

Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien – stationäre Versorgung 2025

Inhaltsübersicht

Vorwort

Abschnitt I: Zielvorstellungen und Gegenstand der Planung

1. Zielvorstellungen und Grundsätze
2. Von der Planung umfasste Krankenanstalten
3. Planungsgebiet und regionale Versorgungswirkung
4. Inhalt der Planung

Abschnitt II: Leistungsangebotsplanung

1. Umfang der Leistungsangebotsplanung
 - 1.1. Leistungsangebotsplanung für verschiedene Fachrichtungen
 - 1.2. Intensivbereiche (unter Einschluss der Neonatologie)
 - 1.3. Dislozierte Tagesklinik
 - 1.4. Tagesklinik
 - 1.5. ambulante Betreuungsplätze
 - 1.6. Referenzzentren und Schwerpunktversorgung, diese beschränkt auf die Kardiologie
 - 1.7. Zentrale Ambulante Erstversorgung und zentrale Notfallversorgung
 - 1.8. Spezielle Leistungsangebotsplanung
 - 1.9. Dialyse-Einheiten
 - 1.10. Großgeräteplanung
 - 1.11. Rehabilitation

2. Zielplanung 2025

3. Qualitätskriterien

Anhänge

Anhang A: RSG-Planungsmatrix - stationär (Blätter 1-xx)

Anhang B: Großgeräteplan (gemäß ÖSG)

Anhang C: Begriffsbestimmungen/Abkürzungs- und Legendenblatt

Vorwort

Der Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien 2025 wurde im Umlaufverfahren der Landeszielsteuerungskommission im Mai 2022 beschlossen. Die stationäre Ziel- bzw. Kapazitätsplanung wurde in der vorliegenden Fassung an die Vorgaben der RSG-Planungsmatrix gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 bzw. Verordnung der Gesundheitsplanungs- GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG-VO 2020) angepasst.

Abschnitt I: Zielvorstellungen und Gegenstand der Planung

1. Zielvorstellungen und Grundsätze

Der Regionale Strukturplan Wien 2025 baut auf folgenden Zielvorstellungen und Grundsätzen auf:

- o Sicherstellen der stationären Akutversorgung durch leistungsfähige, bedarfsgerechte, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte und – soweit sinnvoll und möglich – in regionalen Verbänden organisierte Akut-Krankenanstalten (inkl. Kooperationen)
- o Vermehrtes Einsetzen von tagesklinischen und ambulanten Behandlungskonzepten, wobei die präoperative Abklärung und die postoperative medizinisch-pflegerische Betreuung sicherzustellen sind und die Organisation der häuslichen Nachsorge als Teil des Entlassungsmanagements im Behandlungsprozess integriert ist.
- o Umsetzen von abgestuften Organisationsformen zur Verringerung vollstationärer Bettenkapazitäten, wobei diese nicht additiv, sondern substitutiv einzurichten sind

- o Fördern von interdisziplinären Strukturen zur Verbesserung des Leistungsangebots und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte (Nutzung von Größenvorteilen bzw. Beachtung von Fixkostensprüngen)
- o Sicherstellen einer bedarfsorientierten Umstrukturierung der Kapazitäten von Fächern mit steigendem Bedarf und solchen mit sinkendem Bedarf
- o Fortsetzen der Anpassung stationärer Bereiche auf die speziellen Bedürfnisse der in ihrer Anzahl anwachsenden hochbetagten Patientinnen und Patienten
- o Sicherstellen von stationär und ambulant verschränkten, vorrangig multiprofessionellen Angeboten in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik für Erwachsene und Kinder und Jugendliche und deren Vernetzung insbesondere mit Angeboten im Sozial- und Bildungsbereich
- o Vermehrtes bedarfsgerechtes Auf- und Ausbauen der Versorgung in den Bereichen der Akutgeriatrie und/oder Remobilisation sowie Palliativmedizin in Krankenanstalten und deren Vernetzung mit den extramuralen Angeboten im Gesundheits- und Sozialbereich
- o Entwickeln und umwidmen von Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit in alternative Versorgungsformen (z.B. Kurzzeitpflegestationen, regionale Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Nahtstellenfunktion)

Bei der Weiterentwicklung der Akut-Krankenanstalten (Akut-KA) gelten die nachstehend angeführten Planungsrichtwerte aus dem ÖSG als Orientierungsgrößen. Die fachrichtungsspezifisch festgelegten Erreichbarkeitsrichtwerte und Richtintervalle zu den Bettenmessziffern (BMZ) sollen nur in begründeten Ausnahmefällen über- bzw. unterschritten werden. Die Erreichbarkeitsrichtwerte pro Fachrichtung sollen für mindestens 90 Prozent der Gesamtbevölkerung des jeweiligen Bundeslandes (unter Berücksichtigung auch bundesländerübergreifender Versorgungsbeziehungen) eingehalten werden. Die Bettenmessziffern für Akutgeriatrie/Remobilisation, für Palliativmedizin und für Psychosomatik stellen Orientierungswerte dar.

Tabelle 1: Planungsrichtwerte für die Normalpflege- und Intensivbereiche sowie tagesklinische/tagesambulante Versorgung in Akutkrankenanstalten (Planungshorizont 2025)

Fachbereiche/Versorgungsbereiche	Err. (Min.)	BMZvs (min)	BMZvs (max)	PMZ	KMZ	BMZ 2018	MBZ
Intensivbehandlungsbereiche (INT/IS)	60	0,23	0,38	-*	0,30	0,19	6
Intensivüberwachungsbereiche (INT/UE)	45			-*	-	0,11	4
Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)	45	0,09	0,15	-*	0,12	0,15	20
Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)	*	0,02	0,04	-*	0,03	0,03	20
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ¹	60	0,05	0,09	0,04	0,11	0,05	30
Chirurgie (CH)	45	0,38	0,63	0,01	0,51	0,65	30
Neurochirurgie (NCH)	60	0,05	0,08	-*	0,06	0,06	30
Innere Medizin (IM)	45	0,96	1,59	0,05	1,32	1,44	30
- davon Pulmologie (PUL) / Innere Medizin-Pneumologie (IM-PUL)	*	0,07	0,11	-*	0,09	0,11	30
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH)	45	0,17	0,29	0,01	0,24	0,33	20
Neurologie (NEU)	60	0,17	0,28	-*	0,22	0,23	30
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe B (NEU-ANB/B)	60	0,04	0,06	-*	0,05	0,04	3
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe C (NEU-ANB/C)	90	0,05	0,09	-*	0,07	0,07	8
Psychiatrie (PSY, exkl. PSY-ABH und PSY-FOR)	60	0,31	0,51	0,09	0,50	0,38	30
Haut- und Geschlechtskrankheiten (DER)	90	0,03	0,05	-*	0,04	0,07	25
Augenheilkunde (AU)	90	0,02	0,04	0,04	0,07	0,08	20
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	60	0,07	0,11	-*	0,09	0,12	25
Urologie (URO)	60	0,09	0,15	-*	0,12	0,14	25
Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (PCH)	*	0,02	0,03	-*	0,02	0,03	15
Orthopädie und Traumatologie (ORTR)	45	0,43	0,71	0,02	0,59	0,68	30
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	*	*	*	*	*	0,02	15
Strahlentherapie-Radioonkologie (STR)	90	*	*	*	*	0,03	*
Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)	*	*	*	*	*	0,01	*
Psychosomatik / Erwachsene (PSO-E)	90	0,04	0,06	0,01	0,06	0,05	20
Psychosomatik / Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSO-KJ) ¹	90	0,02	0,04	-*	0,03	0,01	6
Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	45	0,24	0,40	0,02	0,34	0,21	24
Remobilisation/Nachsorge (RNS) ⁴	*	0,04	0,06	-*	0,05	0,03	24
Palliativmedizin (PAL) / Erwachsene	60	0,05	0,08	-*	0,05	0,04	8
Palliativmedizin (PAL) / Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	*	*	*	*	*	*	*
Gemischter Belag (GEM)	*	*	*	*	*	0,02	*
Summe (exkl. PSY-ABH und PSY-FOR) ²	*	3,62	5,99	0,32	5,08	5,27	*

¹ gültig bis zum Aufbau stationär ersetzender ambulanter Versorgungsstrukturen

² Summen enthalten auch Fachbereiche/Versorgungsbereiche ohne ausgewiesene Planungsrichtwerte oder IST-Werte (*)

* Angaben nicht sinnvoll bzw. nicht verfügbar

Legende:

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

BMZvs	Bettenmessziffer-vollstationär (Bettenäquivalente als Basis für Planbetten in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EW) ausschließlich für <u>vollstationäre Aufenthalte</u> zum Planungshorizont 2025
BMZvs(min)	untere Grenze des BMZvs-Soll-Intervalls, das von BMZvs(min) und BMZvs(max) begrenzt wird
BMZvs(max)	obere Grenze des BMZvs-Soll-Intervalls, das von BMZvs(min) und BMZvs(max) begrenzt wird
PMZ	Platzmessziffer (Summe Tagesklinikplätze und ambulante Betreuungsplätze in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EW) zum Planungshorizont; Berechnung gemäß Anhang 2
KMZ	Kapazitätsmessziffer (Summe Mittelwert des BMZvs-Intervalls und PMZ); Kapazitätsbedarf in Akut-KA für die vollstationäre und tagesklinische/tagesambulante Versorgung zum Planungshorizont: Planungsrichtwerte für AG/R, KJP, PSY und PSO; Orientierungswerte für sonstige Fachbereiche und Summe
BMZ 2018	Bettenmessziffer (systemisierte Akutbetten inkl. Tagesklinikplätze in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EW 2018}; CH inkl. HCH, GCH, TCH, TXC
MBZ	Mindestbettenanzahl für ABT: Qualitativ und wirtschaftlich optimierte-minimale Betriebsgröße einer Abteilung (ABT); systemisierte Betten/Planbetten inkl. Tagesklinikplätze (TKP) und Anrechnung ambulanter Betreuungsplätze (ambBP); bei Anrechnung TKP und ambBP Anzahl Betten für vollstationäre Aufenthalte \geq MBZ für ROF (vgl. Kap. 2.3.2.2); bezüglich INT, NEU-ANB, PSO-KJ und PAL für <u>alle</u> bettenführenden Einheiten anzuwenden - unabhängig von der Organisationsform); <u>Einrichtung ABT</u> : führendes Kriterium Versorgungsfunktion gem. § 2b Abs. 1 KAKuG (vgl. auch Kap. 2.3.2.2)

Anmerkungen zu MBZ:

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

Anmerkungen zu BMZvsmin:

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

Wohnbevölkerung 2018: 8.822.267; Wohnbevölkerung 2025: 9.056.613

Anmerkungen zu den Fachbereichen/Versorgungsbereichen:

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

Quellen: BMSGPK – Krankenanstalten-Statistik 2018; Statistik Austria – Bevölkerungsstatistik 2018; GÖG-eigene Berechnungen

2. Von der Planung umfasste Krankenanstalten

Zur Sicherung der öffentlichen Akutversorgung dienen in erster Linie die Fonds-Krankenanstalten im Sinne des § 64a Abs. 1 Wiener KAG – das sind Krankenanstalten, die auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens über den Wiener Gesundheitsfonds finanziert werden. Der Regionale Strukturplan Wien 2025 bezieht sich auf diese Fonds-

Krankenanstalten, wobei aber auch die beiden Unfallkrankenhäuser mit ihren Akutversorgungsaufträgen berücksichtigt werden. Private, nicht gemeinnützige Krankenanstalten, werden, soweit dies zweckmäßig ist, ebenfalls in ihrer Versorgungswirksamkeit berücksichtigt.

Für die Unfallkrankenhäuser werden die Planzahlen aus einem gesonderten Planungsprozess zwischen der AUVA und der Stadt Wien übernommen.

Die Planzahlen für die Psychiatrie und die Psychosomatik für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene werden aus einem gesonderten Planungsprozess des WIGEV mit dem psychosozialen Dienst der Stadt Wien übernommen (PPV = psychiatrisch und psychosomatischer Versorgungsplan)

Die Nicht-Fonds- Krankenanstalten mit Ausnahme der beiden Unfallkrankenhäuser werden mit dem Ist-Stand 2018 abgebildet.

3. Planungsgebiet und regionale Versorgungswirkung

Das Planungsgebiet umfasst die Katasterfläche von Wien.

Die Versorgungswirkung der Wiener Fonds-Krankenanstalten und Unfallkrankenhäuser reicht weit über die Wiener Stadtgrenze hinaus. Besonders intensiv ist diese überregionale Versorgungswirkung in Bezug auf jene Patientinnen- und Patientengruppen, die einer hochspezialisierten Versorgung bedürfen und deren Versorgung in dem Strukturplan mitberücksichtigt ist. Im Sinne des §21(5) Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG werden erstmals insbesondere die Strukturen und Kapazitäten ausgewiesen, die bei unverminderter Fortschreibung der Inanspruchnahme durch inländische Gastpatient*innen zum Planungshorizont zu erwarten wären.

4. Inhalt der Planung

Der Regionale Strukturplan Wien 2025 legt unter Bedachtnahme auf die gesetzlichen Vorgaben und auf die bestehenden Strukturen ein abgestuftes und bedarfsgerechtes Krankenhausversorgungssystem fest.

Im Regionalen Strukturplan Wien 2025 für die stationäre Versorgung werden festgelegt:

- o die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung für das gesamte Bundesland (inkl. der Anzahl der Plätze in Dialyseeinrichtungen)
- o die Fächerstrukturen (differenziert nach der abgestuften Leistungserbringung) und die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) für jede von der Planung umfasste Krankenanstalt
- o Betriebsformen von Spitalsambulanzen je Fach-/Versorgungsbereich
- o Stationäre Organisationsformen je Fach-/Versorgungsbereich
- o Strukturqualitätskriterien
- o Referenzzentren

Standorte und Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte (GGP) werden aus dem österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) in der zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des RSG geltenden Fassung übernommen und im regionalen Strukturplan abgebildet. Die Standort- und Fächerstrukturen sowie die Planbetten 2025 je Fachrichtung stellen für das Bundesland Wien nicht zu überschreitende Obergrenzen dar, wobei die Ausgestaltung und Umsetzung in Abhängigkeit von den verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen durch die Krankenanstaltenträger erfolgt.

Abschnitt II: Leistungsangebotsplanung

1. Umfang der Leistungsangebotsplanung

Die Leistungsangebotsplanung umfasst:

- o Leistungsangebotsplanung für verschiedene Fachrichtungen
- o Intensivbereiche (unter Einschluss der Neonatologie)
- o Tagesklinik
- o Referenzzentren
- o Zentrale Ambulante Erstversorgung
- o Spezielle Leistungsangebotsplanung

1.1. Leistungsangebotsplanung für verschiedene Fachrichtungen

Die Leistungsangebotsplanung für die verschiedenen Fachrichtungen wird im Regionalen Strukturplan Wien 2025 abgebildet. Die Abbildung erfolgt in PLAN Betten 2025. Für Spitalsambulanzen ist die Betriebsform angeführt. Zusätzlich werden die Dialyse-Einheiten je Standort ausgewiesen.

1.2. Intensivbereiche (unter Einschluss der Neonatologie)

Eine flächendeckende intensivmedizinische Versorgung bzw. Überwachung soll gewährleistet werden. Patientinnen und Patienten in längerfristiger Intensivbehandlung (insbesondere solche mit schweren organischen Dysfunktionen) sollen in Krankenanstalten mit entsprechend ausgestatteten Intensivbereichen transferiert werden.

Die Intensivbehandlungseinheit (ICU) ist eine Betteneinheit für Schwerstkranke, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und wiederhergestellt bzw. durch besondere intensivtherapeutische Maßnahmen aufrechterhalten werden müssen.

Die Intermediäre Überwachungseinheit (IMCU) ist eine Organisationseinheit zur Überwachung und Behandlung von Frischoperierten nach ausgedehnten Eingriffen sowie für prä- und nichtoperative Schwerkranke, deren Vitalfunktionen gefährdet sind. Die Intermediäre Überwachungseinheit ist nicht für die Behandlung schwerer organischer Dysfunktionen beispielsweise mittels mechanischer Atemhilfe, Hämofiltration etc. zu strukturieren. In Notfällen sollte dort jedoch die Möglichkeit bestehen, kurzfristige (auf einige Tage beschränkte) Intensivbehandlungen (insbesondere künstliche Beatmung) durchzuführen. Patientinnen und Patienten, die einer längerfristigen Intensivbehandlung bedürfen, sind an eine Intensivstation zu transferieren. Operative IMCU sollten unter anästhesiologischer Leitung stehen, können aber auch im Rahmen allgemeinchirurgischer Abteilungen geführt werden.

Die Einschränkungen bezüglich künstlicher Beatmung gelten nicht für Intermediäre Überwachungseinheiten der Fachrichtung Pulmologie, da die mechanische Atemhilfe ein typisches Leistungsmerkmal für pulmologische Intermediäre Überwachungsstationen darstellt.

Der sogenannte „postoperative Aufwachbereich“ wird nicht den Intermediären Überwachungsstationen zugerechnet, da der postoperative Aufwachbereich kein eigenständiger bettenführender Bereich ist.

Die Neonatologie als größtes und zum Teil eigenständiges Teilgebiet der Kinderheilkunde hat neben der Gesamtversorgung mit präventivmedizinischem Schwerpunkt die Diagnose und Therapie von Erkrankungen der Neugeborenen zum Inhalt. Als Neugeborene gelten alle Kinder während der ersten 28 Lebenstage. Einerseits handelt es sich bei der Neonatologie um die Behandlung von Frühgeborenen, die vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurden und meist unter 2500 Gramm wiegen. Frühgeborene sind meist gesund, aber unreif und benötigen daher eine Behandlung, in deren Mittelpunkt die Unterstützung von Atmung und Kreislauf, die Abwehr von Infektionen und die Ernährung steht. Andererseits werden auch reife Neugeborene betreut, wenn diese in ihren vitalen Funktionen eingeschränkt oder bedroht sind.

Im Anhang A werden je Krankenhaus Bettenobergrenzen für Intensivseinrichtungen differenziert nach ICU und IMCU jeweils für Erwachsene und Kinder ausgewiesen.

1.3. Dislozierte Tagesklinik

Unter einer dislozierten Tagesklinik (dTK) wird eine bettenführende Struktur zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit zeitlich eng beschränktem stationären Versorgungsbedarf (tagsüber) verstanden, die nur an Standorten ohne Einheiten der betreffenden Fachrichtung und unter Beschränkung des medizinischen Leistungsspektrums einzurichten ist, sofern eine geeignete Kooperation mit einer Abteilung der betreffenden Fachrichtung besteht und vertraglich vereinbart ist.

1.4. Tagesklinik

Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen und/oder Departments der betreffenden Fachrichtung und unter Beschränkung des medizinischen Leistungsangebotes eingerichtet werden. Tagesklinische Betten sind systemisierte Betten und in der Anzahl der Betten im Normalpflegebereich enthalten.

1.5. ambulante Betreuungsplätze

Ambulante Betreuungsplätze sind Teil der tagesambulant Versorgung und wurden neu in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) aufgenommen. Auf ambulanten Betreuungsplätzen (ambBP) wird grundsätzlich mehrstündige ambulante Behandlung/Beobachtung in definierten ambulanten Versorgungsbereichen (onkologische Pharmakotherapie, Tagesbehandlung in PSY, KJP, PSO, AG/R, sowie in fachspezifischen ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant sowie ambulant erbrachte tagesklinische Leistungen) erbracht.

1.6. Referenzzentren und Schwerpunktversorgung

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

Grundsätzlich können nur solche KA-Standorte als RFZ anerkannt werden, die die jeweils spezifischen Anforderungen zur Infrastruktur und Personalqualifikation inklusive Ausbildungstätigkeit sowie die entsprechenden Planungsvorgaben hinsichtlich allfälliger Mindestfallzahlen und -einzugsbereiche uneingeschränkt erfüllen.

Schwerpunkte werden im RSG Wien 2025 beschränkt auf die Kardiologie ausgewiesen, um den Krankenanstalten, die außerhalb von Referenzzentren interventionelle, kardiologische diagnostische und therapeutische Leistungen erbringen die Möglichkeit der Abrechnung mit dem Landesgesundheitsfonds zu ermöglichen.

1.7. Zentrale Ambulante Erstversorgung

Die „Zentrale ambulante Erstversorgung“ (ZAE) übernimmt die Erstversorgung von Akut- und NotfallpatientInnen, also (Erst-)Versorgung von Patientinnen und Patienten ohne Termin (ungeplante Zugänge) mit akuter Symptomatik. In der Krankenanstalt ist festzulegen, für welche Fachbereiche zu welchen Zeiten die Erstversorgung in der ZAE erfolgen soll. Patientinnen und Patienten werden nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung (Triage) ambulant begutachtet und erst- oder abschließend behandelt. Akutfälle können ambulant bis zu 24 Stunden beobachtet und/oder nach Erstversorgung bei Bedarf in eine geeignete Versorgungsstruktur, auch in den niedergelassenen Bereich, bzw. zur Aufnahme in den stationären Bereich in derselben Krankenanstalt oder an eine andere für die Erkrankung geeignete Krankenanstalt weitergeleitet werden. Der ZAE kann eine interdisziplinäre Aufnahmestation direkt angeschlossen werden („Zentrale Notfallaufnahme“ - ZNA).

Eine dislozierte Führung dieser Einrichtung ist nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig.

1.8. Spezielle Leistungsangebotsplanung

In der speziellen Leistungsangebotsplanung werden die Bereiche Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Kardiologie, Onkologische Versorgung, Kinder- und Jugendonkologie, neurochirurgische Akutversorgung, Stammzellentransplantation, Referenzzentrum für Nierenkrankheiten, Schwerbrandverletzten-Versorgung und Stroke-Units und Neurologie Akutnachbehandlung sowie Einheiten für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen großteils getrennt nach Versorgungsangeboten für Erwachsene und Kinder – und Jugendliche dargestellt.

1.9 Dialyse-Einheiten

Gemäß ÖSG müssen in Schwerpunkt-Krankenanstellen Einrichtungen für Hämodialyse vorhanden sein. Die Mindestgröße (Hämodialyse-(HDia) -Plätze) beträgt 5 Behandlungsplätze.

Zu den Standorten mit Dialyse-Einheiten in den Fonds-Krankenanstellen in Wien gibt es darüber hinaus noch 72 Dialyse-Plätze im Wiener Dialysezentrum. Dieses Dialysezentrum in 1220 Wien wird gemeinsam durch den Wiener Gesundheitsverbund, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK Wien) und dem Konvent der Barmherzigen Brüder in Wien betrieben.

1.10. Großgeräteplanung

Der Großgeräteplan (GGP) enthält Standortfestlegungen und die Planung der maximalen Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte in den Wiener Fonds- Krankenanstellen unter Berücksichtigung der Geräteausstattung von Nicht-Fondskrankenanstellen und des extramuralen Sektors sowie Empfehlungen zur Geräteausstattung der Nicht-Fonds-Krankenanstellen und des extramuralen Sektors.

Der GGP wird von der Bundeszielsteuerungskommission beschlossen, im jeweils gültigen ÖSG ausgewiesen und von der Gesundheitsplanungs GmbH verordnet. Im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien wird die letztgültige Fassung aus dem Großgeräteplan des ÖSG ausgewiesen.

2. Zielplanung 2025

Die Planungsergebnisse für Wien gesamt sowie pro Krankenanstalt werden in Tabellenform (gemäß der RSG-Planungsmatrix des ÖSG 2017) dargestellt und finden sich im Anhang A. Der Tabellenaufbau ist einheitlich gestaltet und beinhaltet folgende Informationen:

Standort- und Funktionsplanung nach Krankenanstalten: systemisierte Betten 2018, tatsächlicher Bettenstand 2018, Vorhaltung von Akutbetten nach Krankenanstalten und Fachrichtungen 2025. Dabei sind die „PLAN-Betten 2025“ die anzustrebende

Zielgröße. Diese stellen die nicht zu überschreitende, behördlich genehmigte Maximalzahl an Betten dar.

Darüber hinaus werden pro Standort und Fachrichtung jene Kapazitäten ausgewiesen, die bei gleichbleibender Fortschreibung der Inanspruchnahme der jeweiligen Struktur inländische Gastpatient*innen zum Planungshorizont zu erwarten wären. Dazu wurden die durch inländische Gastpatient*innen im Jahr 2018 in Anspruch genommenen Bettenäquivalente linear zum Planungshorizont 2025 fortgerechnet.

Betten in Nicht-Fonds-Krankenanstalten mit Ausnahme der beiden Unfallkrankenhäuser der AUVA werden mit einem auf Grund der zur Verfügung stehenden Informationen geschätzten, der Akutversorgung zuzurechnenden Bettenäquivalent berücksichtigt und sind in einer gesonderten Tabelle ausgewiesen.

Weiters finden sich je Standort der Fonds-Krankenanstalten folgende Angaben: stationäre Organisationsformen und Betriebsformen von Spitalsambulanzen je Fach-/Versorgungsbereich entsprechend der Systematik des ÖSG; Anzahl der Betten zu den Modulen der neurologischen Versorgung; Rolle des Standortes in der ÜRVP entsprechend der Festlegungen im ÖSG.

Diese Angaben sind im Tabellenblatt 1 des Anhangs 1 für Wien und in den Blättern 2-4 für die Versorgungsregionen in Wien aggregiert.

3. Qualitätskriterien

Die Vorgaben für die Entwicklung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems werden im Österreichischen Strukturplan Gesundheit festgeschrieben. Dabei sind verbindliche Strukturqualitätskriterien ein integrierender Bestandteil der Leistungsangebotsplanung. Ausgehend von einer umfassenden Darstellung der Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und Methoden in Differenzierung nach medizinischen Fachbereichen und Sonderfächern werden im ÖSG Richtlinien für Qualitätskriterien festgelegt. Im Interesse einer bundesweit einheitlichen Qualitätssicherung werden für ausgewählte Versorgungsstrukturen Strukturqualitätskriterien als Mindestanforderungen festgelegt. Bezugspunkte sind dabei jeweils:

- o Personalausstattung bzw. -qualifikation
- o infrastrukturelle Anforderungen
- o Leistungsangebote
- o sonstige Merkmale

Die in der geltenden Fassung des Österreichischen Strukturplan Gesundheit enthaltenen Qualitätskriterien finden auf Fonds-Krankenanstalten (§ 64a Abs. 1 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987) Anwendung.