und über die entsprechende Erfahrung verfügen</li> <li>Kooperation mit ONKR und dem jeweiligen Tumorboard zu institutionalisieren</li> <li>Fachbereichsspezifische Qualitätskriterien für ONKB jeweils entsprechend der Ärzteausbildungsordnung festzulegen (vgl. nachfolgende QK für IONKZ/IONKS/IONKF bzw. für GYONK, NONK, PONK)</li> <li>Erbringung sämtlicher onkologischer Leistungen auch außerhalb der jeweiligen fachbereichsspezifischen ONKB möglich</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Versorgungsgrundsätze</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interdisziplinäres Tumorboard <ul style="list-style-type: none"> <li>Einrichtung an ONKR und ONKB zur Beratung und gemeinsamen Festlegung der Therapien</li> <li>Zusammensetzung aus Vertretern des jeweils zuständigen Organfaches, der Inneren Medizin/Hämatologie, der Radiodiagnostik, der Radioonkologie und der Pathologie unter Gleichberechtigung der beteiligten Fachrichtungen</li> <li>Vorstellung grundsätzlich jeder Person mit einer malignen Erkrankung; jene Abteilung zunächst Case-Manager, die den Patienten dem Tumorboard vorstellt</li> <li>Organisation an die jeweiligen lokalen und regionalen Gegebenheiten anzupassen</li> </ul> </li> <li>Durchführung von onkologischer Versorgung nur interdisziplinär: Anleitung und Durchführung nur von Ärztinnen und Ärzten mit Nachweis der nötigen Ausbildung und Erfahrung: FÄ für IM mit Additivfach Hämatologie/Onkologie; FÄ für Radioonkologie; FÄ jener Organfächer, deren Ausbildungsordnung die systemische Therapie maligner Erkrankungen beinhaltet und mit Nachweis einschlägiger Erfahrung oder nach Vorgabe des Tumorboards</li> <li>Neben Kooperation der medizinischen Fachdisziplinen: Struktur- und sektorenübergreifende Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen</li> </ul>
<b>Sonstiges</b>	<p>Teilnahme an Ergebnisqualitätsregistern (Tumorregister)</p>

### *Innere Medizin mit Internistischer Onkologie und Hämatologie*

<b>Versorgungsstruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zentrum für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKZ) <ul style="list-style-type: none"> <li>eigenständige Fachabteilungen für Innere Medizin mit internistischer Onkologie und Hämatologie im Rahmen eines ONKR</li> <li>Kennzeichen: spitzenmedizinische Betreuung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen einschließlich Lehre, Ausbildung und Forschung</li> <li>Koordination der Zusammenarbeit mit internistisch onkologischen Schwerpunkten und Fachabteilungen</li> </ul> </li> <li>Schwerpunkt für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKS) <ul style="list-style-type: none"> <li>eigenständige Fachabteilungen für Innere Medizin mit internistischer Onkologie und Hämatologie</li> <li>als Koordinationsstelle der onkologischen Versorgung einer definierten Region</li> <li>Kooperation einerseits mit dem zuständigen IONKZ und dem jeweiligen Tumorboard sowie mit den Krankenanstalten mit IONKF, andererseits mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und ergänzenden ambulanten Diensten in der Region</li> </ul> </li> <li>Fachabteilung für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKF) <ul style="list-style-type: none"> <li>Ansprechstelle für onkologische Probleme innerhalb der jeweiligen Krankenanstalt sowie für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte</li> <li>Institutionalisierung der Kooperation mit IONKZ, IONKS und dem jeweiligen Tumorboard</li> </ul> </li> </ul>
----------------------------	--

Fortsetzung Innere Medizin mit Internistischer Onkologie und Hämatologie

Personalausstattung und -qualifikation		IONKZ	IONKS	IONKF	Anmerkung
	Fachärztinnen/-ärzte mit dem Zusatzfach Häm.-Onk.	FA	-	-	4 FÄ Häm.-Onk., davon 1 Leiter/in
		-	FA	-	2 FÄ Häm.-Onk., davon 1 Leiter/in
		-	-	FA	1 FÄ/FA Häm.-Onk. (Stationsleiter), zusätzl. 1 FÄ/ FA Häm.-Onk. verfügbar
	DGKP zumind. teilw. mit Weiterbildung in Häm.-Onk.	FA	FA	FA	
	Personal für Physiotherapie	KA	KA	RN	
	Personal für Psychoonkologie	FA	FA	KA	
	Personal für Sozialarbeit	KA	KA	RN	
	Personal für Diätologie	KA	KA	KA	
Biomedizinische Analytiker/innen, für einfache Hilfsdienste: MTF	KA	KA	KA	rund um die Uhr; für IONKF Verfügbarkeit auch durch Bereitschaftsdienst	
Infrastrukturelle Anforderungen		IONKZ	IONKS	IONKF	Anmerkung
	Biopsie	FA	FA	FA	
	Endoskopie	KA	KA	KA	
	Bronchoskopie, Laparoskopie, ...	KA	KA	ZA	
	Spezialverfahren (Knochenmarkaspiration, Beckenkammibiopsie, Lymphknotenpunktion)	FA	FA	FA	
	Lungenfunktion	RN	RN	ZA	
	Blutgasanalyse	KA	KA	KA	
	Sonographie	KA	KA	KA	
	CT	KA	KA	RN	
	MR	entsprechend den Erreichbarkeitsrichtwerten sicherzustellen			
	Nuklearmed. Diagnostik (ECT, PET)	entsprechend den Erreichbarkeitsrichtwerten sicherzustellen			
	Immunhistochemie, Molekularbiologie	IONKZ	IONKZ	IONKZ	
	Zytologie, Histologie, Immunzytologie, Rezeptorbestimmung	IONKZ	IONKZ	IONKZ	
	Schnellgefrierschnittuntersuchung	IONKZ	IONKS	RN	
	Zytogenetik	RN	RN	RN	
	Tumor-Markerdiagnostik	ZA	ZA	ZA	
	Infektionsdiagnostik	IONKZ	ZA	ZA	
	Mobile Intensivereinrichtung (Intensivwagen)	FA	FA	FA	
	Blutdepot bzw. Transfusionsmedizinische Einrichtung	KA	KA	KA	
	Drug-Monitoring	KA	IONKZ	IONKZ	
	Dialyse	KA	RN	RN	
	Basislabor	KA	KA	KA	rund um die Uhr
Zytostatikaaufbereitung inkl. Laminar Airflow	KA	KA	RN	auch zentrale Aufbereitung möglich	
Palliativeinrichtung/-station	KA	ZA	ZA		
Onkologische Tagesklinik	FA	FA	FA		
Überwachungseinheit	KA	KA	KA	rund um die Uhr	
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation mit einer in erreichbarer Nähe liegenden radioonkologischen Einrichtung</li> <li>• Durchführung von Schmerztherapie an FA sicherzustellen</li> <li>• Kooperation mit Rehabilitations- und Hospizeinrichtung sicherzustellen</li> </ul>				
	<p><b>Legende:</b>                      FA: soll zumindest an der Fachabteilung verfügbar sein;                      Kriterium für diagnostische Ausstattung bzw. Therapie und spezielle Einrichtungen erfüllt, wenn in der KA gleichwertige zentrale Organisationsformen der Onkologischen Fachabteilung zu Verfügung;                      Onkologische Tagesklinik: FA oder in einer hämatologisch-onkologische Ambulanz integrierte Funktionsbetten                      KA: in der Krankenanstalt verfügbar                      RN: in räumlicher Nähe verfügbar                      IONKZ: gemäß Qualitätskriterien vorrangig im onkologischen Zentrum oder in einer anderen qualifizierten Einrichtung durchzuführen                      IONKS: gemäß Qualitätskriterien vorrangig im onkologischen Schwerpunkt oder in einer anderen qualifizierten Einrichtung durchzuführen                      ZA: Zusammenarbeit zu institutionalisieren</p>				

## Gynäkologische Onkologie (GYONK)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	Versorgung gynäkologischer Malignome
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abteilung für Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe im Haus verfügbar</li> <li>• Intraoperative Schnellschnittuntersuchung muss möglich sein</li> <li>• chemotherapeutische Behandlung im Haus verfügbar</li> <li>• Intensivbehandlungseinheit im Haus verfügbar</li> <li>• Blutreserven intraoperativ verfügbar</li> </ul>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztin/-arzt für Urologie bei Bedarf intraoperativ anwesend</li> <li>• Sicherstellung postoperativer psychoonkologischer Betreuung (Initiierung durch die Fachabteilung/ Krankenhaus)</li> </ul>
<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtende Teilnahme an Qualitätssicherungsprogrammen, beispielsweise den Qualitätserhebungen zu malignen gynäkologischen Tumoren der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) bzw. der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) sowie jährliche Evaluierung</li> <li>• Erarbeitung von Mindestfrequenzen operativer Eingriffe an invasiven malignen Erkrankungen bis Ende 2008</li> </ul>

## Neuroonkologie (NONK)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgung neoplastischer Erkrankungen des Nervensystems</li> </ul>
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NONK mit entsprechendem interdisziplinärem Netzwerk, spezifischen Kenntnissen und Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>• Jährliche Mindestfrequenz für NONK: 100 Patientinnen/Patienten mit neoplastischen Erkrankungen des Nervensystems</li> <li>• Neurologische Standard-Abteilung: für Diagnostik und allgemeines Patientenmanagement neuroonkologischer Patienten</li> </ul>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie</li> <li>• Neurochirurgen</li> <li>• Psychologen</li> <li>• Sozialarbeiter</li> <li>• DGKP z.T. mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care</li> </ul>
<b>Infrastruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu bildgebenden Verfahren, Neuroradiologie</li> <li>• Elektrophysiologie (EEG, NLG, EMG)</li> <li>• Zugang zu Strahlentherapie</li> <li>• Liquoruntersuchung und Zytologie (ggf. FACS)</li> <li>• Zugang zu histologischen und genetischen Techniken (Neuropathologie)</li> <li>• Kooperation mit palliativmedizinischer Einheit</li> </ul>
<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiter- und Nachbehandlung nach der Akuttherapie im interdisziplinären neuroonkologischen Setting</li> <li>• Supportive Therapie/Schmerztherapie</li> </ul>

## Pneumologische Onkologie (PONK)

Definition, Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgung von Patientinnen/Patienten mit Lungentumoren und anderen endothorakalen Tumoren</li> </ul>
Versorgungsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährliche Mindestfrequenzen für PONK: 35 Patienten mit Bronchialkarzinom (Neuerkrankungen); Durchführung von 300 systemisch antitumoralen Therapien</li> <li>• Pneumologische Abteilungen, die Mindestfrequenzvorgabe nicht erfüllen: Kooperation mit PONK; Durchführung der SOP entsprechend der Festlegung von Diagnostik und Therapie nach Vorstellung im interdisziplinären Tumorboard an PONK</li> </ul>
Personalausstattung und -qualifikation	<p><i>An der Fachabteilung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztinnen/-ärzte für Pulmologie</li> <li>• DGKP, z. T. mit Fortbildung in onkologischer Pflege und Palliativpflege</li> <li>• Atemphysiotherapie</li> </ul> <p><i>In der Krankenanstalt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Sozialarbeit</li> <li>• Ernährungsberatung</li> </ul>
Infrastrukturelle Anforderungen	<p><i>Technisch-apparative / diagnostische Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alle diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen einer pneumologischen Abteilung</li> <li>• CT</li> <li>• MR und nuklearmedizinische Diagnostik: Verfügbar</li> <li>• Labor in der Krankenanstalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Basislabor rund um die Uhr</li> <li>- Zytopathologie, Histopathologie inkl. Gefrierschnitt, Rezeptorbestimmung, Immunzytologie</li> <li>- Zytogenetik</li> <li>- Tumormarkerdiagnostik</li> <li>- Infektionsdiagnostik</li> <li>- Immunhistochemie, Molekularbiologie (auch in räumlicher Nähe)</li> </ul> </li> </ul>
Sontiges	<p><i>Register</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B.: Bronchuskarzinom-Register)</li> </ul>

## 2.5.8 Pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung (KIONK)

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

Fortsetzung Pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung (KIONK)

<b>Pla- nung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Festlegung der RFZ-Standorte (aufgrund der relativ geringen Anzahl der an Krebs neuerkrankten Kinder und Jugendlichen durch überregionale Detailplanung für erforderliche Konzentration der Versorgung unter Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus)</li> </ul>		
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<i>an der KA verfügbar:</i>		
	Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Hämatologie/Onkologie		
	DGKP für Kinder- und Jugendlichenpflege z. T. mit Fortbildung für onkologische Pflege		
	Personal für Physiotherapie		
	Personal für Ergotherapie		
	Personal für Logopädie		
	Personal für Psychologie (Gesundheitspsychologie), Sozialarbeit, psychosoziale Betreuung, Kindergartenpädagogik, Pädagogik		
	Personal für Elternberatung	verfügbar	
	Laborpersonal (Biomedizinische Analytiker/innen)		
<b>Infrastruktur</b>	<b>Technisch-apparative Ausstattung</b>	<b>Verfügbarkeit</b>	<b>Anmerkungen</b>
	Biopsie	RN	
	Punktion	RN	
	Endoskopie	RN	
	Bronchoskopie	RN	
	Spezialverfahren (Knochenmarksaspiration, Beckenkammbiopsie, Lymphknotenpunktion)	FA	
	Lungenfunktion	FA	
	EKG, Echokardiografie	FA	
	Blutgasanalyse	FA	
	CT	RN	
	MR	RN	
	PET	RN	
	Nuklearmedizinische Diagnostik, Szintigrafie	RN	
	Immunhistochemie, Molekularbiologie	RN	zentrale Einrichtung <sup>2)</sup>
	Zytologie, Histologie, Immunzytologie, Rezeptorbestimmung	RN	
	Zytogenetik	RN	
	Tumor-Markerdiagnostik	RN	
	Infektionsdiagnostik	RN	
	Dialyse	RN	
	Transfusionseinrichtung, Blutbank	RN	
	Drug-Monitoring	RN	
	<sup>2)</sup> Für spezielle Diagnostik: Zentrales Referenzlabor im St. Anna Kinderspital für ganz Österreich verfügbar		
	<b>Sonstiges</b>	<b>Verfügbarkeit</b>	<b>Anmerkungen</b>
	Schmerztherapie	Z	
	Konsiliardienst: Kinderchirurgie, HNO, Gynäkologie, Kinderneurologie, Kinderpsychiatrie, Kinderanästhesie/Intensivmedizin, Kinderorthopädie, Neurochirurgie, Radioonkologie, Kinderendokrinologie, Pathologie	KA	
	<b>Legende</b>		
	FA = verfügbar zumindest an der Fachabteilung für Kinder- und Jugendheilkunde		
KA = verfügbar zumindest an der Krankenanstalt			
RN = verfügbar in räumlicher Nähe sein			
Z = verfügbar im pädiatrisch hämatologisch/onkologischen Zentrum			

## 2.5.9 Stammzelltransplantation (SZT)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p>Transplantation (TX) von blutbildenden Stammzellen (SZ):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Beeinträchtigung des Knochenmarks (KM) der Patienten/Patientinnen durch benigne oder maligne Erkrankungen oder deren Therapie</li> <li>- bei Eradizierung des gesamten KM zur Heilung der vom KM ausgehenden Erkrankung</li> </ul> <p>Autologe SZT: TX der patienteneigenen SZ</p> <p>Allogene SZT: TX von fremden SZ verwandter oder unverwandter Spenderinnen/Spender</p>
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<p>Leistungserbringung in Bezug auf die in der LM entsprechend gekennzeichneten MEL nur in RFZ für aut (nur autologe) bzw. all (autologe und allogene) SZT</p> <p><i>Jährliche Mindestfrequenzen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwachsene: Zentren für autologe SZT: 10 autologe SZT (10 Patientinnen/Patienten) Zentren für allogene SZT: 10 allogene SZT (10 Patientinnen/Patienten) Zentren für allogene und autologe SZT: 10 autologe und 10 allogene SZT (jeweils 10 Patientinnen/Patienten)</li> <li>• Kinder: Zentren für autologe SZT: 10 autologe SZT (10 Patientinnen/Patienten) Zentren für allogene SZT: 10 allogene SZT (10 Patientinnen/Patienten)</li> </ul> <p>SZT bei Kindern und Erwachsenen an einem Standort: Mindestfrequenzen durch Kombination der TX-Frequenzen beider Gruppen zu erfüllen</p>
<b>Planung</b>	<p><i>Autologe SZT</i>: bis 2010 Steigerung der TX-Frequenz von max. 20 Prozent erwartbar (steigendes Durchschnittsalter der Klientel)</p> <p><i>Allogene SZT</i>: Trend in Richtung dosisreduzierte SZT; bis 2010 Steigerung der TX-Frequenz von max. 30 Prozent (Erwachsene) bzw. max. 10 Prozent (Kinder) erwartbar</p> <p>Beibehaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus durch bestehende RFZ für aut bzw. all SZT</p>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 Ärztinnen/Ärzte, darunter Abteilungsleitung und Stellvertretung; davon eine Person ausschließlich für die SZT-Einheit zuständig</li> <li>• Qualifikation von Abteilungsleitung und Stellvertretung: <ul style="list-style-type: none"> <li>φ Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Hämato-Onkologie oder Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit entsprechenden Kenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie</li> <li>φ zweijährige Erfahrung an einem international anerkannten SZT-Zentrum</li> </ul> </li> </ul> <p>Kinder unter 12 Jahre: Transplantation durch Pädiaterin/Pädiater mit Transplantationserfahrung</p> <p><i>Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP)</i></p>
<b>Infrastruktur</b>	<p><i>Räumliche Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SZT-Einheit (Einzelzimmer) als gesonderter Bereich des Krankenhauses oder Isoliereinheiten integriert in hämato-onkologische Bettenstationen für autologe SZT mit Standardindikationen</li> <li>• autologe SZT: mind. 2 Isoliereinheiten (RIS, HEPA, LAF)</li> <li>• autologe und allogene SZT: mind. 6 Isoliereinheiten, davon 2 HEPA oder LAF</li> <li>• Vor- und Nachsorgebetten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- autologe SZT: 0,75 Betten/Isoliereinheit</li> <li>- allogene verwandte SZT: 1,5 Betten/Isoliereinheit</li> <li>- allogene unverwandte SZT: 2 Betten/Isoliereinheit</li> </ul> </li> <li>• Diagnostik im Tagdienst im Haus, z. B. Bronchoskopie, Endoskopie, kardiologische Diagnostik</li> <li>• Bildgebende Diagnostik rund um die Uhr im Haus: Röntgen, Sonographie, CT oder MR</li> <li>• Mikrobiologie im Tagdienst in räumlicher Nähe (Bakteriologie, Mykologie, Virologie)</li> <li>• Institut für Strahlentherapie im Tagdienst in räumlicher Nähe</li> <li>• psychologische und soziale Betreuung im Tagdienst im Haus (ev. Supervision des Transplantationsteams)</li> <li>• psychotherapeutische Betreuung im Tagdienst im Haus</li> <li>• ernährungsmedizinische Betreuung im Tagdienst im Haus</li> <li>• Dialyse rund um die Uhr im Haus oder in Kooperation mit alternativem Anbieter in räumlicher Nähe</li> <li>• Intensivstation (Transferierungsmöglichkeit rund um die Uhr im Haus)</li> </ul>
<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richtlinien zur Stammzelltransplantation Teil I (22.316/0-VIII/D/21/00, 14. Feber 2001), Teil II (22.316.0-VIII/D/21/01, 23. April 2001) und Teil III (22.316/15-VI/B/21/02, 17. Juni 2002) i.d.j.g.F. sind einzuhalten</li> <li>• Entsprechende (aut/all) nationale bzw. internationale Akkreditierung der RFZ für SZT erforderlich</li> </ul>

## 2.5.10 Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)

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

## 2.6 Besondere Bereiche der Leistungsangebotsplanung

### 2.6.1 Chronische Dialysebehandlung (DIA, PDia)

#### Hämodialyse (HD)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p><i>Definition</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronische Hämodialyse: Entfernung der Abbauprodukte des Organismus und der Schadstoffe aus dem Blut chronisch nierenkranker Patienten mit Hilfe der sogenannten „künstlichen Niere“</li> </ul>																										
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<p><i>Extramurale Hämodialysezentren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Von der jeweiligen Landesregierung genehmigte Krankenanstalten für die Durchführung von ambulanten Hämodialysen bzw. anderen Blutreinigungsverfahren</li> <li>• Außerhalb der Dialysezeiten: Einrichtung eines Telefonbereitschaftsdienst</li> </ul> <p><i>Intramurale Hämodialysezentren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtungen einer Krankenanstalt zur ambulanten Behandlung chronisch Nierenkranker mittels intermittierender Hämodialysetherapie (und ähnlicher Hämoverfahren)</li> <li>• Gewährleistung einer Notfallbereitschaft rund um die Uhr (inkl. Sonntag)</li> <li>• Für Versorgung stationärer Patientinnen und Patienten mit Nierenersatztherapie (Akutdialysen) und anderen extrakorporaler Blutreinigungsverfahren (z. B. Plasmapherese, Lipidapherese) zusätzliche Personalkapazitäten zu den unten angeführten erforderlich</li> </ul> <p><i>Univ.-Klinik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergänzend zu Anforderungen an intramurale HD-Zentren: Anwesenheit einer/eines entsprechend ausgebildeten FÄ/FA rund um die Uhr im Rahmen eines eigenen Dialyседienstes</li> </ul> <p><i>Mindestgröße</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 Behandlungsplätze</li> </ul> <p><i>Mindestfrequenz</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschreitung der in der LM vorgegebenen Mindestfrequenz in Ausnahmefällen an bereits errichteten Dialysezentren zulässig (in Regionen, in denen Einhaltung des Erreichbarkeitsrichtwerts nicht möglich)</li> </ul>																										
<b>Planung</b>	<p><i>Erreichbarkeitsrichtwert</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 45 Minuten</li> </ul> <p><i>Hämodialyseplätze-Richtwert pro Bundesland für das Jahr 2010*</i></p> <table border="0"> <tr><td>• Burgenland</td><td>8,2</td></tr> <tr><td>• Kärnten</td><td>10,3</td></tr> <tr><td>• Niederösterreich</td><td>8,4</td></tr> <tr><td>• Oberösterreich</td><td>9,7</td></tr> <tr><td>• Salzburg</td><td>7,3</td></tr> <tr><td>• Steiermark</td><td>13,3</td></tr> <tr><td>• Tirol</td><td>7,4</td></tr> <tr><td>• Vorarlberg</td><td>9,2</td></tr> <tr><td>• Wien</td><td>9,6</td></tr> </table> <p>* Hämodialyseplätze pro 100.000 EW (in Bezug auf die zu versorgende Bevölkerung) unter der Annahme eines 3-2-Schicht Betriebes und eines PDia-Versorgungsanteils von 10 %; exkl. 15 % Reserve für Backup-Funktion sowie exkl. Plätze für Kinderdialyse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Festlegung der HD-Standorte durch regionale Detailplanung</li> <li>• Neuerrichtungen von HD-Standorten nur dann, wenn an bestehenden Zentren Aufstockungen nicht durchführbar oder durch einen neu einzurichtendes Standort in einer mit Dialysezentren unterdurchschnittlich versorgten Region deutlich geringere Anreisezeiten zu erzielbar</li> </ul>	• Burgenland	8,2	• Kärnten	10,3	• Niederösterreich	8,4	• Oberösterreich	9,7	• Salzburg	7,3	• Steiermark	13,3	• Tirol	7,4	• Vorarlberg	9,2	• Wien	9,6								
• Burgenland	8,2																										
• Kärnten	10,3																										
• Niederösterreich	8,4																										
• Oberösterreich	9,7																										
• Salzburg	7,3																										
• Steiermark	13,3																										
• Tirol	7,4																										
• Vorarlberg	9,2																										
• Wien	9,6																										
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"><i>Berufsgruppen</i></td> <td style="vertical-align: top;"><i>Personalschlüssel</i></td> </tr> <tr> <td>Ärztliches Personal</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Extra- und intramural:</td> <td>1 VZÄ für 300 Dialysen pro Monat</td> </tr> <tr> <td>  DIA-Einheiten <math>\geq</math> 12 HD-Plätze:</td> <td>1 VZÄ für 350 Dialysen pro Monat</td> </tr> <tr> <td>  DIA-Einheiten <math>\geq</math> 20 HD-Plätze:</td> <td>1 VZÄ für 450 Dialysen pro Monat</td> </tr> <tr> <td>• Univ.-Klinik:</td> <td>1 VZÄ für 300 Dialysen pro Monat</td> </tr> <tr> <td>DGKP</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Extra- und intramural:</td> <td>1 diplomierte Pflegekraft für 60 Dialysen pro Monat</td> </tr> <tr> <td>  Bei Leistungsstandorten &gt; 40 HD-Plätze</td> <td>1 diplomierte Pflegekraft für 80 Dialysen pro Monat</td> </tr> <tr> <td>Sonstiges Personal</td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Pflegehilfe:</td> <td>entsprechend dem lokalen Bedarf</td> </tr> <tr> <td>• Fachpersonal für Psychotherapie, Psychologie, Sozialarbeit für psychosoziale Betreuung, Diätologie</td> <td>in der Krankenanstalt oder extramurales Angebot</td> </tr> <tr> <td>• Technikerin/Techniker</td> <td>pro Dialysestation verfügbar</td> </tr> </table>	<i>Berufsgruppen</i>	<i>Personalschlüssel</i>	Ärztliches Personal		• Extra- und intramural:	1 VZÄ für 300 Dialysen pro Monat	DIA-Einheiten $\geq$ 12 HD-Plätze:	1 VZÄ für 350 Dialysen pro Monat	DIA-Einheiten $\geq$ 20 HD-Plätze:	1 VZÄ für 450 Dialysen pro Monat	• Univ.-Klinik:	1 VZÄ für 300 Dialysen pro Monat	DGKP		• Extra- und intramural:	1 diplomierte Pflegekraft für 60 Dialysen pro Monat	Bei Leistungsstandorten > 40 HD-Plätze	1 diplomierte Pflegekraft für 80 Dialysen pro Monat	Sonstiges Personal		• Pflegehilfe:	entsprechend dem lokalen Bedarf	• Fachpersonal für Psychotherapie, Psychologie, Sozialarbeit für psychosoziale Betreuung, Diätologie	in der Krankenanstalt oder extramurales Angebot	• Technikerin/Techniker	pro Dialysestation verfügbar
<i>Berufsgruppen</i>	<i>Personalschlüssel</i>																										
Ärztliches Personal																											
• Extra- und intramural:	1 VZÄ für 300 Dialysen pro Monat																										
DIA-Einheiten $\geq$ 12 HD-Plätze:	1 VZÄ für 350 Dialysen pro Monat																										
DIA-Einheiten $\geq$ 20 HD-Plätze:	1 VZÄ für 450 Dialysen pro Monat																										
• Univ.-Klinik:	1 VZÄ für 300 Dialysen pro Monat																										
DGKP																											
• Extra- und intramural:	1 diplomierte Pflegekraft für 60 Dialysen pro Monat																										
Bei Leistungsstandorten > 40 HD-Plätze	1 diplomierte Pflegekraft für 80 Dialysen pro Monat																										
Sonstiges Personal																											
• Pflegehilfe:	entsprechend dem lokalen Bedarf																										
• Fachpersonal für Psychotherapie, Psychologie, Sozialarbeit für psychosoziale Betreuung, Diätologie	in der Krankenanstalt oder extramurales Angebot																										
• Technikerin/Techniker	pro Dialysestation verfügbar																										



## Fortsetzung Peritonealdialyse (PDia)

<b>Infrastruktur</b>	<p><i>Räumliche Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stationäre Behandlungsmöglichkeit für PDia-Patientinnen/-Patienten</li> </ul> <p><i>Sonstiges</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhaltung eines ärztlichen und pflegerischen 24 Stunden Bereitschaftsdienstes</li> <li>• Kooperation mit Abteilung für Chirurgie für Katheterimplantation und chirurgischer Behandlung von katheterassoziierten Komplikationen</li> <li>• Kooperation mit einer Einrichtung für Mikrobiologie</li> <li>• intermittierende PDia: Patientenversorgung analog zur Tagesklinik</li> <li>• Anbindung an Hämodialysezentrum mit PDia-Erfahrung</li> </ul>
<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern (z. B. im Rahmen des ÖDTR der ÖGN)</li> </ul>

### 2.6.2 Stroke Unit (SU)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p>Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall</p>
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<p><i>Mindestgröße</i></p> <p>Mindestgröße: 4 SU-Betten</p>
<b>Planung</b>	<p>Abschätzung des Bedarfs laut beobachteter Inzidenz an akuten Schlaganfällen (Datenbasis: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, ICD-10-Diagnosen I63, I64) korrigiert um Faktoren, welche aus dem im Jahr 2003 implementierten Stroke-Unit-Register errechnet wurden. Diese Bedarfsabschätzung wurde auf die in das LKF-System 2005 neu integrierte MHG „MEL26.02 Akute Insulttherapie auf Schlaganfalleinheit (Stroke Unit)“ umgelegt.</p>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><i>Ärztliches Personal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Fachärztin/ein Facharzt für Neurologie hauptverantwortlich der SU zugeordnet; im Tagdienst Fachärztin/Facharzt für Neurologie an der Abteilung anwesend; im Nacht- sowie im Wochenend- und Feiertagsdienst zumindest eine Fachärztin/ein Facharzt in Ausbildung zur Neurologin/zum Neurologen mit speziellen Kenntnissen und Fertigkeiten in der Schlaganfallbetreuung anwesend, zusätzlich eine Fachärztin/ein Facharzt für Neurologie in Rufbereitschaft (in der KA anwesend bzw. in Rufbereitschaft).</li> <li>• In Krankenanstalten, an denen die Aufnahme an der Stroke Unit über eine Aufnahmestation erfolgt, Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder in Facharztausbildung zur Neurologie stehende Person unmittelbar heranzuziehen.</li> <li>• Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin rund um die Uhr verfügbar (in der KA anwesend bzw. in Rufbereitschaft).</li> </ul> <p><i>Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal</i></p> <p><i>Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie</i></p>

## Fortsetzung Stroke Unit (SU)

<b>Infrastruktur</b>	<p><i>Apparative Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kontinuierliches Basismonitoring pro Bett:             <ul style="list-style-type: none"> <li>φ EKG-Monitoring</li> <li>φ Langzeit-Blutdruckmessgerät</li> <li>φ Pulsoximetrie</li> <li>φ Atmungsmonitoring</li> </ul> </li> <li>• Infrastruktur in der Abteilung rund um die Uhr verfügbar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>φ spezielles Monitoring</li> <li>φ EEG-Monitoring</li> <li>φ CW-Doppler</li> <li>φ Farb-Duplexsonographie</li> </ul> </li> <li>• Infrastruktur in der Krankenanstalt rund um die Uhr verfügbar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>φ Labor (Befund innerhalb von 30 Minuten verfügbar)</li> <li>φ Intensivbehandlungseinheit</li> </ul> </li> <li>• Gewährleistung eines nahtlosen Überganges in die Frührehabilitation der Stufe B (2-jährige Übergangsfrist)</li> <li>• Infrastruktur rund um die Uhr in 30 Minuten Straßenindividualverkehr erreichbar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>φ Magnetresonanztomographie</li> <li>φ Magnetresonanzangiographie</li> <li>φ arterielle zerebrale Angiographie</li> </ul> </li> <li>• Infrastruktur täglich im Tagdienst in 30 Minuten Straßenindividualverkehr erreichbar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>φ transthorakale und transösophageale Echokardiographie</li> </ul> </li> <li>• Infrastruktur rund um die Uhr in 60 Minuten im Straßenindividualverkehr erreichbar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>φ Neurochirurgie</li> </ul> </li> </ul>
<b>Sonstige</b>	<p><i>Register</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Register (bis spätestens 2010).</li> </ul> <p><i>Medizinische Dokumentation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zum Aufnahmezeitpunkt:             <ul style="list-style-type: none"> <li>φ Neurologischer Befund: Rankinskala vor Insult, Rankinskala bei Aufnahme, Barthel-Index bei Aufnahme, NIH-Stroke Skala bei Aufnahme</li> </ul> </li> <li>• Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Stroke Unit:             <ul style="list-style-type: none"> <li>φ Neurologischer Befund: Rankinskala, Barthel-Index, NIH-Stroke Skala</li> <li>φ Nach Möglichkeit drei Monate nach dem Schlaganfall: Rankinskala, Barthel-Index</li> </ul> </li> </ul>

## 2.7 Medizinisch-technische Großgeräte

Folgende medizinisch-technische Geräte gelten als Großgeräte:

- Computertomographiegeräte (CT),
- Magnetresonanztomographiegeräte (MR),
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze) (COR)
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR; Linear- und Kreisbeschleuniger, Telekobalttherapiegeräte, Gamma-Knife),
- Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT) und
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET).

Der GGP enthält die Planung der oberösterreichspezifischen Gesamtanzahl von CT, MR und ECT in Fonds-Krankenanstalten unter Berücksichtigung der Geräteausstattung von „Nicht-Fonds-Krankenanstalten“, Rehabilitationszentren und des extramuralen Sektors.

### Folgende Planungsgrundsätze liegen zugrunde:

- Medizinisch-technische Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergebenden medizinischen Anforderungen benötigen (Qualitätskriterium).
- Die Versorgung der Bevölkerung soll durch optimale Standortwahl für Großgeräte regional möglichst gleichmäßig und bestmöglich erreichbar (Kriterium der Versorgungsgerechtigkeit), aber auch wirtschaftlich erfolgen (Wirtschaftlichkeitskriterium).
- Dem Wirtschaftlichkeitskriterium Rechnung tragend, wurden bei der Erarbeitung von Standortempfehlungen die Versorgungswirksamkeit des extramuralen Sektors sowie Kooperationspotentiale zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich miteinbezogen.

### Planungsmethode

Zur Berechnung des Großgerätebedarfes für CT, MR und ECT werden pro Großgerät Einwohnerrichtwerte (Sollbereiche für die Anzahl der Einwohnerinnen/Einwohner je Großgerät) und Erreichbarkeitsrichtwerte herangezogen. Neben den vorgegebenen Planungsrichtwerten ist die tatsächliche Verfügbarkeit der Vorhaltungen im intra- und extramuralen Bereich für die entsprechende Leistungserbringung zu gewährleisten.

### Großgeräteplanung - Planungsrichtwerte

Gerätegruppe/Verfahren	Erreichbarkeit (in Minuten)	Einwohnerrichtwerte (Bereiche)
Computertomographie (CT)	30	30.000 - 50.000
Magnetresonanztomographie (MR)	60	70.000 - 90.000
Coronarangiographie (COR)	60	200.000 - 300.000
Strahlentherapie (STR)	90	100.000 - 180.000
Emissions-Computer-Tomographie (ECT)* bzw. ECT/CT	45	80.000 - 100.000
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bzw. PET/CT	60	300.000 - 400.000

\*exklusive „nicht SPECT-fähiger“ Gammakameras

## 2.7.1 Computertomographie (CT)

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

## 2.7.2 Magnetresonanz-Computertomographie (MR)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p><i>Beispielhafte Akutindikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akute Querschnittssymptomatik (frisches Trauma, Tumor, Kompression)</li> <li>• Trauma mit Querschnittssymptomatik</li> <li>• Unklarer und drohender Querschnitt</li> <li>• Lebensbedrohliche zerebrale Zustandsbilder ohne ausreichende Alternativdiagnostik</li> <li>• Vaskulärer Notfall</li> <li>• Akutpatienten mit Kontrastmittelunverträglichkeit oder Nierenfunktionseinschränkung</li> <li>• MR-Angiographie</li> </ul> <p><i>Weiters</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaskulärer Insult im 3 - 6 h-Fenster abhängig vom therapeutischen Prozedere</li> <li>• Zunahme der Frequenzen für MR erwartbar einerseits aufgrund der durch technischen Fortschritt laufende Erweiterung der Indikationsbereiche, andererseits aufgrund der Umsetzung der EURATOM-Richtlinie 97/43 (nach Möglichkeit Verlagerung zu Untersuchungen mit Modalitäten ohne ionisierende Strahlung)</li> </ul>
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwendung von MR-Geräten mit einer Feldstärke von <math>\geq 1</math> Tesla</li> <li>• Kooperationen zwischen intra- und extramuralen Anbietern zur Vermeidung von Parallelstrukturen, Erzielung einer adäquaten Auslastung sowie zur Sicherung einer entsprechenden medizinischen Ergebnisqualität</li> <li>• Für bestimmte Patientengruppen (Patientinnen und Patienten mit Platzangst, Herzschrittmacher; stark Übergewichtige; Kinder) Leistungserbringung durch sogenannte offene MR-Geräte zu prüfen</li> <li>• MR-Geräte mit einer Feldstärke <math>&lt; 1</math> Tesla grundsätzlich nicht großgeräte- bzw. planungskonform</li> </ul>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztin/-arzt für Radiologie</li> <li>• Radiologietechnologen/-innen / MTF*</li> <li>• Sanitätshilfsdienstpersonal</li> </ul> <p>* MTF: für einfache Hilfedienste</p>
<b>Infrastruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PACS(Picture Archiving and Communication System)-Kompatibilität</li> <li>• Für Durchführung von Becken/Bein-Angiographien: Verschiebetisch</li> </ul>

## 2.7.3 Coronarangiographie - Herzkatheterarbeitsplätze (COR)

Siehe Kap. 2.5.5 zur interventionellen Kardiologie.

## 2.7.4 Strahlentherapie - Hochvolttherapiegeräte (STR)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p><i>Indikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strahlentherapie bei bis zu 60 Prozent der an Krebs neu erkrankten Patienten indiziert in Abhängigkeit von Strahlensensibilität des Tumors, von Lokalisation und vom Tumorstadium.</li> <li>• Etwa die Hälfte der Patientenbehandlungen als kurative Therapie, die andere Hälfte als palliative Therapie</li> </ul> <p><i>Nicht-onkologische Indikationen bzw. Maßnahmen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entzündungen, periartikuläre Verkalkungen Schmerzbestrahlungen, endovaskuläre Strahlentherapie, etc.</li> </ul>														
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weitgehend flächendeckendes Angebot an Strahlentherapie - Hochvolttherapiegeräten</li> <li>• Für mittelfristige Erbringung von Spezialprozeduren wie Stereotaxie, intensitätsmodulierte Radiotherapie und intraoperative Radiotherapie: Vorhaltung von sogenannten Dedicated Units sicherzustellen</li> <li>• Reinvestition von Gamma-Knifes und Telekobalttherapiegeräten prioritär durch Linearbeschleuniger</li> <li>• Angaben zu Planung und Personal in Zusammenhang mit entsprechenden Angaben zur Radioonkologie (siehe Kap. 2.3.17)</li> </ul>														
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p>Angaben zur Personalausstattung für STR mit strahlentherapeutischer Grundsatzversorgung gemäß EU-Richtlinie 97/43/EURATOM bei einer Standardfrequenz von 800 Patientinnen/ Patienten pro Jahr</p> <p><i>Berufsgruppe</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>• Ärztliches Personal (inkl. Ä. in Ausbildung zur FÄ/zum FA für Radioonkologie)</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>• Diplomiertes Pflegepersonal</td> <td style="text-align: right;">3,5</td> </tr> <tr> <td>• MTF</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>• Radiotechnologinnen bzw. -technologen</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>• <i>Technisches Personal:</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>• Diplom Physikerin/Physiker, HTL-Ingenieurin/HTL-Ingenieur</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>• Technikerin/Techniker</td> <td style="text-align: right;">Verfügbarkeit sicherzustellen</td> </tr> </table> <p>* <i>Anmerkungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für Spezialverfahren (Stereotaxie, Ganzkörperbestrahlung, intensitätsmodulierte Radiotherapie und intraoperative Radiotherapie): pro jährlich 100 Patientinnen/Patienten je eine zusätzliche Ärztin/ein zusätzlicher Arzt und eine/ein zusätzliche/zusätzlicher Radiotechnologin bzw. -technologe sowie pro jährlich 200 Patientinnen/Patienten je eine zusätzliche Physikerin/ein zusätzlicher Physiker vorzuhalten</li> <li>• Bei höherer Patientenzahl: zusätzliches Personal nach Bedarf</li> </ul> <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal: FÄ für Radioonkologie</li> </ul>	• Ärztliches Personal (inkl. Ä. in Ausbildung zur FÄ/zum FA für Radioonkologie)	6	• Diplomiertes Pflegepersonal	3,5	• MTF	2	• Radiotechnologinnen bzw. -technologen	13	• <i>Technisches Personal:</i>		• Diplom Physikerin/Physiker, HTL-Ingenieurin/HTL-Ingenieur	4	• Technikerin/Techniker	Verfügbarkeit sicherzustellen
• Ärztliches Personal (inkl. Ä. in Ausbildung zur FÄ/zum FA für Radioonkologie)	6														
• Diplomiertes Pflegepersonal	3,5														
• MTF	2														
• Radiotechnologinnen bzw. -technologen	13														
• <i>Technisches Personal:</i>															
• Diplom Physikerin/Physiker, HTL-Ingenieurin/HTL-Ingenieur	4														
• Technikerin/Techniker	Verfügbarkeit sicherzustellen														
<b>Infrastruktur</b>	<p><i>In der Abteilung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Linearbeschleuniger: 2</li> <li>• Anzahl Brachytherapiegeräte: 1 (fakultativ)</li> <li>• Anzahl Geräte mit Simulationsfunktion: 1</li> <li>• Bestrahlungsplanungssystem mit zwei Arbeitsplätzen</li> <li>• Sonographie für Planung, Nachsorge und Brachytherapie</li> </ul> <p><i>In der Krankenanstalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planungs-CT: ab 800 Patientinnen/Patienten im Jahr unter Sicherstellung der primären Verfügbarkeit für STR-Zentrum</li> <li>• Zugang zu MR</li> <li>• Abteilung für Innere Medizin mit onkologischem Schwerpunkt</li> <li>• Chirurgische Abteilung mit onkologischem Schwerpunkt</li> <li>• Zugriff pro LIN auf 10 bis 15 Betten in der KA</li> </ul>														

## 2.7.5 Emissions-Computertomographie (ECT)

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

## 2.7.6 Positronen-Emissions-Computertomographie (PET)

<b>Definitionen, Zielgruppen</b>	<p>Darstellung von physiologischen oder pathophysiologischen Funktionsabläufen durch Verabreichung eines radioaktiv markierten Pharmakons (Tracer) und Dokumentation der Aufnahme der Radionuklide in bestimmten Organe sowie deren Zirkulation, Stoffwechsel oder Elimination; weiters u. a. Darstellung bestimmter Strukturen mit radioaktiv markierten Antikörpern bzw. Rezeptoren</p> <p><i>Funktionsprinzip</i></p> <p>Verwendung von mit Positronenstrahlern markierten Radiopharmazeutika, bei Zerfall der Nuklide Positronenbildung, bei Aufeinandertreffen von Positron und Elektron gegenseitige Vernichtung unter Freisetzung zweier um 180° entgegengesetzt gerichteter Gammaquanten, Lokalisation dieses Ereignisses durch Koinzidenzmessung unter Detektierung und Bildgebung mittels PET-Gerät</p>
<b>Versorgungsstrukturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhaltung nuklearmedizinisch konventioneller Basisversorgung</li> <li>• Vorhaltung von PET-Geräten grundsätzlich nur für Krankenanstalten vorzusehen, die Schwerpunktfunktion haben bzw. an Krankenanstalten mit ONKR, IONKZ oder IONKS</li> <li>• Vorhaltung von PET-Geräten an Krankenanstalten (intra- und extramural) ohne vollständige Erfüllung obiger Anforderung: Betrieb in enger organisatorischer Zusammenarbeit sowie in medizinisch-qualitativer Abstimmung mit zumindest einer Einrichtung entsprechend obiger Vorgaben</li> </ul>
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal</li> <li>• MTD</li> <li>• MTF</li> <li>• Medizinphysikerin/-physiker</li> </ul> <p><i>Qualifikation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FÄ/FA für Nuklearmedizin</li> <li>• Physikerin/Physiker mit Spezialausbildung „Medizinphysikerin/-physiker“:</li> </ul>
<b>Leistungsangebote</b>	<p>PET-Untersuchungen insbesondere für die Bereiche Onkologie, Kardiologie, Neurologie und Psychiatrie</p>
<b>Sonstiges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Durchführung einer anästhesiepflichtigen Untersuchung: Sicherstellung einer entsprechenden Möglichkeit zur Anästhesie</li> </ul>

## 2.8 Leistungsmatrix

In der Leistungsmatrix (LM) werden für ausgewählte medizinische Einzelleistungen (MEL) jene Qualitätskriterien definiert, die im Falle der Erbringung der jeweiligen MEL von der betreffenden Krankenanstalt sicherzustellen sind. Im Traumafall ist die Erbringung sämtlicher MEL der Leistungsmatrix - unabhängig von den Angaben in der Spalte „KTyp“ - in Abteilungen bzw. Departments für UC zulässig. Bei Notfällen sind grundsätzlich Abweichungen von den Bestimmungen der Leistungsmatrix möglich. Entsprechend § 3 (1) Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl. I Nr. 179/2004) sowie der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens gelten diese Festlegungen unabhängig von der Organisationsform der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers und damit für alle Akut-Krankenanstalten (also für FKA, UKH und SAN, ggf. in transformierter Form) gleichermaßen. In der LM werden pro MEL folgende Qualitätskriterien erfasst (vgl. dazu auch Legende zur nachfolgenden Darstellung der LM):

- Mindestversorgungsstruktur (MVS): Typ der bettenführenden Einheit, die in einem für die jeweilige MEL zuständigen Sonderfach in der leistungserbringenden KA mindestens vorhanden sein muss - Typen:
  - Dislozierte Tagesklinik
  - reduzierte Organisationsform (Fachs Schwerpunkt, Department)
  - Fachabteilung
  - Referenzzentrum bzw. besonderer Leistungsbereich

Prinzipiell ist die tagesklinische Leistungserbringung für alle MEL im Sinne des LKF-Tagesklinik-Katalogs zulässig, wenn die entsprechende Mindestversorgungsstruktur (d.h. RFZ, ABT, ROF) in der betreffenden KA vorhanden ist (zusätzlich alle „sonstigen MEL“ mit Codierung xxxx9).

- Mindest-Krankenanstaltentyp zur Versorgung von Kindern (KTyp): Bettenführende Einheiten für KI bzw. KCH-Sicherstellung, die zur Versorgung von Kindern im Alter unter 15 Jahren in der leistungserbringenden KA mindestens vorhanden sein müssen - reichend vom „Kinderzentrum“ mit Abteilung für KI und KCH-Sicherstellung (Typ 1) bzw. vom „Kinderorthopädischen Zentrum (KOZ)“ bis hin zu KA ohne bettenführenden Einheiten für KI bzw. KCH (Typ 4, z. B. UKH).
- Intensivmedizinische Versorgung (INT): Bettenführende Einheiten zur intensivmedizinischen Versorgung, die in der leistungserbringenden KA mindestens vorhanden sein muss (Intensivbehandlungseinheit, Überwachungseinheit).
- Computertomographie / Magnetresonanztomographie (CT/MR): Verfügbarkeit von CT und/oder MR, die von der leistungserbringenden KA sicherzustellen ist.
- Histopathologische Befundung (HP): Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitt, die von der leistungserbringenden Krankenanstalt sicherzustellen ist (gilt nur für MEL, die mit der Differenzialdiagnostik von Tumoren im Zusammenhang stehen).
- Referenzzentrum (RFZ) bzw. besonderer Leistungsbereiche (BLB): Spezialisierte Versorgungseinheit mit gebündelter Erbringung komplexer medizinischer Leistungen, die in der leistungserbringenden KA vorhanden sein muss; für MEL, deren Erbringung eine solche spezialisierte Versorgungseinheit voraussetzt, werden in der LM keine Qualitätskriterien definiert - in diesen Fällen gelten die für die RFZ bzw. BLB insgesamt definierten Qualitätskriterien (vgl. Kap. 2.5 bis 2.7).
- In der LM nicht abgebildet werden:
  - MEL aus den Bereichen der CH und der GGH, soweit diese der Grundversorgung zuzuordnen sind (dafür erforderlich: Abteilung, CT und Überwachungseinheit)
  - Alle "sonstigen" MEL mit MEL-Code xxxx9 (nicht näher beschriebene MEL)
  - MEL im Bereich der Diagnostik und nichtchirurgischen Therapie (soweit diese kein Referenzzentrum bzw. keinen besonderen Leistungsbereich erfordern)