

KONZEPT ZUR UMSETZUNG VON ÖSG-QUALITÄTSKRITERIEN FÜR PRIKRAF KRANKENANSTALTEN

ANLAGE: PRIKRAF - CHECKLISTEN 2025 FÜR ABRECHNUNG 2026

Dokumentation und Kontrolle von Qualitätskriterien gemäß ÖSG 2023
Nachweise für die Abrechnung von LKF-Leistungen 2026

Mit dem Beschluss des ÖSG 2023 am 15. Dezember 2023 (inklusive der bis 25. April 2025 beschlossenen Anpassungen) wurden für Sanatorien wieder die Strukturqualitätskriterien in transformierter Form beschlossen. Die Rechtsverbindlichkeit ergibt sich aus dem Gesundheitszielsteuerungsgesetz mit der Änderung von relevanten Rechtsvorschriften in Begleitgesetzen (GesundheitsqualitätsG, PRIKRAF-G). In der LKF-Leistungsmatrix wird für ausgewählte medizinische Einzelleistungen (MEL) auf Strukturqualitätskriterien im ÖSG 2023 verwiesen. Für die Umsetzung der für Sanatorien anwendbaren Strukturqualitätskriterien gemäß ÖSG 2023 inklusive Transformationsregeln gilt folgendes Konzept. Von der GÖG Abteilung Gesundheitsplanung erfolgt eine adaptierte Auslegung von Qualitätskriterien für Personalanwesenheit gemäß ÖSG 2023 in Sanatorien (siehe Konzept S. 9).

GRUNDLAGEN

Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit

Mit dem Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG 2013) werden u.a. auch das **Gesundheitsqualitätsgesetz** und das Privatkrankenanstellen-Finanzierungsfondsgesetz wie folgt geändert:

Artikel 13 - Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes

§ 3. (1) Die Gesundheitsleistungserbringerinnen und -erbringer sind unabhängig von ihrer Organisationsform

1. zur Einhaltung der Qualitätsstandards nach Maßgabe dieses Bundesgesetzes und
2. zur Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013 in der jeweils geltenden Fassung, verpflichtet. Die Gesundheitsleistungen müssen den auf Grund dieses

Gesetzes geltenden Vorgaben und dem jeweiligen anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden.

(2) Bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen ist die Transparenz betreffend Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegenüber den Patientinnen und Patienten auf deren Nachfrage zu gewährleisten.

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

§ 7 Abs. (2) G-ZG Die Qualitätsarbeit ist umsetzungs- und praxisorientiert zu gestalten. Bei der Qualitätsarbeit und den vereinbarten bzw. zu vereinbarenden Qualitätsanforderungen ist eine Ausgewogenheit zwischen dem stationären und ambulanten Bereich sicherzustellen. Sämtliche Festlegungen zum Qualitätssystem haben jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit zu entsprechen. Qualitätsarbeit hat auch einen

wesentlichen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu leisten und somit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und zu deren langfristigen Finanzierbarkeit beizutragen.

§ 7 Abs. (4) G-ZG: Im Bereich der Strukturqualität wird eine einheitliche Vorgangsweise bei der Überprüfung der Einhaltung von Strukturqualitätskriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt.

Artikel 16 – Änderung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes

Im § 2 Abs.1 wird folgende Z3 eingefügt: „3. Die Festlegung von Qualitätskriterien sowie die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung“.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2023)

Der ÖSG ist zentrales Planungsinstrument im österreichischen Gesundheitswesen. Die nunmehr sechste Revision des ÖSG, der ÖSG 2023, wurde am 15. Dezember 2023 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen. Die Planungsaussagen beziehen sich, falls nicht anders angegeben, auf das Jahr 2030. Der ÖSG 2023 wurde in mehreren Bereichen überarbeitet und aktualisiert sowie weiter ausgebaut.

Die inhaltlichen Modifikationen bzw. Erweiterungen gegenüber dem ÖSG 2017 umfassen insbesondere die Aktualisierung der Planungsrichtwerte für den stationären und ambulanten Bereich sowie zum Großgeräteplan (SPECT, COR, STR und PET/CT) auf den Planungshorizont 2023, die Modifikation der Qualitätskriterien für die anästhesiologische/intensivmedizinische Versorgung auch vor dem Hintergrund der Pandemie, die Aufnahme der "Entwicklungs- und Sozialpädiatrie" in den ÖSG sowie die Aktualisierung bzw. Anpassung sämtlicher Matrizen im ÖSG (insbesondere der "Leistungsmatrizen" sowie der "RSG-Planungsmatrix").

Der ÖSG ist seit dem Jahr 2013 integraler **Bestandteil der Gesundheitsreform** (Zielsteuerung-Gesundheit) und ist mit den Zielen und Maßnahmen der Gesundheitsreform abgestimmt. Die Qualitätskriterien fokussieren auf den Bereich der Strukturqualität, da gesetzlich vorgesehen ist, dass die Strukturqualitätskriterien für die Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt werden (§ 7 G-ZG).

Private, nicht-gemeinnützige Akut-Krankenanstalten (Sanatorien, SAN) übernehmen keine Versorgungsverpflichtung (kein Kontrahierungszwang) und sind daher der Planung der öffentlichen Gesundheitsversorgung eines Bundeslandes grundsätzlich nicht unterworfen.

UMSETZUNG

Anwendung der Qualitätskriterien des ÖSG 2023

Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten bundesweit einheitlich, eine Umsetzung oder Konkretisierung in den RSG ist nicht erforderlich. Die Qualitätskriterien des ÖSG entfalten gegenüber Behörden und damit jedenfalls indirekt gegenüber Gesundheitsversorgungseinrichtungen und GesundheitsdiensteanbieterInnen als objektivierte Sachverständigengutachten rechtliche Wirkungen. Folglich sind im ÖSG enthaltene Qualitätskriterien ein Maßstab für die von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie von anderen Institutionen im Rahmen ihrer Aktivitäten zur und von den Gesundheitsversorgungseinrichtungen und GesundheitsdiensteanbieterInnen im intra- und extramuralen Bereich zu beachtende Qualitätssicherung.

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

Die im ÖSG enthaltenen Qualitätskriterien sind eine wesentliche Voraussetzung für die Leistungserbringung und sind für die Absicherung der Qualität unverzichtbar. Die Qualitätskriterien (QK) fokussieren im Wesentlichen auf die **Strukturqualität**. Prozessqualitätskriterien werden im Kapitel **Prozessqualität** in allgemeiner Form und grundsätzlich für das gesamte Gesundheitssystem gültig angesprochen. Darüber hinaus enthält der ÖSG Aussagen zur Prozessqualität in ausgewählten Versorgungsbereichen sowie Allgemeine Hinweise auf **Ergebnisqualität**. Bei Bedarf werden „transformierte“ **Qualitätskriterien für Sanatorien** dargestellt.

In privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-KA (SAN) ohne Kontrahierungszwang - und damit ohne Erfordernis von Vorhalteleistungen - sind v.a. die Strukturqualitätskriterien nicht immer unmittelbar anwendbar. In diesen Fällen sind die davon betroffenen Qualitätskriterien jeweils anlassfall- und

be-handlungsprozessbezogen gemäß den jeweiligen allgemeinen und speziellen **Transformationsregeln** zu erfüllen. **Qualitätskriterien, für die keine Transformationsregeln bestehen, sind unmittelbar anzuwenden.**

Transformationsregel für Sanatorien zur Fachstruktur (ÖSG Kap. 2.3.2.2. Organisationsformen)

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

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

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

Transformationsregel für Sanatorien zur Erfüllung der Qualitätskriterien

Generaltransformationsregel (ÖSG Kap. 3.2.1 Allgemeine Qualitätskriterien für alle Fachbereiche)

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

Transformation für Sanatorien zur Leistungsmatrix – stationär (ÖSG Kap. 3.2.2.)

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

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

JA140 Erweiterte Nephrektomie – offen

JK140 Erweiterte abdominale Hysterektomie mit Entfernung der Parametrien

JK150 Erweiterte vaginale Hysterektomie mit Entfernung der Parametrien

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

HE110 - HE150 Ösophaguschirurgie

HN030 - HN120 Pankreaschirurgie

HL030 - HL050 Leberchirurgie

HF220 - HF270 Adipositas-Chirurgie inkl. Gastric-Banding

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

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

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

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

Transformationsregel für Sanatorien für Zentrumsleistungen (ÖSG 2023 Kap. 3.2)

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

STRUKTURQUALITÄTSNACHWEISE FÜR ABRECHNUNG MIT PRIKRAF CHECKLISTEN

Allgemein

Für den Nachweis der Einhaltung der Qualitätskriterien gemäß ÖSG 2023 Kapitel 3 werden von der PRIKRAF Geschäftsstelle **Checklisten (Abfrage der technischen, personellen, organisatorischen Strukturqualität)** erstellt und den PRIKRAF Krankenanstalten jährlich, beginnend mit 2014 übermittelt. Der Nachweis der Qualitätskriterien mittels PRIKRAF Checklisten hat innerhalb der vorgegebenen Fristen durch die Sanatorien zu erfolgen. Die Überprüfung der Plausibilität, Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bei Bedarf in den Sanatorien von oder im Auftrag der PRIKRAF – Geschäftsstelle durchgeführt. Eine Abgeltung der Leistungen soll nur bei Einhaltung aller relevanten Qualitätskriterien im jeweiligen Jahr erfolgen.

Auslegung von Qualitätskriterien für Personalanwesenheit gemäß ÖSG 2023 in Sanatorien (SAN)*

Ad Qualitätskriterium „Tagdienst“ bzw. „7/24“ sind anzuwenden:

- die Generaltransformationsregel „im Anlassfall einer Behandlung“ sowie „behandlungsprozessbezogene Einsatzbereitschaft in 30 Min.“ (Rufbereitschaft); (ÖSG 2023 Kap.3.2.1 Pkt. 2+3)
- Transformationsregel zur Fachstruktur (ÖSG 2023 Kap. 2.3.2.2.)
 - Ad direktem Behandlungsvertrag Belegarzt/-ärztin/PatientIn (Pkt. 1)
 - Ad tägliche Visite (Pkt. 2)
 - Ad Nominierung von (3) Stellvertretungen desselben Sonderfachs im betreffenden SAN (Pkt. 3)
 - Ad jederzeitige Erreichbarkeit des/der Belegarztes/-ärztin bzw. Stellvertretung (Pkt. 4)

Im Fall von Referenzzentren (RFZ) und Schwerpunktversorgungsstufe (SP):

Transformationsregel für RFZ und SP (ÖSG 2023 Kap. 3.2.2): Qualitätskriterien gelten uneingeschränkt, jedoch „mit Ausnahme der jederzeitigen Aufnahmeverpflichtung“ – i.S.v. „und daran geknüpfte QK-Vorgaben“ = anlassfallbezogene Anwesenheit des/der behandelnden Arztes Ärztin gemäß Transformationsregel für Fachstruktur (Pkt. 4, keine Ausnahmeregelung wie für Pkt. 7 ad Erfüllung QK LM-stat)

Der für RFZ und SP-Stufe erforderliche ärztliche Hintergrunddienst z.B. FA CH oder FA IM (7/24) ist im ÖSG im Hinblick auf die „jederzeitige **Aufnahmeverpflichtung**“ und das **Komplikationsmanagement** vorgesehen.

Das entspricht in SAN der Transformationsregel zur Fachstruktur:

- Pkt. 3+4 : jederzeitige Erreichbarkeit des Belegarztes/-ärztin bzw. Stellvertretung
- Pkt. 5 : von jederzeitiger Verfügbarkeit ärztlicher Hilfe zur Notfallversorgung akut auftretender Komplikationen (=Komplikationsmanagement) bis zum Eintreffen des zuständigen Facharztes.

Die Aufnahmeverpflichtung entfällt in Sanatorien.

Damit kann die Transformierung „Tagdienst“ bzw. 7/24-Hintergrunddienst anlassfallbezogen als Erfordernis einer Rufbereitschaft ausgelegt werden.

ANMERKUNG: Etwaige Seitenanzahlen beziehen sich auf den ÖSG 2023 gemäß Beschluss B-ZK vom 15.12. 2023. *Die Auslegung der ÖSG-Qualitätskriterien für Personalanwesenheit in Sanatorien erfolgte durch die GÖG-Abteilung Gesundheitsplanung und soll über die zuständigen Gremien in den ÖSG aufgenommen werden.

PRIKRAF-Checklisten für spezielle Versorgungsbereiche gemäß ÖSG

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 GEBURTSHILFE (GH) Versorgung von Schwangeren, Neugeborenen und Wöchnerinnen. Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft, der Entbindung und postpartal, Betreuung von Neugeborenen, Pränataldiagnostik und gesamte Diagnostik und Therapie von angeborenen sowie schwangerschafts- und entbindungsassoziierten Erkrankungen von Mutter und Kind.

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 GEFÄSSCHIRURGIE (GCH) Durchführung operativ-instrumenteller (z.T. mikrochirurgischer) und endovaskulärer Verfahren zur Wiederherstellung v. a. erkrankter oder verletzter Blut- und Lymphgefäße

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 HISTOPATHOLOGISCHE BEFUNDUNG (HP) Intraoperative **histopathologische Befundung (HP)** mittels Gefrierschnitt von der leistungserbringenden Krankenanstalt/vom KA-Standort innerhalb von 60 Min. (inkl. Telepathologie) sicherzustellen (Diagnosestellung Tumor).

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 INTENSIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG (INT) Diagnostik und Therapie von lebensbedrohlichen Zuständen und Erkrankungen sowie deren Vermeidung (einschließlich der Stabilisierung nach großen operativen Eingriffen) in speziell dafür eingerichteten Einheiten einer Krankenanstalt; Intensivpflege als integraler Bestandteil.

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 KARDIOLOGIE (KAR) Durchführung invasiver Diagnostik und endovaskulärer und rhythmologischer Therapie/ Verfahren bei Erkrankungen des Herzens und der großen Gefäße.

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 KINDER/JUGEND (KIJU,KJC) Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen.

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 NOTFALLMANAGEMENT (NF) Die behandlungsprozessbezogene Einsatzbereitschaftszeit von entsprechend qualifiziertem Personal beträgt im Anlassfall max. 30 Minuten. Für deren Einhaltung ist mit geeigneten organisatorischen Maßnahmen (z.B. Bereitschaftspläne) Vorsorge zu treffen. Zur Überbrückung dieser Frist ist für stationäre Patienten die Anwesenheit von notfallmedizinisch qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Personal sicherzustellen.

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 ONKOLOGISCHE VERSORGUNG (ONKA) Die onkologische Versorgung umfasst alle Einrichtungen und personellen Ressourcen, die sich mit der gesamten Behandlungskette von der Früherkennung, Diagnostik, Therapie bis zur nachsorgenden Betreuung von PatientInnen mit bösartigen Neubildungen und bösartigen hämatologischen Erkrankungen befassen.

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 THORAXCHIRURGIE (TCH) Durchführung von Eingriffen im Brustraum und an der Thoraxwand (exklusive Mamma, Herz und große Gefäße)

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 TRAUMAVERSORGUNG (TR) Diagnostik, präklinische und klinische Therapie, Nachbehandlung, Rehabilitation und fachspezifische Begutachtung von akuten und chronischen Verletzungen in jedem Lebensalter

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 PSYCHIATRIE (PSY) Abrechnung von berechtigten psychiatrischen Abteilungen mit entsprechendem Funktionscode

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 AUSGEWÄHLTE SPEZIELLE MED. LEISTUNGEN (SPEZMEL) Abrechnung von speziellen medizinischen Leistungen gemäß LKF-System (Wirbelsäulenchirurgie)

ANLAGE: CHECKLISTEN 2025 FÜR ABRECHNUNG 2026

(Änderungen gelb markiert)

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 GEBURTSHILFE (GH)

KRANKENANSTALT:

ANSPRECHPARTNER: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Email: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

DEFINITION

Versorgung von Schwangeren, Neugeborenen und Wöchnerinnen (GH)

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Möglichst Vermeidung von Neugeborenen-Transporten durch rechtzeitige Verlegung der Schwangeren (Antenataltransport)
- ➔ Neugeborenen-Transport mit Inkubator dennoch für alle Versorgungsstufen der Geburtshilfe sicherzustellen
- ➔ **Geburtshilfe in KA nur an Standorten mit operativem gynäkologischem Leistungsspektrum**
- ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit in der Betreuung von Schwangeren, Neugeborenen und Wöchnerinnen erfahrenem Personal für Physiotherapie und Sozialarbeit; Opferschutzgruppe in KA
- ➔ Regelmäßige Kontrolle von Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen gemäß Mutter-Kind-Pass (intra- und extramural)
- ➔ **Prozess- und Ergebnisqualität:**
- ➔ Für alle Frühgeburten < SSW 32+0 (nicht in Sanatorien) regelmäßige entwicklungsneurologische Nachuntersuchung. Durchführung von Risikotrainings in GH-Abteilungen aller Versorgungsstufen (SOPs)

VERSORGUNGSMODELL Abgestufte Versorgung

➔ Perinatalzentrum (Maximalversorgung)

Versorgungsstruktur: ABT GGH, am Standort von KJZ mit ABT KJC

➔ Schwerpunktversorgung Typ A

Versorgungsstruktur: vorrangig in Schwerpunkt-KA mit ABT GGH, ABT KIJU mit NICU;

➔ Schwerpunktversorgung Typ B

Versorgungsstruktur: ABT GGH, ABT KIJU mit NIMCU

plötzlich auftretende, unerwartete neonatologische Notfälle müssen adäquat vor Ort zu behandeln sein; Verlegung an eine Abteilung mit höherer neonatologischer Versorgungsstufe bei anhaltenden Problemen des Neugeborenen

➔ Grundversorgung (für SANATORIEN)

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

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

➤ Regelmäßige Schulung in Neugeborenen-Reanimation für das interdisziplinäre Team in KA. Nachweis regelmäßiger Schulungen für Neugeborenen-Reanimation und Risikotraining für extramural tätige Hebammen		➤ Geburtshilflich tätige SAN haben die Qualitätskriterien sowie die notwendigen Voraussetzungen für die Grundversorgung uneingeschränkt sicherzustellen.
PERSONAL - ANWESENHEIT	GH-GRUNDVERSORGUNG	NAMEN (alle für den jeweiligen Dienstbetrieb erforderlichen MA) Format: Vorname, Nachname, Titel, Geb. Datum (TTMMJJJJ)
FA für GGH in KA	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA für KIJU in KA	Konsiliardienst	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Hebamme 1	7/24	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA für AN/INT in KA	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
DKKP/DGKP	7/24 oder 2. Hebamme	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Klinische Psychologie	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
AUSSTATTUNG	ANFORDERUNG	BESCHREIBUNG
Operationsbereitschaft	7/24	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Intensivversorgung 2	IMCU	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Neonatologie	Transfer	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1 Wenn in einer KA weniger als 365 Geburten durchgeführt werden, hat die Hebamme bzw. DGKP/DGKS jedenfalls bei Patientinnenanwesenheit 7/24 anwesend zu sein.

2 siehe PRIKRAF Checkliste INTENSIV; (ZA=Zusammenarbeit)

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 GEFÄSSCHIRURGIE (GCH)

Änderungen 2025 gelb

KRANKENANSTALT: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) ANSPRECHPARTNER: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Email: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

DEFINITION

Durchführung operativ-instrumenteller (z. T. mikrochirurgischer) und endovaskulärer Verfahren zur Wiederherstellung v. a. erkrankter oder verletzter Blut- und Lymphgefäße

Spezifische Qualitätskriterien

Interventionelle Radiologie an KA mit Gefäßchirurgie (GCH) für spezifisches Komplikationsmanagement; in Bundesländern ohne ausgewiesene GCHS Standorte: für bestehende Standorte mit interventionellen Leistungen gemäß LM-stat GCHS institutionelle Anbindung an GCHZ

Eingriffe an der A. Carotis und anderen hirnversorgenden Gefäßen nur an KA-Standorten mit ICU und MR sowie in enger Zusammenarbeit mit ABT für NEU mit Stroke Unit

Prozessqualität: Einrichtung von interdisziplinären **Gefäßboards** für komplexe Fälle

VERSORGUNGSMODELL Abgestufte Versorgung (Sanatorien)

Zentrum für Gefäßchirurgie (GCHZ):

- ➔ Referenzzentrum
- ➔ Versorgungsstruktur: ABT für CH mit Schwerpunkt GCH; RAD mit interventioneller Radiologie.
- ➔ Gesamtes Spektrum an gefäßchirurgischen und endovaskulären Maßnahmen an Blut- und Lymphgefäßen gemäß LM-stat

Schwerpunkt für Gefäßchirurgie (GCHS):

- ➔ Versorgungsstruktur: ABT für CH mit Schwerpunkt GCH; RAD mit interventioneller Radiologie,
- ➔ Gefäßchirurgische und endovaskuläre Maßnahmen exkl. den GCHZ vorbehaltenen Leistungen gemäß LM-stat

PERSONAL - ANWESENHEIT	GCHS	GCHZ	NAMEN (alle für den jeweiligen Dienstbetrieb erforderlichen MA) Format: Vorname, Nachname, Titel, Geb. Datum (TTMMJJJJ)
FA für CH in KA	Rufbereitschaft		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA für CH-GCH	Rufbereitschaft	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA IM/IM-ANG in KA	-	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA RAD in KA	Rufbereitschaft	7/24	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA RAD m. Erfahrung in intervent. Radiologie in KA	Rufbereitschaft	Rufbereitschaft Tag-dienst, NWF	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
RT mit Erfahrung in endovaskulären Verfahren	Rufbereitschaft	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
AUSSTATTUNG	ANFORDERUNG		BESCHREIBUNG
OP inkl. intraoperativer Angiographie	Tagesbetrieb	7/24 betriebsbereit	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Intensivversorgung 1	IMCU	ICU 2	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Digitale Subtraktions-Angiographie	KA	KA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
MR-Angiographie	ZA	zumindest Tagdienst	
CT-Angiographie	KA	7/24 betriebsbereit	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
STRUKTURVORGABEN			BESCHREIBUNG
Gefäßboard interdisziplinär	ZA		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1 siehe PRIKRAF Checkliste INTENSIV

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 HISTOPATHOLOGISCHE BEFUNDUNG (HP)		
KRANKENANSTALT: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. ANSPRECHPARTNER: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Email: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Änderungen 2025 (gelb)		
DEFINITION ÖSG 2024 Kap. 3.2.2 Leistungsmatrix stationär (LM-stat) Die in der LM-stat enthaltenen Qualitätskriterien gelten für die in der LM-stat geregelten Einzelleistungen bei elektiven Aufenthalten. Neben den standardisierten QK-Zuordnungen in der LM-stat sind ergänzend auch alle zu den ausgewählten Fach- und Versorgungsbereichen (Kapitel 3.2) angeführten QK-Vorgaben zu erfüllen. Sämtliche Festlegungen gelten für alle Akut-Krankenanstalten (in SAN ggf. in transformierter Form). Sämtliche in der LM-stat ausgewiesene Qualitätskriterien gelten als „essentielle Qualitätsstandards“ gemäß § 3 Abs. 3 Gesundheitsqualitätsgesetz.		VERSORGUNGSMODELL: Intraoperative histopathologische Befundung (HP) mittels Gefrierschnitt von der leistungserbringenden Krankenanstalt/vom KA-Standort innerhalb von 60 Min. (inkl. Telepathologie) sicherzustellen (Diagnosestellung Tumor). TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien Für onkologische Behandlungen in Sanatorien sind jedenfalls die Anforderungen der assoziierten onkologischen Versorgung (ONKA) 3 zu erfüllen. PatientInnen mit malignen Neuerkrankungen sind jedenfalls <u>vorab</u> in einem Tumorboard zu registrieren und gemäß Geschäftsordnung (in Umsetzung der Rahmengeschäftsordnung des Onkologiebeirats) zu besprechen. Die Empfehlungen des Tumorboards sind in der Krankengeschichte zu dokumentieren.
PERSONAL 1	ANZAHL	NAMEN (alle für den jeweiligen Dienstbetrieb erforderlichen MA) Format: Vorname, Nachname, Titel, Geb. Datum (TTMMJJJJ)
Facharzt- Fachärztin für Pathologie	ausreichend	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
MTA	ausreichend	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
TECHNISCHE AUSSTATTUNG 1	ANZAHL	GERÄT1, HERSTELLER,TYPE, SERIENNUMMER, ANSCHAFFUNGSAHR

Histologischer Einbett- und Schnittautomat	1	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Sonstige technische Ausstattung	1	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
TELEPATHOLOGIE 2	ANZAHL	ORGANISATIONSBESCHREIBUNG, EXTERNE(S) INSTITUT, ABTEILUNG (nur bei telepathologischer Versorgung)
Telepathologische Versorgung	1	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- 1** nur ausfüllen, wenn die histopathologische Befundung direkt im Sanatorium durchgeführt wird.
- 2** Telepathologie - Institut einfügen, Ablauf beschreiben und Vereinbarung als Datei (.pdf, .docx) übermitteln.
- 3** siehe PRIKRAF-Checkliste ONKOLOGIE (ONKA) bei onkologischen Behandlungen (z.B. Operationen, Chemotherapien)

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 INTENSIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG (INT)

KRANKENANSTALT: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) ANSPRECHPARTNER: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Email: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

DEFINITION

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

VERSORGUNGSMODELL (Sanatorien)

Intensivbehandlungseinheit (ICU)

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

Intensivüberwachungseinheit (IMCU), Herzüberwachungseinheit (CCU)

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

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Grundsätzlich sind IMCU und ICU interdisziplinär zu nutzen, wobei die Leitung FÄ für Anästhesie und Intensivmedizin bzw. Innere Medizin mit Additivfach Intensivmedizin oder Innere Medizin und Intensivmedizin oder des entsprechenden Sonderfachs mit Additivfach Intensivmedizin in Abhängigkeit vom medizinischen Schwerpunkt der jeweiligen IMCU/ICU obliegt.
- ➔ IMCU und ICU sind strukturell hinsichtlich der apparativen und personellen Ausstattung zu differenzieren, gehen aber in Bezug auf die Behandlungskontinuität fließend ineinander über. Bei räumlichem Verbund von unterschiedlichen Intensiv-Stufen ist die ärztliche Anwesenheit der jeweils höchsten Stufe für den gesamten Bereich vorzusehen. Ortsveränderliche apparative Ausstattung (z.B. EKG, Bettröntgen, Sonographie) kann gemeinsam genutzt werden.
- ➔ Bei Neuplanungen sind mehrere getrennte INT-Einheiten synergistisch und räumlich nahe zu organisieren (v.

TRANSFORMATIONSREGELN für Sanatorien zur intensivmedizinischen Versorgung <i>Allgemein: Sämtliche personellen und apparativen Ausstattungsvorgaben sind entsprechend der Anzahl der behandelten PatientInnen mit Intensivbedarf vorzuhalten. Sobald eine Leistung, die gemäß der Leistungs-matrix-stationär (Kap. 3.1.2) eine Intensivbehandlungseinheit oder -überwachungseinheit erfordert, elektiv durchgeführt wird, ist die erforderliche Intensivversorgung entsprechend den Vorgaben für IMCU oder ICU der Stufe 1 in Betrieb zu nehmen. Für Notfälle ist die intensivmedizinische Betreuung in einer der IMCU oder ICU in der jeweils geforderten Stufe entsprechenden Qualität rund um die Uhr in der leistungserbringenden SAN behandlungsprozessbezogen im Anlassfall binnen 30 Minuten zu gewährleisten.</i> - Im Fall von behördlich bewilligten und von der PRIKRAF-Fondskommission anerkannten Intensivversorgungseinheiten (IMCU oder ICU) ist für diese Montag bis Freitag jeweils 0:00 bis 24:00 Uhr eine dauernde personelle Besetzung sicherzustellen. Anlassfallbezogen ist die IMCU/ICU analog der allgemeinen INT-Transformationsregel auch außerhalb der Routinebetriebszeit in Betrieb zu nehmen oder ggf. weiterzuführen. Für das auf IMCU/ICU tätige Pflegepersonal ist die Berechtigung zur Ausübung der Intensivpflege Voraussetzung. Die Mindestbettenzahlen für IMCU oder ICU sind für SAN nicht bindend. - Die Anforderungen für neonatologische/pädiatrische Intensivseinheiten gelten uneingeschränkt auch für Sanatorien.				a. aus Gründen der Ausbildung, Patientenplanung, Gestaltung des Versorgungsprozesses). ➔ Postoperative Aufwachbereiche sind keine eigenständigen bettenführenden Bereiche und nicht dem Intensivbereich zuzurechnen. ➔ Es gelten auch die Festlegungen zur Intensivversorgung im jeweils gültigen LKF-Modell.
PERSONAL	IMCU	ICU Stufe 1	ICU Stufe 2	NAMEN (alle für den jeweiligen Dienstbetrieb erforderlichen MitarbeiterInnen) Format: Vorname, Nachname, Titel, Geb. Dat. (TTMMJJJJ)
Ärztliche Leitung	FA AN/INT oder Sonderfach mit Additivfach INT			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA AN/INT oder FA IM in KA	7/24	7/24	7/24	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA oder IM oder Sonderfach in ICU	-	-	7/24 überwiegend für ICU zuständig	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Ergänzendes Personal für die Behandlung von neurologischen / neurochirurgischen PatientInnen				
FA NEU oder NCH in KA	7/24			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
DGKP/DGKP (INT) in INT-Einheit	7/24 DGKP	7/24 DGKP (mind. 50% m. Ausbildung Intensivpflege)		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
TECHNISCHE AUSSTATTUNG	IMCU	ICU Stufe 1	ICU Stufe 2	GERÄT, HERSTELLER,TYPE, SERIENNUMMER, ANSCHAFUNGSJAHR 2
Intensiv-Monitoring (NIBP, invasive Druckmessung, EKG, Pulsoximetrie, Temperaturmessung, Impedanzmessung der Atemfrequenz) grundsätzlich mit Zentraleinheit	Pro Bett			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Blutflussmessung (z.B. transpulmonale Indikatormethode, Ösophagusdoppler etc.)	min. 1 System			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zentrale Überwachungseinheit mit Arrhythmieüberwachung und ST-Streckenanalyse: Kurvenspeicherung für min. 24 Stunden	IMCU	ICU		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
O2-Insufflation	Pro Bett			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Absaugung	Pro Bett			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Mehrkanal-EKG	IMCU	ICU	ICU	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Defibrillator (inkl. Schrittmacherfunktion)	IMCU	ICU	ICU	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Notfall-Instrumentarium	IMCU	ICU	ICU	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Notfall-Labor (POC-Gerät: Blutgas, Elektrolyte, Blutzucker, Lactat, Hämoglobin/Hämatokrit)	KA	ICU	ICU	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Anschluss an 24h-Labor (insb. f. Gerinnungsdiagnostik)	7/24			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Beatmungsgerät (für invasive und nicht invasive Beatmung inkl. Kapnometrie)	min. 1 Gerät in IMCU	1 Gerät pro 2 Betten	1 Gerät pro Bett	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O2 Anreicherung	Pro Bett			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Transportbeatmung und -überwachung	KA	ICU	ICU	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Infusions- und Spritzenpumpen	min. 4 / Bett	min. 6 / Bett	min. 8 / Bett	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Externer Schrittmacher	IMCU	ICU		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Patientenwärmegerät / z.B. Warmluftgebläse)	min. 1	1 pro 4- 6 Betten		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Patientenkühlgerät (z.B. System mit Kühlkathetern)	KA		ICU	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Ortsveränderliches Röntgen	KA			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Sonographie (inkl. Echokardiographie)	KA	KA	ICU	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Endoskopie	KA			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Bronchoskopie/Videolaryngoskopie	IMCU	ICU		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Hämofiltration/Diafiltration oder Dialyse ³	-	KA	ICU	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Relaxometrie/Neuromuskuläres Monitoring	KA			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Messung des intrakraniellen Drucks ¹	-	ICU	Pro Bett	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Transkranieller Doppler ¹	IMCU	ICU		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
EEG ¹	KA	KA	ICU	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Evozierte Potentiale Elektromyographie/Nervenleitgeschwindigkeit ¹	KA			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
NOTFALLMANAGEMENT	ANFORDERUNG			2 ORGANISATIONSBESCHREIBUNG
Alarmierungsplan, Personaleinsatzplan	Dokumentation			Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

¹ Zusatzausstattung für die Behandlung von neurologischen/neurochirurgischen PatientInnen

² Etwaige Dokumentationen bitte als Beilagen (.docx, .pdf) übermitteln.

³ Wenn nicht in KA verfügbar, zeitnahe Transferierung

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 KARDIOLOGIE (KAR)

ÄNDERUNGEN 2025 (GELB)

KRANKENANSTALT: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. ANSPRECHPARTNER: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Email: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Definition

Durchführung invasiver Diagnostik und endovaskulärer und rhythmologischer Therapie/Verfahren bei Erkrankungen des Herzens und der großen Gefäße.

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

- ➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit HCH auf Basis standardisierter Prozesse
- ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Diätologie, Klinische Psychologie
- ➔ Versorgung von PatientInnen, die einen intrakardialen Defibrillator oder ein System zur kardialen Resynchronisationstherapie benötigen, grundsätzlich in KAR Standorten; in vom LGF genehmigten Ausnahmefällen, zumindest an ABT für IM mit 2 FA für IM-KAR in der KA und enger Zusammenarbeit mit KAR (KARZ oder KARS) zur rhythmologischen Diagnostik

Versorgungsmodell Abgestufte Versorgung (Sanatorien)

Zentrum für endovaskuläre Kardiologie (KARZ)

- ➔ Referenzzentrum
- ➔ Versorgungsstruktur: Vorrangig an Zentral-KA mit ABT für IM mit Schwerpunkt Kardiologie bzw. IM-KAR, ABT für HCH und COR am KA Standort
- ➔ Vorhaltung des gesamten Spektrums kardiologischer Maßnahmen (inkl. Leistungen, die gemäß LM-stat mit „KAR/HCH“ gekennzeichnet sind)

Schwerpunkt für endovaskuläre Kardiologie (KARS)

- ➔ Versorgungsstruktur: ABT für IM mit Schwerpunkt Kardiologie bzw. IM-KAR und COR an KA-Standort
- ➔ Durchführung invasiv-diagnostischer kardiologischer Maßnahmen sowie elektiver und akuter interventioneller Maßnahmen (unbeschadet der Transformationsregel für Sanatorien in Kapitel 3.2.3)
- ➔ „Herzchirurgischer Backup“ über Kooperationsvereinbarung HCH gemäß ÜRVP

PERSONAL - ANWESENHEIT	KARS	NAMEN (alle für den jeweiligen Dienstbetrieb erforderlichen MA) Format: Vorname, Nachname, Titel, Geb. Datum (TTMMJJJJ)
FA für IM-KAR	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA für IM-INT in KA	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
DGKP	7/24	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Radiologietechnologin (RT)	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
AUSSTATTUNG	ANFORDERUNG	BESCHREIBUNG
COR (für Elektiv- und Akutversorgung; 7/24 wenn Aufnahmebereitschaft)	1 Behandlungsplatz	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Intensivversorgung ¹	IMCU mit kardiolog. Schwerpunkt (CCU)	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Herzchirurgie	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Schrittmacher- und ICD (implantierbar mit Kardiover- ter/Defibrillator) -Kontrolle	KA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Szintigraphie	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
STRUKTURVORGABEN		BESCHREIBUNG
„Herzchirurgischer Backup“ über Kooperationsvereinba- rung HCH	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

¹ siehe PRIKRAF Checkliste INTENSIV

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 KINDER/JUGEND (KIJU, KJC)

KRANKENANSTALT: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) ANSPRECHPARTNER: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Email: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

DEFINITION Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen			VERSORGUNGSMODELL Abgestufte und modulare Versorgung
SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN ➔ Für Kinder (bis zum vollendeten 10. LJ) und Jugendliche (11. – 18. LJ) ist die Versorgung in altersgerechter Umgebung und Ausstattung sicherzustellen. ➔ Für Jugendliche ab dem 15.LJ besteht Wahlfreiheit zwischen Kinder- und Erwachsenenabteilungen. ➔ Sicherstellen der Transition bei chronischen Erkrankungen und Folgen angeborener Fehlbildungen ➔ Stationäre Betreuung der Kinder und Jugendlichen primär auf KIJU-Einheiten in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden Sonderfächern ➔ Mitaufnahmemöglichkeit für 1 Begleitperson in ausreichender Anzahl (Eltern-Kind-Zimmer in KIJU-Einheit integriert, ggf. auch Eltern-Zimmer in Nähe der Kinder und Jugendlichen) ➔ Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern bzw. Jugendlichen: enge Zusammenarbeit mit der jeweiligen Kinderschutzgruppe in der KA ➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen KIJU, KJC und KJP sowie anderen FÄ jeweils behandelnder Sonderfächer insbes. CH, AU, HNO, URO, OR, UCH bzw. ORTR; weiters RAD und AN jeweils mit Zusatzqualifikation in der Versorgung von Kindern ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) v.a. mit Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Diätologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie (je-weils mit Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche); Sozialarbeit			➔ KTyp 1 Kinder- und Jugendmedizinisches Zentrum (KJZ) Versorgungsstruktur: ABT für KIJU und KJC-Versorgung inkl. Kinder-Anästhesie, NICU und PICU, nach Möglichkeit auch ABT für KJP oder zumindest Zusammenarbeit mit KJP ➔ KTyp 2 Regionale kinder- und jugendmedizinische Versorgung (KJR) Versorgungsstruktur: ABT für KIJU, zumindest NIMCU und ggf. PIMCU ➔ KTyp 3 Lokale kinder- und jugendmedizinische Grundversorgung (KJL) Versorgungsstruktur: ABT für KIJU mit reduziertem Versorgungsauftrag oder für periphere Regionen in Ersatz zu bisher geführten ABT auch ROF möglich, keine Intensivversorgung ➔ Operative Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß KA-spezifischer Fächerstruktur in Zusammenarbeit mit KIJU gemäß Leistungsmatrix-stationär (KTyp 3) ➔ KTyp 4 Versorgung von KIJU an KA ohne pädiatrische Fachstruktur (Basisversorgung - KJB) Fachbereichsspezifische Versorgung von Kindern > 1 Jahr (insbes. durch CH, URO, HNO, UCH/ORTR, AU) ohne auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Fachstruktur in KA (z.B. UKH, SAN) Leistungsspektrum gemäß Leistungsmatrix-stationär (KTyp 4) TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen ➔ In Sanatorien können Leistungen gemäß KTyp 4 sowie unter Einhaltung der Transformationsregeln maximal auch gemäß KTyp 3 an Kindern ab dem 2. LJ und Jugendlichen erbracht werden. ➔ Dabei gelten die Anforderungen an die Kinder-Anästhesie gemäß Kapitel 3.2.3. zur Anästhesie für Kinder uneingeschränkt auch für Sanatorien. Zusätzliche Kriterien für die anästhesiologische Versorgung von Kindern in allen K-Typen (inkl. KOZ) AN-Versorgung von Kindern ab dem 2. LJ (gilt für SAN) bis zum vollendeten 3. LJ: FÄ für AN/INT: 2 primär für die AN-KI verantwortlich; Fortbildungsnachweise DGKP/DKKP: 2 primär für die AN-KI verantwortlich; Sonderausbildung Anästhesiepflege
PERSONAL - ANWESENHEIT	KJL (KTP3)	KJB(KTP4)	NAMEN (alle für den jeweiligen Dienstbetrieb erforderlichen MA) Format: Vorname, Nachname, Titel, Geb. Datum (TTMMJJJJ)
FA für KIJU in KA	Rufbereitschaft	Konsil	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA für AN/INT 1	Im Anlassfall	Im Anlassfall	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
DGKP/DKKP	7/24	Im Anlassfall 7/24	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
DGKP für AN 1	Im Anlassfall	Im Anlassfall	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
AUSSTATTUNG	ANFORDERUNG		BESCHREIBUNG 2

Intensivversorgung	Im Anlassfall weiterleiten		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Isolierbereich (Zimmer)	KA	-	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Kindergerechtes Instrumentarium (Größe)	KA	KA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Kindergerechte OP-Ausstattung (Lagerung)	KA	KA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1 Zusatzkriterien für AN bei Kindern in allen K-Typen (inkl. KOZ) siehe → Kapitel Anästhesiologische Versorgung

2 altersgerechte Gestaltung und Ausstattung; Mitaufnahmemöglichkeit einer Begleitperson

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 NOTFALLMANAGEMENT (NF)

KRANKENANSTALT: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) ANSPRECHPARTNER: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Email: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

DEFINITION, Zielgruppen

Transformationsregel für Sanatorien

Die qualitätsbezogenen ÖSG-Inhalte gelten unabhängig von organisatorischen Strukturen, Trägerschaft und sektoraler Zugehörigkeit grundsätzlich für alle Leistungserbringer in Österreich gleichermaßen. Nur dort, wo ÖSG-Inhalte nicht unmittelbar anwendbar sind, sind diese Inhalte entsprechend den Transformationsregeln anzuwenden. Die Qualitätskriterien des ÖSG sind somit auch für alle in Sanatorien (SAN) behandelten Fälle behandlungsprozessbezogen unabhängig von der Zahlungszuständigkeit verbindlich.

Alle in ÖSG 2024 Kapitel 3 enthaltenen allgemeinen und spezifischen Qualitätskriterien, insbesondere hinsichtlich Personalausstattung und Infrastruktur, sind im Anlassfall einer Behandlung einzuhalten: Ist ein/e PatientIn in einem SAN in stationärer Behandlung, für die Qualitätskriterien definiert sind, ist deren Einhaltung im SAN sicherzustellen. Bei entsprechend großen Fallzahlen sind die Vorgaben für die Behandlung von mehreren PatientInnen gleichzeitig und über längere Zeiträume sicherzustellen.

VERSORGUNGSMODELL

ÖSG 2024 Kap. 3.2.1 Allgemeine Qualitätskriterien für alle Fachbereiche:

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

PERSONAL	ANZAHL	NAME* Format: Vorname, Nachname, Titel	GEB.DATUM Format:TTMMJJJJ
Ärztin/Arzt Allgemeinmedizin mit Notarztdiplom	ausreichend	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
NOTFALLMANAGEMENT	ANFORDERUNG	ORGANISATIONSBESCHREIBUNG	
Notfallkonzept, Alarmierungsplan, Bereitschaftspläne, Personaleinsatzplan...	Dokumentationen	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 ONKOLOGISCHE VERSORGUNG (ONKA)

ÄNDERUNGEN 2025 (GELB)

KRANKENANSTALT: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. ANSPRECHPARTNER: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Email: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

DEFINITION

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

NICHT: Kinder- und Jugend Onkologie (KJ ONK), Stammzellentransplantation (SZT), Neuroonkologische Erkrankungen (NONK)

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

Für onkologische Behandlungen in Sanatorien sind jedenfalls die Anforderungen der assoziierten onkologischen Versorgung (ONKA) zu erfüllen.

PatientInnen mit malignen Neuerkrankungen sind jedenfalls vorab in einem Tumorboard zu registrieren und gemäß Geschäftsordnung (in Umsetzung der Rahmengesäftsordnung des Onkologiebeirats siehe Link) zu besprechen. Die Empfehlungen des Tumorboards sind in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

Festzulegen ist auch in welchem Fall ein(e) Patient(In) im Tumorboard zu besprechen ist und wann dies nicht notwendig ist.

VERSORGUNGSMODELL:

- ➔ **Onkologisches Zentrum (ONKZ)**
- ➔
- ➔ **Onkologischer Schwerpunkt (ONKS)**
- ➔
- ➔ **Assoziierte onkologische Versorgung (ONKA)** (Sanatorien)
- ➔ Assoziiertes Angebot für internistische Onkologie und Hämatologie (IONKA): FABT für Innere Medizin
- ➔ Diagnostik, Therapien und Nachsorge in Abstimmung mit kooperierenden ONKZ und/oder ONKS; Notfallversorgung
- ➔ Verpflichtende Registrierung aller PatientInnen mit malignen Neuerkrankungen in einem Tumorboard eines ONKZ oder ONKS; bei Einrichtung eines eigenen Tumorboards verpflichtende Kooperation mit ONKZ und/oder ONKS

SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN

siehe ÖSG 2024 Kapitel 3.2.3.9

Link: Rahmengesäftsordnung für Tumorboards

https://www.sozialministerium.gv.at/dam/sozialministeriumat/Anlagen/Themen/Gesundheit/Nicht-%C3%BCbertragbare-Krankheiten/Krebs/Publikationen/tumorboard_geschaeftsordnung.pdf

PERSONAL - ANWESENHEIT	ONKA	NAMEN (alle für den jeweiligen Dienstbetrieb erforderlichen MA) Format: Vorname, Nachname, Titel, Geb. Datum (TTMMJJJJ)
IONK: Ärztliche Leitung	FA IM-ONK	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
IONK: FA IM-ONK	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Psychoonkologische Betreuung	Mind. 1	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Im Team: DGKP mit Weiterbildung in onkologischer Pflege und DGKP mit Spezialisierung in Palliativpflege	empfohlen	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
AUSSTATTUNG	ANFORDERUNG	BESCHREIBUNG
Intensivversorgung 1	IMCU in KA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Dialyse/Hämofiltration	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Schmerzmanagement	KA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
MR	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Szintigraphie (Sentinel)	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
ECT (falls kein PET in KA verfügbar)	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
PET	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Zytologie, Histologie, Immunhistochemie, Immunzytologie, Molekularbiologie	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Gefrierschnittuntersuchung (intraoperativer Schnellschnitt (ggf. Telepathologie) 2	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Zentrale Zytostatikaufbereitung	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Spezielle genetische Diagnostik	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Genetische Beratung	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Transfusionsmedizinische Einrichtung	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Onkologische Rehabilitation	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Palliativ- und oder Hospizeinrichtung	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
STRUKTURVORGABEN		
Kooperation mit Tumorboard(s)		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Kooperation ONKZ/ONKS		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1 siehe PRIKRAF Checkliste INTENSIV; (ZA=Zusammenarbeit)

2 siehe PRIKRAF Checkliste Histopathologische Versorgung

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 THORAXCHIRURGIE (TCH)

KRANKENANSTALT: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) ANSPRECHPARTNER: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Email: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

DEFINITION Durchführung von Eingriffen im Brustraum und an der Thoraxwand (exklusive Mamma, Herz und große Gefäße).		VERSORGUNGSMODELL Referenzzentrum ➔ Folgende Eingriffe nur an KA-Standorten mit HCH: ➔ Organüberschreitende Resektionen ➔ Herz-Lungen- bzw. Lungentransplantation (siehe auch ➔ Kap. 3.2.3.13 Transplantationschirurgie)
SPEZIFISCHE QUALITÄTSKRITERIEN ➔ Interdisziplinäre Zusammenarbeit vorrangig an KA-Standort mit mind. ONKS sowie mit Fachbereichen PUL/IM-PUL ➔ bei Bedarf Zusammenarbeit mit PCH, HNO, STR, GCH, KJC ➔ Multiprofessionelle Zusammenarbeit (optional in Abhängigkeit von Patientenbedarf und Leistungsangebot) mit Personal für Physiotherapie, Diätologie, Klinischer Psychologie und/oder Psychotherapie bzw. Psychoonkologie und Sozialarbeit ➔ Mitwirkung im Tumorboard		
PERSONAL – ANWESENHEIT	TCH	NAMEN (alle für den jeweiligen Dienstbetrieb erforderlichen MA) Format: Vorname, Nachname, Titel, Geb. Datum (TTMMJJJJ)
FA für CH in KA	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA für TCH	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
AUSSTATTUNG	ANFORDERUNG	BESCHREIBUNG
Intensivversorgung 1	IMCU ICU 2	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Endoskopie-Einheit mit spezifischen Beatmungstechniken, endo-ultraschall gestützter Punktion und therapeutisch interventioneller Endoskopie	7/24	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Blutdepot oder transfusionsmedizinische Einrichtung in KA	7/24	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Lungenfunktionsdiagnostik inkl. Bodyplethysmographie, Spiroergometrie	KA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Mikrobiologische Diagnostik	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Interventionelle Radiologie	KA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
CT	7/24 in KA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
MR	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
PET	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Strahlentherapie-Radioonkologie	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Tumorboard	KA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1 siehe PRIKRAF Checkliste INTENSIV; (ZA=Zusammenarbeit)

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 TRAUMAVERSORGUNG (TR)

KRANKENANSTALT: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. ANSPRECHPARTNER: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Email: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

DEFINITION

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

TRANSFORMATIONSREGEL für Sanatorien

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

VERSORGUNGSMODELL:

- ➔ **Traumazentrum (TRZ)**
- ➔ **Traumaschwerpunkt (TRS)**
- ➔ **Lokale Trauma-Grundversorgung (TRL) (Sanatorien)**
- ➔ Unfallort-nahe Behandlung von Monotraumen und Extremitätenverletzungen ohne behandlungs- bedürftige neurovaskuläre Begleitverletzungen sowie Überwachung nach Unfall
- ➔ Adäquate Erstversorgung und ggf. Erstbehandlung von Schwerverletzten und zielgerichtetes Weiterleiten, wenn Primärtransport in einen Trauma-Schwerpunkt oder ein Trauma-Zentrum nicht möglich ist (während der Öffnungszeit)
- ➔ Versorgung von **Kindern** mit Leistungserbringung gemäß LM-stat KTYP 4, wenn keine KIJU-Versorgung am KA-Standort.
- ➔

PERSONAL UND AUSSTATTUNG (AKUTVERSORGUNG VON FRISCHVERLETZTEN)		
PERSONAL (speziell für Schockraum)	LOKALE TRAUMA GRUNDVERSORGUNG	NAMEN (alle für den jeweiligen Dienstbetrieb erforderlichen MA) Format: Vorname, Nachname, Titel, Geb. Datum (TTMMJJJJ)
FA AN/INT in KA	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA UCH oder FA ORTR mit Schwerpunkt Traumatologie	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
FA RAD in KA	Rufbereitschaft, ggf. Teleradiologie	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
DGKP mit AN-Sonderausbildung in KA	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
DGKP	7/24	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Radiologietechnologin in KA	Rufbereitschaft	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
AUSSTATTUNG	ANFORDERUNG	BESCHREIBUNG
Schockraum gemäß IMCU Grundausrüstung 1	1 Behandlungsplatz	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Notaufnahme siehe ZAE (zentrale ambulante Erstversorgung) gem. ÖSG Kap. 3.2.4.1	während Öffnungszeit	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Intensivversorgung 1	IMCU	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Notfall-OP	während Öffnungszeit nen 20 Min. verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
CT	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
MR (Zusammenarbeit)	ZA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Helikopterlandeplatz (ggf. auch in räumlicher Nähe)	KA	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1 siehe PRIKRAF Checkliste INTENSIV

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 PSYCHIATRIE (PSY)

KRANKENANSTALT: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) ANSPRECHPARTNER: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Email: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

DEFINITION

Genehmigung der Anwendung der speziellen LKF-Bepunktungsregelungen zur Abrechnung von berechtigten psychiatrischen Abteilungen mit entsprechender Angabe des Funktionscodes (**FC: 1x62xxxx = Psychiatrie**) mit dem PRIKRAF.

Im LKF-Modell werden die psychiatrischen Fallpauschalen mit Behandlung auf psychiatrischen Abteilungen mit definierten Mindestausstattungen (Abteilungsgruppe 01) von psychiatrischen Fallpauschalen mit Behandlung auf anderen Abteilungen unterschieden.

VERSORGUNGSMODELL

Die verbindlichen Kriterien für die Einstufung in Abteilungsgruppe 01 (PSY-CHAIRIE) sind:

- Abteilungen an Krankenanstalten mit psychiatrischem Vollversorgungsauftrag (bzw. Bereich in PKL) inklusive Unterbringung mit einem der oben angeführten Funktionscodes
- Mindestpersonalausstattung

ABTEILUNG/BEREICH	FUNKTIONSCODE: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.		ANZAHL TATSÄCHLICH AUFGESTELLTE BETTEN (TBetten): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
PERSONALGRUPPE*	QUALITATIV	QUANTITATIV VZÄ je TBett	NAMEN (alle für den jeweiligen Dienstbetrieb erforderlichen MA) Format: Vorname, Nachname, Titel, Geb. Datum (TTMMJJJJ)
Ärztinnen/Ärzte		0,15:1	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (mindestens 1 anwesend im Tagdienst)	<1	0,67:1	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Therapeutisches Personal (>2.340 Std. pro 10 TBetten) SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen,	>2.340 Std. pro 10 TBetten	0,15:1	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2025 AUSGEWÄHLTE SPEZ. MED. LEISTUNGEN (SMEL)

KRANKENANSTALT: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) ANSPRECHPARTNER: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Email: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

DEFINITION

Genehmigung der Abrechnung von ausgewählten speziellen medizinischen Einzelleistungen:

Folgende Leistungen sind durch den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF zu genehmigen:

Code	Leistungsbezeichnung
LH010	Perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe (LE=je Sitzung)
LH020	Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion (LE=je Sitzung)
LH021	Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion (LE=je Sitzung)

Alle Krankenanstalten, an denen die Leistungen AK010, DB020, DB025, DB026, DE112, EA050, GF210, GF220, LH010, LH020, LH021 abgerechnet werden sollen, sind vom Landesgesundheitsfonds bzw. PRIKRAF unter Berücksichtigung der Ergebnisse der HTA-Berichte³ zu genehmigen.

VERSORGUNGSMODELL

Für die Leistungen LH010, LH020, LH021 muss darüber hinaus ein wirbelsäulenchirurgisches Back-up (WS-CHIR) entweder in der Krankenanstalt oder durch Kooperation mit einer anderen KA sichergestellt sein.

NACHWEIS:

Wirbelsäulenchirurgisches Backup in der Krankenanstalt: Mindestens 2 Wirbelsäulenchirurgen mit entsprechendem Leistungskatalog (LH060, LH040, LH071, LH020, LH091, LH110, LD020, LD030). Anlass- und behandlungsprozessbezogen verfügbar (Ruf-/ Hintergrundbereitschaft). Nachweis mit Bestätigung durch Rechtsträger und ärztliche Direktion mit Organisationsbeschreibung.

Wirbelsäulenchirurgisches Backup durch Kooperation mit einem anderen Krankenhaus: Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus mit entsprechender Fachabteilung/Department.

WIRBELSÄULENCHIRURGISCHES BACKUP IN DER KRANKENANSTALT

WS-CHIRURGIE 1	ANFORDERUNG	LEISTUNG	ANZAHL (eingeben)
WIRBELSÄULENCHIRURG 1 FORMAT: NAME, VORNAME, TITEL Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wirbelsäulenchirurg mit entsprechendem Leistungskatalog (LH060, LH040, LH071, LH020, LH021, LH091, LH110, LD020, LD030). Mindestmenge: Insgesamt 20 Leistungen pro Kalenderjahr.	LH060 Mikroskopisch transspinal, bilateral. Dekompression d. Spinalkanals	0
		LH040 Dekompression lumbaler Nervenwurzeln	0
		LH071 Cageimplantation an der Wirbelsäule	0
		LH020 Aufrichtung. u. Füllung des Wirbelkörpers d. perkutane Punkt.	0
		LH021 Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion	0
		LH091 Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule	0
		LH110 Langstreckige Osteosynthese an der Wirbelsäule	0
		LD020 Dekompression einer zervikalen Nervenwurzel – ventral	0
		LD030 Dekompression einer zervikalen Nervenwurzel – dorsal	0
WS-CHIRURGIE 2	ANFORDERUNG	LEISTUNG	ANZAHL (eingeben)

WIRBELSÄULENCHIRURG 2 FORMAT: NAME, VORNAME, TITEL Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Wirbelsäulenchirurg mit entsprechendem Leistungskatalog (LH060, LH040, LH071, LH020, LH021, LH091, LH110, LD020, LD030). Mindestmenge: Insgesamt 20 Leistungen pro Kalenderjahr.	LH060 Mikroskopisch transspinal, bilateral. Dekompression d. Spinalkanals	0
		LH040 Dekompression lumbaler Nervenwurzeln	0
		LH071 Cageimplantation an der Wirbelsäule	0
		LH020 Aufrichtung. u. Füllung des Wirbelkörpers d. perkutane Punkt.	0
		LH021 Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion	0
		LH091 Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule	0
		LH110 Langstreckige Osteosynthese an der Wirbelsäule	0
		LD020 Dekompression einer zervikalen Nervenwurzel – ventral	0
		LD030 Dekompression einer zervikalen Nervenwurzel – dorsal	0