

Cluster Notfall

Teilnehmer: 18 ÄrztInnen, 13 Pflegekräfte

vertretene Fachbereiche: Notfallzentrum KB, KS, KH, KN, Unfallchirurgie KS, Kardiologie KB, KS, KN, KH, Neurologie KB, KH, konservative Intensivmedizin KB, internistische Intensivmedizin KB, KS

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	KH und KB betreiben als Maximalversorger ein NOZ Level 3 inkl. ausreichender ITS & IMC Kapazitäten	Notfallmedizin Level 3		beide Maximalversorger	ausreichende ITS & IMC Kapazitäten
	Wir benötigen geriatrische/allgemeininternistische postakut-Versorgungseinrichtungen mit erweiterten Kapazitäten vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung & regionale Versorgungssituation	geriatrische / allgemeininternistische Postakutversorgung	Eigenregie oder Kooperation		Erweiterung Kapazität
	Das ambulante Notfallangebot an den Standorten KS und KN muss in Abgrenzung zum KV-Bereich klar definiert werden inkl. AOP-Setting Definition	ambulante Notfallversorgung	ambulant	Schwabing und Neuperlach	- klare Abgrenzung zu KV - inkl. AOP Setting
	Sicherstellung zeitnaher Abverlegung an Maximalversorger (z.B. Kooperationen / Kontingente für ambulante NOZ)				Kontingente zur Verlegung Maximalversorger
	Bündelung hochkomplexer Patienten durch Zentrumsbildung (an einem Standort)	Notfallzentrum	ambulant und stationär	ein Standort	Bündelung hochkomplex. Patienten
	SAV wird mindestens an einem Schwerpunktversorger weitergeführt	Schwerverletztenarten-Verfahren	stationär	ein Maximalversorger	
	Die Notfallversorgung kardiologischer Notfallpatienten kann mit klarem Diagnostikpfad und Zusicherung Abnahme (Maximalversorger umfassend ausgestattet) ohne Herzkatheter (24/7) in KS & KN sichergestellt werden*	Kardiologische Notfallversorgung		alle Standorte	- Notfallangebot auch ohne Herzkatheter - Bei Bedarf Verlegung zu Maximalversorger
Start	Standardisierte Netzwerke der Notaufnahmen (etablierte Strukturen zur Zusammenarbeit, z.B. Telemedizin)	Notfallversorgung	telemedizinisch		Bildung Netzwerk
	Definition des diagnostischen und therapeutischen Notfallspektrums für ambulante Fälle	diagnostisches & therapeutisches ambulantes Notfallspektrum			zu definieren

Legende:

- Konsens: ja
- Konsens: nein
- Konsens: teils

*mit einer Gegenstimme

Cluster Geriatrie (inkl. Schmerztherapie)

Teilnehmer: 6 ÄrztInnen, 5 Pflegekräfte, 4 TherapeutInnen

vertretene Fachbereiche: Physmed KB/KS, Geriatrie KN, Neurologie KH, KB, Physmed KH, Therapeuten KB, KS, KH, KN, Medicenter

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Ausweitung ATZ an Standorten der Maximalversorgung (am Standort U-CH)	Alterstraumatologisches Zentrum		beide Maximalversorger	am Standort U-CH
	Stärkung Frühreha fachübergreifend (z.B. neurologisch/neurochirurgisch,...) an den Standorten der Maximalversorgung	Frührehabilitation		beide Maximalversorger	Stärkung fachübergreifend
	Stärkung schmerztherapeutische Versorgung (vollstationär, teilstationär, ambulant) auch außerhalb des Maximalversorgers	Schmerztherapie	stationär, teilstationär, ambulant	außerhalb Maximalversorger	
	Fortführung der teilstationären akutgeriatrischen TK auch außerhalb des Maximalversorgers	Akutgeriatrie	tagesklinisch	außerhalb Maximalversorger	
	Ausbau bestehendes ambulantes Angebot / MVZ-Struktur (z.B. Osteoporose)	Akutgeriatrie	ambulant		insb. Osteoporose
	(Ambulante) Memory-Klinik in Kooperation mit Geriatrie innerhalb der MÜK	Memory-Klinik	stationär, teilstationär, ambulant		Kooperation Geriatrie
Start	Gesamte Behandlungskette der geriatrischen Versorgung aus einer Hand (ggf. teilweise an singulärem Standort) ⚡	Akutgeriatrie	stationär, teilstationär, ambulant	außerhalb Maximalversorger	Versorgung aus einer Hand inkl. Rehabilitative Geriatrie
	Diversifiziertes prähabilitatives & ambulantes geriatrisches Leistungsangebot am Standort der Maximalversorgung: Geriatrische Reha-Einheit, ambulant, MVZ/KV, mobil, telemedizinisch ⚡	Akutgeriatrie	ambulant, telemedizinisch	ein Maximalversorger	diversifiziertes prähabilitatives & ambulantes Angebot
	Poststationäre Versorgung in Kooperation oder in Eigenleistung auch außerhalb des Maximalversorgers (traumatologisch, neurologisch, internistisch, geriatrisch), insbesondere rehabilitative Versorgung (z.B. mobile Reha) ⚡	Fachübergreifende poststationäre Versorgung	ambulant Eigenregie oder Kooperation	außerhalb Maximalversorger	insb. Rehabilitative Versorgung
	Interdisziplinäre Struktur für Delir (z.B. Konsil) / Aufbau Expertise im Bereich Delir & Demenz (berufsübergreifend, z.B. Demenzsensibles Krankenhaus/Einheit, Schulungen) auch außerhalb zertifizierter Zentren	Delir & Demenz		außerhalb Maximalversorger	- Interdisziplinarität - Aufbau Expertise
	Aufbau Netzwerk für postakute Versorgung/ weiterführende Reha (Phase C, Kurzzeitpflege, Abverlegung)	Geriatrische weiterführende Reha	Kooperation/Netzwerk		- Kurzzeitpflege - Sicherung Abverlegung

Legende:

Konsens: ja
 Konsens: nein
 Konsens: teils



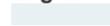
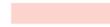
Aus Sicht GF: MÜK macht keine Reha

Cluster Psychosomatik

Teilnehmer: 5 ÄrztInnen, 4 Pflegekräfte
vertretene Fachbereiche: Psychosomatik Erwachsene KH, Kinderpsychosomatik KS

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Erwachsenenpsychosomatik					
Continue	Stationäre Spezialsettings (Essstörung, Trauma, junge Erwachsene, Depressionen & Angststörung) werden zukünftig beibehalten	Psychosomatische Spezialsettings: Essstörung, Trauma, Depression, Angststörung, Junge Erwachsene	stationär		
	Stationäres und ambulantes Traumaangebot muss aufgrund erhöhtem Bedarf ausgebaut werden	Psychosomatik Trauma	stationär und ambulant		Ausweitung
	Deutliche Erhöhung tagesklinisches Angebot unter Beibehaltung der stationären Bettenkapazität notwendig	Erwachsenenpsychosomatik	teilstationär		Ausweitung
	Psychosomatik mit räumlicher Nähe zur Diagnostik, Chirurgie, Neurologie, Innere, Physio, Intensiv ist essentiell	Erwachsenenpsychosomatik		Maximalversorger	Nähe zu Diagnostik Chirurgie, Neurologie, Innere, Physio, Intensiv
	Zur Versorgung des umfassenden Patientenlientels muss die Kapazität in der Physikalischen Medizin ausgeweitet werden (Interdisziplinärität)	Physikalische Medizin			Ausweitung entsprech. Psychosom. Bedarf
Start	Erweiterung um prä- & poststationäre ambulante Versorgungsangebote für alle Settings insb. Trauma	prä- & poststationäre psychosomatische Spezialsettings	ambulant		Ausweitung Etablierung sektorenübergreifende Behandlungsteams
	Konzeptionelle Vernetzung (Psychosomatik & KJP mit Onkologie, Geburtshilfe/Frauenheilkunde/KiWu, Kardiologie, Neurologie) z.B. in Form eines Liaisondiensts 	psychosomatischer Liaisondienst			Vernetzung mit Onko, Geburt, Frauenheilkunde, Kiwu, Kardio, Neuro
	Etablierung neuer teilstationärer Versorgungsformen ggf. mit Übernachtung	Erwachsenenpsychosomatik	teilstationär		Neue Versorgungsform z.B. Nachtambulanz
	Digitale Testdiagnostik (z.B. Verlaufsdagnostik)	psychosomatische digitale Testdiagnostik			
Ki-Ju Psychosomatik					
Continue	Schwerpunkte KJP (Eltern-Kind-Setting, funktionelle Körperbeschwerden, Schulvermeidung, Essstörung, Angst/Depression, Trauma) werden zukünftig beibehalten	KiJu-Psychosomatische Spezialsettings: Eltern-Kind, funktionale Körperbeschwerden, Schulvermeidung, Essstörung, Angst/Depression, Trauma	stationär		
	KJP am Standort der Pädiatrie (inkl. Schule für Kranke) ist essentiell für die Versorgung entsprechend heutigen med. Portfolios 	KiJu-Psychosomatik		Standort Pädiatrie	Strategische Bewertung: Umwandlung Pädiatrische Psychosomatik in KJP
Start	Start Ambulante Angebote & stationsäquivalente Angebote KiJu-Psych. (Essstörung, Schulvermeidung, etc.)	KiJu-Psychosomatische Spezialsettings: Eltern-Kind, funktionale Körperbeschwerden, Schulvermeidung, Essstörung, Angst/Depression, Trauma	ambulant & stationsäquivalent		
	Ausbau Intensivsettings im Kontext bestehender Leistungen, Fokus KJP	KiJu-Psychosomatik: Intensivsetting			Ausweitung
	Schaffung Angebot für Mediensucht in der KJP (Ausbaumöglichkeit)	KiJu-Psychosomatik: Mediensucht			Neuangebot
	Etablierung neuer teilstationärer Versorgungsformen ggf. mit Übernachtung	KiJu-Psychosomatik	teilstationär		Neue Versorgungsform z.B. Nachtambulanz

Legende:

 Konsens: ja
 Konsens: nein
 Konsens: teils



Aus Sicht GF: Hinsichtlich Strategie grundsätzlich zu diskutieren

Cluster Geburtshilfe

Teilnehmer: 4 ÄrztInnen, 7 Pflegekräfte, 4 Hebammen, Hebammenexpertin GSR
vertretene Fachbereiche: Gynäkologie/Geburtshilfe KS, KH, KN, Neonatologie KH, KS, Kinder-Intensiv

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Die MÜK bietet Geburtshilfe in Form von Perinatalzentren, davon mindestens ein Level 1 Zentrum an	Perinatalzentrum Level 1		Standorte Geburtshilfe	Mind. Ein Standort mit Level 1
	Die MÜK benötigt Zugang zu ambulanter Versorgung in der prä- & poststationären Betreuung der Geburtshilfe	prä- & poststationäre Geburtshilfe	ambulant Eigenregie oder Kooperation		Ambulante KV Strukturen Gyn & Pädiatrie
	Geburtshilfe erfordert 24/7 ärztliche Vorhaltung, auch gyn. operativ ausgebildeten Frauenheilkunde Fachärzten	Geburtshilfe		24/7 Verfügbarkeit gyn. operativ ausgebildete Frauenheilkunde Fachärzte	
	An jedem Standort der MÜK mit Geburtshilfe wird die gesamte Bandbreite von gesunden Müttern und Kindern bis hochkomplexe Entbindung angeboten	Geburtshilfe		beide Standorte Geburtshilfe	gesamte Bandbreite: gesunde Mütter/Kinder bis hochkomplexe Entbindung
Start	Geburtshilfe nur mit pädiatrischer 24/7 Versorgung (Neonatologie)	Geburtshilfe		Standort Neonatologie & Pädiatrie	24/7 pädiatrische Versorgung
	Gemeinsame Versorgung von kranken Kindern und/oder (kranken) Müttern in einer Einheit (Bedarf Versorgungskonzept für Infekt, IMC, ITS)	gemeinsame Versorgungseinheit Pädiatrie und Geburt			- Versorgungskonzept kranker Kinder und/oder kranker/gesunder Mütter gemeinsam - inkl. IMC, Infekt, ITS
	Geburtshaus (MÜK oder ext. Anbieter) auf dem Gelände des Perinatalzentrums (unter Ressourcenvorhaltung)	Geburtshaus	Kooperation/extern		Gelände Perinatalzentrum

Hebammensysteme

	These	Welches System?	Votum
Continue	Erhalt des Beleghebammensystems in der MÜK	Beleghebammensystem	Beibehaltung
	Erhalt des Angestelltensystems in der MÜK	Angestellte Hebammen	Beibehaltung
	ein Mischsystem von Beleghebammen - & Angestelltensystem in einer Organisationseinheit (z.B. Kreißsaal)	Mischsystem	Einführung sehr schwierig und konfliktbehaftet

Hybridsystem bedeutet **kein Mischsystem**, sondern zwei **parallel arbeitende Teams** aus angestellten Hebammen und Beleghebammen

Legende:
 Konsens: ja
 Konsens: nein
 Konsens: teils

Cluster Onkologie/Palliativ

Teilnehmer: 15 ÄrztInnen, 4 Pflegekräfte

vertretene Fachbereiche: Medizet, Radiologie KS, Onkologie KS, KH, KB, Stammzelltransplantation KS, Hämato/Onkologie KS, KN, KH, Physmed/Palliativmedizin KV, Gastroenterologie KB, Urologie KB, Pneumologie KB, Thoraxchirurgie KB, Nuklearmedizin Medicenter

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Autologe und Allogene Stammzelltransplantation an einem Standort als relevanter Bestandteil der Hämatologie	Autologe und allogene Stammzelltransplantation	stationär	Standort Hämatologie	relevanter Bestandteil der Hämatologie
	Onkologie an beiden Maximalversorgern	Onkologie	stationär und ambulant	beide Maximalversorger	
	Onkologie erfordert ausreichende diagnostische und interventionelle Radiologie und nuklearmedizinische Diagnostik & Therapie	Onkologie	stationär und ambulant		ausreichende diagnostische und interventionelle Radiologie und nuklearmedizinische Diagnostik & Therapie
	Weiterer Ausbau onkolog. Minimalinvasive Chirurgie sichert Zuweisungsstrukturen für gesamte Onkologie	Onkologische minimalinvasive Chirurgie	stationär und ambulant		Ausweitung der Leistungen
	Spezialisierung der Hämato-Onkologie mit Kooperation und Schwerpunkte der beiden Standorte	Spezialisierte Hämato-Onkologie	stationär und ambulant	beide Maximalversorger	
	Fortbestand des Schwerpunkts Infektiologie als stationäres Angebot mit Assoziation zur Hämatologie wünschenswert an einem Standort mit Pneumologie in der MüK (und zur Erfüllung Leistungsgruppen)	Infektiologie	stationär	Standorte der Pneumo (Maximalversorger)	Assoziation mit Hämatologie wünschenswert
	Strahlentherapie an jedem Standort der Maximalversorgung in Kooperation oder Eigenregie (Ganzkörperbestrahlung für Standort allogene Stammzelltransplantation notwendig)	Strahlentherapie	stationär und ambulant Kooperation oder Eigenleistung	beide Maximalversorger	allogene Stammzelltransplantation erfordert Ganzkörperbestrahlung
	Frauenklinik muss auch onkologische Therapie umfassen	Onkologische Therapie für Frauenheilkunde	stationär und ambulant		
	Humangenetik mindestens in Kooperation	Humangenetik	Kooperation		
	Molekularpathologie in Eigenregie oder Kooperation inkl. eigenes molekulares Tumorboard	Molekularpathologie	Kooperation oder Eigenleistung		inkl. eigenes molekulares Tumorboard
	Stationäre Palliativversorgung an zwei Standorten, unterschiedliche Auffassung ob beide stationär, Erweiterung um ambulante Versorgung SAPV Team, Integration mit Schmerztherapie	Palliativmedizin	stationär (und ambulant)	beide Maximalversorger	Erweiterung um ambulantes SAPV Team, Integration mit Schmerztherapie
Start	Interdisziplinärer Ausbau (Hämato-)Onkologische Tagesklinik	Hämato-Onkologische Tagesklinik	tagesklinisch		Interdisziplinärer Ausbau
	Etablierung zertifiziertes Onkologisches Zentrum im Süden (wenn ausreichende Fallzahl, Gyn. Mamma, Darm) & Ausbau Norden	zertifiziertes onkologische Zentrum	stationär	beide Maximalversorger	Neu im Süden Ausbau im Norden
	Spezialhämatologische Diagnostik in Kooperation (Sicherstellung Weiterbildung, Zytomorphologie am Standort der Hämatologie)	Spezialhämatologische Diagnostik Zytomorphologie	Kooperation	Standort Hämatologie	zur Sicherstellung der Weiterbildung
	Neueinführung der zentralisierten CAR-T-Zelltherapie an einem Standort der MüK	(zentralisierte) CAR-T-Zelltherapie	stationär		Neueinführung
	Konzept & Ausbau Prähabilitation an beiden Standorten	Prähabilitation (Onkologie)	Eigenleistung	beide Maximalversorger	
	Standortübergreifendes MVZ als Instrument für onkologische Versorgung inkl. Tumordiagnostik & Therapie, Entlassung Betten, Finanzierung ambulanter Bereich, Sicherstellung posttherapeutische Stagingversorgung, Abrechnung Prähabilitation, Überweisung Pathologiediagnostik, Radiologie,	Standortübergreifendes MVZ			inkl. Tumordiagnostik & Therapie, Entlassung Betten, Finanzierung ambulanter Bereich, Sicherstellung posttherapeutische Stagingversorgung, Abrechnung Prähabilitation, Überweisung Pathologiediagnostik, Radiologie,
	Zertifiziertes Zentrum hämatologische Neoplasie an zwei Standorten	zertifiziertes Zentrum hämatologische Neoplasie		beide Maximalversorger	
	Fortsetzung psychoonkologischer Versorgung	Psychoonkologie			
	Neues Angebot palliativmedizinische Tagesklinik	Palliativmedizin	tagesklinisch		Neues Angebot

Legende:

Konsens: ja
 Konsens: nein
 Konsens: teils



Aus Sicht GF: Keine Option, da Zentrallabor in Neuperlach verortet ist

Cluster Bewegung/Trauma

Teilnehmer: 13 ÄrztInnen, 6 Pflegekräfte

vertretene Fachbereiche: Geriatrie KN, Nephrologie KH, KN, Unfallchirurgie KS, KB, KN, KH, Orthopädie KB, KN, Radiologie KB, KH, Frühreha KB, KS, Neurochirurgie KB, KS, KH, Rheumatologie KB

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Stabilisierung und Weiterverfolgung SAV Verfahren und ÜTZ an den Standorten der Maximalversorgung	Überregionales Traumazentrum (ÜTZ)	stationär	beide Maximalversorger	Stabilisierung & Weiterverfolgung
		Schwerverletztenarten Verfahren (SAV)	stationär	beide Maximalversorger	Stabilisierung & Weiterverfolgung
	Stärkung & Ausbau der Wirbelsäulenzentren an den Maximalversorger-Standorten mit Subspezialisierung (konservativ [Ausbau tagesstationär & ambulant] & chirurgisch) mit starker Verzahnung ambulanter und stationärer Strukturen + Zertifizierungen	Wirbelsäulenzentrum	stationär, ambulant, tagesklinisch	beide Maximalversorger	-Subspezialisierung der Zentren je Standort in konservativ (Ausbau tagesstationär und ambulant) chirurgisch -Verzahnung ambulanter und stationärer Strukturen
	Stärkung Endoprothetikzentren an den Standorten der Maximalversorgung mit Zentralisierung Revisionsendoprothetik an einem Standort, Ausbau ambulanter Strukturen (gesamte Behandlungskette)	Endoprothetikzentrum	stationär	beide Maximalversorger	
		Revisionsendoprothetik	Stationär und ambulant	ein Maximalversorger	Zentralisierung & Ausbau ambulanter Strukturen
	Weiterentwicklung der Alterstraumatologie/Orthopädie an allen Standorten (stationär am Maximalversorger und/oder ambulant bzw. Tagesklinik geriatrisch an weiteren Standorten)	Alterstraumatologie / Orthopädie	stationär	beide Maximalversorger	
			stationär, ambulant, tagesklinisch	weitere Standorte	Tagesklinik Geriatrie
Sportorthopädie stationär und ambulant inkl. tagesstationäres/ambulantes Nachbehandlungsangebot Reha aus einer Hand 	Sportorthopädie	stationär und ambulant		tagesstationäres/ambulantes Reha-Angebot	
Prähabilitation, stationäre & post-stationäre Behandlung aus einer Hand im Kontext der muskuloskelettalen Versorgung	Muskuloskelettale Versorgung	stationär und ambulant		Prähabilitation, stationäre & poststationäre Behandlung	
Start	Ausbau der ambulanten Strukturen im muskuloskelettalen Bereich, z.B. in Form ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung mit Bündelung an einem Standort als Versorgung für die gesamte MüK	Muskuloskelettale Versorgung	ambulant	Bündelung an einem Standort	Ausbau zur Versorgung gesamte MüK
	Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie ist in den Zentren mit abgebildet	Multimodale Schmerztherapie	stationär, ambulant, tagesklinisch		Interdisziplinär in den Zentren abgebildet
	Keine pädiatrische Schockraumversorgung an Standorten ohne Traumatologie	pädiatrische Schockraumversorgung	stationär	Standort Traumatologie	
	Ambulante Notfallversorgung an allen Standorten der MüK mit ambulanten OP-Zentren im Norden und Süden, enge Vernetzung mit Maximalversorgern	Ambulante Notfallversorgung		alle Standorte	ambulante OP-Zentren Nord und Süd mit Vernetzung Maximalversorger
	Bedarf der Verfügbarkeit psychosozialer Supportfunktionen (zeitnahe Versorgungsmöglichkeit)	psychosoziale Supportfunktion	stationär und ambulant		
	Pflegerische Versorgung als Kurzzeitpflege und ambulante Versorgung poststationär*	Kurzzeitpflege	ambulant		

Legende:

- Konsens: ja
- Konsens: nein
- Konsens: teils



Aus Sicht GF: Sportorthopädie kein primäres Feld der Daseinsvorsorge

* Aus Sicht GF: Kurzzeitpflege im Netzwerk, keine ambulante pflegerische Versorgung

Cluster Neurologie

Teilnehmer: 13 ÄrztInnen, 7 Pflegekräfte

vertretene Fachbereiche: Neurologie KB, KH, Radiologie KB, KS, KN, Physmed KB, KS, Neurochirurgie KB, KS, KH, Gefäßchirurgie KB, KN

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Zwei Stroke Units, zwei Schlaganfallzentren inkl. eigene Frühreha, Keine Neurologie ohne NOZ	Stroke Unit		beide Maximalversorger	
		Schlaganfallzentrum		beide Maximalversorger	inkl. eigene Frühreha
		Neurologie		an Standorten mit NOZ	
	Ambulante Reha von Schlaganfallpatienten: Bewertung und Entscheidung über Eigenleistung oder Kooperation*	Reha Schlaganfall	ambulant Eigenleistung oder Kooperation		
	An beiden Standorten Ausbau Neuro highcare	Neuro highcare		beide Maximalversorger	Ausbau
Start	Fokussierung Notfallversorgung stationär & ambulant auf beide Maximalversorger	Notfallversorgung	stationär und ambulant	beide Maximalversorger	Fokussierng Standort Maximalversorgung
	Neurologische und Geriatrische Nachversorgungseinheiten müssen in Eigenleistung oder Kooperation bereitgestellt werden (ggf. Ausweitung)*	Neurologische & Geriatrische Nachversorgung	Eigeneistung oder Kooperation		
	Neurovaskuläres Zentrum mit Neuroradiologie, Neurochirurgie und Neurologie und Gefäßchirurgie an beiden Standorten	Neurovaskuläres Zentrum	stationär	beide Maximalversorger	Zentrumsbestandteile: Neuroradiologie, Neurochirurgie, Neurologie und Gefäßchirurgie
	Telemedizinische Anbindung an beiden Standorten, Weiterhin Beitrag für flächendeckende neurologische Versorgung (ggf. FIT beide Standorten)	Neurologie	telemedizinisch	beide Maximalversorger	zusätzlich zu flächendeckender Neurolog. Versorgung über FIT
	Gefäßchirurgie mit Mindestgröße	Gefäßchirurgie	ambulant, stationär, tagesklinisch		Muss Mindestgröße haben
Neurochirurgie mit Mindestgröße (Mindestmengen OPs)	Neurochirurgie	stationär		Muss Mindestgröße haben, Mindestmengen OP's	

Legende:

- Konsens: ja
- Konsens: nein
- Konsens: teils

* Aus Sicht GF: Nur in Kooperation

Cluster Herz/Gefäße

Teilnehmer: 15 ÄrztInnen, 11 Pflegekräfte

vertretene Fachbereiche: Nephrologie KH, KN, Diabetologie/Endokrinologie KB, KS, KN, Kardiologie KB, KS, KH, KN, Herzchirurgie KB, Gefäßchirurgie KB, KN, Radiologie KB, KS

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Zwei Maximalversorger mit zwei mal komplett kardiologisches Spektrum inkl. Gefäßchirurgie, Dialyse und eine Herzchirurgie mit bestehendem Portfolio am Standort	Kardiologie	stationär und ambulant	beide Maximalversorger	inkl. Gefäßchirurgie, Dialyse
		Herzchirurgie	stationär	Ein Maximalversorger	
	Koronar & HI als Leistungsportfolio zur Akutversorgung und Zuweisung	Koronare Herzerkrankung			Akutversorgung
		Herzinsuffizienz (HI)			Akutversorgung
	Daseinsvorsorge beinhaltet auch Endokrinologie, Diabetologie & Angiologie mit starker Fähigkeit für ambulante Leistungen, mind. An einem Standort, abhängig von Fächermix ggf. an zwei Standorten (Struktur/Form festzulegen)	Endokrinologie, Diabetologie, Angiologie	ambulant		
	Gefäßzentrum besteht weiterhin aus eigenständigen Einheiten 	Gefäßzentrum	stationär und ambulant		
	Ambulantes Wundzentrum an zwei Standorten (z.B. diabetischer Fuß) inkl. telemedizinische Anbindung	Ambulantes Wundzentrum	ambulant	beide Maximalversorger	inkl. telemedizinischer Anbindung
Aufbau Telemedizin (Organisationsform zu definieren)	Telemedizin	ambulant			
Start	Bedarf interdisziplinärer Interventionseinheiten (organisatorisch analog OP)	Interdisziplinäre Interventionseinheit			analog OP
	Ausbau der Versorgungskette, insbes. Nachbehandlung (Eigenleistung oder Kooperation)	Nachbehandlung	Eigenleistung oder Kooperation		

Legende:

- Konsens: ja
- Konsens: nein
- Konsens: teils



Aus Sicht GF: Fusion Herzchirurgie und Gefäßchirurgie möglich

Cluster Plastische Chirurgie

Teilnehmer: 2 ÄrztInnen, 2 Pflegekräfte
vertretene Fachbereiche: Plastische Chirurgie, Schwerbrandverletzte KB

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Intensivmedizinische Versorgung im Kontext der spezialisierten Schwerbrandverletzten an einem Maximalversorger unter Berücksichtigung von Wettbewerb	Schwerbrandverletzte Intensivmedizin	stationär	ein Maximalversorger	
	Etablierung einer dezidierten ambulanten Versorgung von Brandverletzten inkl. Nachsorge	Brandverletzte	ambulant		inkl. Nachsorge
	Sicherstellung der SAV am Maximalversorger insb. Handchirurgie	Schwerverletztenartenverfahren (SAV)		Maximalversorger	insb. Handchirurgie
	BG Hand- & Verbrennungschirurgie, Teil des überregionalen Traumazentrums	Hand-, Verbrennungschirurgie		Überregionales Traumazentrum (ÜTZ)	
	Angebot ästhetische Chirurgie im Rahmen der Weiterbildungsermächtigung	Ästhetische Chirurgie			im Rahmen der Weiterbildungsermächtigung
	Ausbau (Personalnachfolge) der pädiatrischen plastischen Chirurgie (insb. Kraniochirurgie) am Standort Kinder	Pädiatrische plastische Chirurgie		Schwabing	Ausbau, insb. Kraniochirurgie
Start	Ambulante Leistung als zusätzliches Versorgungsangebot in separaten Strukturen (eigene Org-Einheit)	Plastische Chirurgie	ambulant		separate Struktur
	Bündelung der medizinischen Expertise vor dem Hintergrund der Zentrumsbildung	Rekonstruktive Chirurgie		Muskuloskelettales Zentrum	Bündelung rekonstruktive Tumorchirurgie, Brustchirurgie, Kopf-Hals-Neurochirurgie, HNO, Derma, UCH/Ortho, Gefäß-, Viszeral, Lymphchirurgie, Sarkomchirurgie
	Berufsgruppenübergreifendes Wundzentrum als Kooperationspartner, Einbindung Plastische Chirurgie in Wundambulanz im Sinne des bidirektionalen Austauschs von Expertise	Wundzentrum			Interdisziplinarität
		Wundambulanz	ambulant, Kooperation oder Eigenregie		Einbindung plastische Chirurgie
Ausschließlich Lipödem chirurgische Versorgung Stadium 3 (Schwerbetroffene)	Lipödem Chirurgie			Fokus Stadium 3	

Legende:
 Konsens: ja
 Konsens: nein
 Konsens: teils

Cluster Dermatologie

Teilnehmer: 4 ÄrztInnen, 2 Pflegekräfte
vertretene Fachbereiche: Dermatologie KT, Pathologie Medizet

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Wundzentrum inkl. Wundboard an einem Standort der Maximalversorgung mit Vorteil der Bündelung unter dermatologischer Führung	Wundzentrum		Ein Maximalversorger	-Bündelung unter dermatologischer Führung -inkl. Wundboard
	Sicherung gesamte Einheit dermatologische Versorgung an einem Standort und in Kooperation mit allen bestehenden Fachgebieten unter Anbindung an Notaufnahme	Dermatologie		ein Standort mit Notaufnahme	-gesamtes Versorgungsspektrum - Kooperation mit allen relev. Fachgebieten - insb. Geriatrische Mitbetreuung bei Multimorbidität
	Operative Dermatologie (z.B. Tumorchirurgie) als großes Zentrum mit mind. 3 Eingriffsräumen und Zugang zum OP (unter strukturellen und personellen Voraussetzungen)	Operative Dermatologie (Zentrum)			- Eingriffsräume, Zugang zu OP
	Dermatohistologie als eigenständiger Bereich (Molekularbiologie in Kooperation mit Pathologie)	Dermatohistologie			eigenständiger Bereich
		Molekularbiologie			Kooperation mit Pathologie
Start	Anbindung (stationärer) Dermatologie an Maximalversorger aufgrund komplexerer Krankheitsbilder (Onkologisch, Wunden, Multimorbidität) und Bedarf interdisziplinärer Versorgung (Querschnittsfach), Anbindung an plastische Chirurgie & HNO	Dermatologie	stationär	Ein Maximalversorger, Standort plastische Chirurgie und HNO	Komplexe Krankheitsbilder: Onkologisch, Wunden, Multimorbidität
	Komplexe Dermatologie (Komplexe Eingriffe) am Maximalversorger + ambulantes Angebot an weiterem Standort	Dermatologie	ambulant	weiterer Standort	
	3-D Ganzkörperscann, KLM und weitere innovative Bildgebungsmethoden in der Derma	3-D- Ganzkörperscann Konfokale Laserscannmikroskopie (KLM)			
	Telemedizinische Anbindung aller MüK Standorte, Bereitstellung Videosprechstunde auch für externe inkl. Teleboards	Dermatologie	telemedizinisch		Anbindung aller MüK Standorte inkl. Teleboards
	Lasermedizin als therapeutischer Schwerpunkt am Maximalversorger	Lasermedizin		Ein Maximalversorger	

Legende:

- Konsens: ja
- Konsens: nein
- Konsens: teils

Cluster Lunge/Thorax/HNO

Teilnehmer: 7 ÄrztInnen, 6 Pflegekräfte

vertretene Fachbereiche: Thoraxchirurgie KB, Gastroenterologie KB, Infektiologie KS, Pneumologie KH, KB, Hämato/Onkologie KS, HNO KS

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Interdisziplinarität bei allen Lungenerkrankungen: Bündelung an einem Standort der Maximalversorgung für Normalstationen	Versorgung von Lungenerkrankungen	stationär und ambulant	ein Maximalversorger	-Interdisziplinarität, Bündelung
	Zentrumsbildung inkl. angrenzende Erkrankungsbilder im onkologischen Bereich (z.B. Strahlentherapie)	Lungenzentrum	stationär und ambulant		inkl. angrenzende onkologische Bereiche (Strahlentherapie)
	Gesamte klinische Pneumologie mit Zwei-Standort-Konzept, Interventionelle Bronchoskopie und Anschlussversorgung (davon ein Standort mit maximaler Expertise und ambulantes Setting)	Pneumologie		beide Maximalversorger	Zwei-Standort-Konzept inkl. Anschlussversorgung
		Interventionelle Bronchoskopie	stationär und ambulant		Aufteilung auf Standorte
	Tuberkulose & Infektiologie in Kooperation	Tuberkulose	stationär	Standort Infektiologie	
	Interstitielle Lungenerkrankungen in Kooperation mit Rheumatologie	Interstitielle Lungenerkrankungen			in Kooperation mit Rheumatologie
	Kinder-HNO am Mutter-Kind-Zentrum	Kinder HNO		Schwabing	
	Onkologisches Zentrum mit stationärer Palliativversorgung am Standort und Neubildung ambulantes Angebot*	Onkologisches Zentrum	stationär	Standort Palliativversorgung	
		Onkologie	ambulant		Neues Angebot
	Erwachsenen—HNO und Infektiologie erfordert Intensivmedizinische Versorgung am Standort	Erwachsenen HNO		Standort Intensivmedizin	
		Infektiologie		Standort Intensivmedizin	
	Minimalinvasive onkologische Thoraxchirurgie (inkl. Roboterchirurgie)	Minimalinvasive onkologische Thoraxchirurgie			inkl. Roboterchirurgie
Akutgeriatrie als Anschlussversorgung in Eigenregie oder Kooperation*	Akutgeriatrie	Eigenregie oder Kooperation			
Steigerung Weaningbetten für Lungenversagen als pneumologisches Alleinstellungsmerkmal (Von Ecmo bis Weaning)	Weaning			Ausweitung	
Start	Schaffung struktureller und personeller Voraussetzungen zur Umsetzung und Implementierung des Lungenkrebscreenings innerhalb der MüK	Lungenkrebscreening	Eigenregie oder Kooperation		
	Ausbau Laryngo-Trachealchirurgie (Zentrum)	Laryngo-Trachealchirurgie			Ausweitung auf Zentrum
	Erwachsenen-HNO (Tumorchirurgie, Rhinologie, Otologie) mit bestehendem Spektrum (inkl. ITS)	Erwachsenen HNO			Tumorchirurgie, Rhinologie, Otologie, ITS
	Nicht-Stationäres pneumologisches & thoraxchirurgisches Angebot an allen Standorten der Maximalversorgung (ASV, KV-Sitz, TK, Ermächtigung)	Pneumologie	ambulant	beide Maximalversorger	
		Thoraxchirurgie	ambulant, teilstationär	beide Maximalversorger	
	Nicht-Stationäres HNO Angebot an allen Standorten der Maximalversorgung (ASV, KV-Sitz, TK) ⚡	HNO	Ambulant, teilstationär	beide Maximalversorger	
	Ausbau Lungenemphysem-Versorgung: Lungenvolumenreduktion chirurgisch und bronchoskopisch	Chirurgische und bronchoskopische Lungenemphysem-Versorgung			Ausbau
	Telemedizin: Betreuung außerklinischer Patienten (Heimbeatmung)	Pneumologie	telemedizinisch		Heimbeatmung
	Netzwerkbildung Intensivmedizinkompetenz: Betreuung weiterer Intensivstationen (telemedizinisch)	Intensivmedizin	telemedizinisch		Netzwerk für externe Intensivstationen
	Beteiligung an externen Tumorboards & Zweitmeinung in der gesamten Onkologie	Tumorboards			Beteiligung an externen Boards
„Grundversorgungsstation“ zur internen Aufnahme & Abverlegung nicht-fachspezifischer Patienten an der MüK	Allgemeinmedizinische Versorgungseinheit			Grundversorgungsstation zur internen Aufnahme und Abverlegung	

Legende:

Konsens: ja
 Konsens: nein
 Konsens: teils



Aus Sicht GF: Kein ambulantes Angebot ohne stationäres Angebot

* Kein ambulantes Angebot

Cluster Abdominal

Teilnehmer: 12 ÄrztInnen, 9 Pflegekräfte

vertretene Fachbereiche: Allgemein-/Viszeralchirurgie KN, Viszeralchirurgie KN, KH, Gastroenterologie KB, KH, KN, Radiologie KS, KB, Hämato/Onkologie KS, KN, KH, Allgemeinchirurgie KS, KB

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Fortführung große Viszeralchirurgie (kolorektal, Ösophagus, Pankreas, Leber)	Viszeralchirurgie			kolorektal, Ösophagus, Pankreas, Leber
	Große Viszeralchirurgie erfordert spezialisierte Funktionsmed: interventionelle & diagnostische Radiologie, Patho am Standort	Spezialisierte Funktionsmedizin für Viszeralchirurgie		am Standort Viszeralchirurgie	- interventionelle & diagnostische Radiologie - Pathologie
	Sicherstellung viszeralchirurgischen Notfallversorgung an beiden Standorten	Notfallversorgung Viszeralchirurgie		beide Maximalversorger	
	Endokrine Chirurgie an einem Standort	Endokrine Chirurgie		ein Maximalversorger	
	HIPEC an einem Standort	HIPEC		ein Maximalversorger	
	Psychoonkologie am Standort	Psychoonkologie		Standort Onkolog. Zentrum	
	Ausbau robotische Chirurgie & Radiologie (inkl. Intervention, Endoskopie) entsprechend med.-tech. Fortschritts	robotische Chirurgie			Ausbau
	Zwei stationäre palliativmedizinische Versorgungseinrichtungen an den Maximalversorgern*	Palliativmedizin	stationär	beide Maximalversorger	
	Konzentration onkologisches Zentrum (Viszeral, Onko, Gastro) an einem vs. zwei Standorten, Fokussierung von Leistungen je Standort (Qualität durch Konzentration, Zuweisungsstruktur, Mindestmengen, Fallzahlen, vs. Erfüllung Daseinsvorsorge)	Onkologisches Zentrum		mind. ein Maximalversorger	- Viszeral, Onko, Gastro, Ernährungsmedizin - Fokussierung Leistung je Standort (Qualität durch Konzentration, Einhaltung Mindestmengen)
	Notfallversorgung eines Maximalversorgers setzt keine große spezialisierte Viszeral-onkologische Chirurgie voraus	spez. viszeralonkologische Chirurgie		nicht zwingend wo max. Notfallversorgung	
Start	Allgemeininternistische/allgemeinmedizinische stationäre Versorgungseinheit (Daseinsvorsorge)	Allgemeinmedizin	stationär		allgemeininternistische Versorgungseinheit
	Poststationäre Versorgung in Eigenleistung oder in Kooperation (z.B. ambulanter Dienst)*	Poststationäre Versorgung	ambulant Eigenleistung oder Kooperation		ambulant häusliche Versorgung
	Zentrenggebundene ambulante Prähabilitationsangebote	Prähabilitationsangebot	ambulant		zentrenggebunden
	(sofortige) Konsolidierung Ösophaguschirurgie an einem Standort	Ösophaguschirurgie		ein Standort	sofortige Konsolidierung
	Nicht-stationäres Interventionssetting inkl. postinterventioneller Überwachung für komplexe Leistungen am Standort des Maximalversorgers	Abdominale Interventionen	ambulant und teilstationär	ein Maximalversorger	inkl. postinterventioneller Überwachung
	Ambulantes Hernienzentrum an zwei Standorten (Weiterbildung)	Hernienzentrum	ambulant	zwei Standorte	Weiterbildung
	Bariatrische Chirurgie an einem Standort (trotz Insulinmedikament)	Bariatrische Chirurgie		ein Standort	
	Nicht-stationäres onkologisches Setting am Standort des Maximalversorgers (Wettbewerbsvorteil) (TK, ASV, etc.)	Onkologie	ambulant und teilstationär	ein Maximalversorger	
	Nuklearmedizinisches Therapieangebot als Bestandteil des onkolog. Zentrums	Nuklearmedizinische Therapie		Standort Onkolog. Zentrum	
	Spezialisierung der Radiologie auch im Bereich interventionell-onkologischer Diagnostik & Therapie	interventionell-onkologische Diagnostik & Therapie			Spezialisierung der Radiologie
	ASV CED	CED	ambulant		als ASV
	Sicherstellung Zugang ambulanter Markt als ambulantes Versorgungszentrum der MüK (KV, ASV) am Maximalversorger (Konzentration)	Abdominalmedizin	ambulant	am Maximalversorgung	ambulantes Versorgungszentrum
	Strahlentherapie an Standorten der Viszeralonkologie	Strahlentherapie		Standort Viszeralonkologie	

Legende:

- Konsens: ja
- Konsens: nein
- Konsens: teils

* Aus GF Sicht: Ambulante Dienste nur in Kooperation

Cluster Gynäkologie

Teilnehmer: 6 ÄrztInnen, 5 Pflegekräfte

vertretene Fachbereiche: Gynäkologie/Geburtshilfe KS, KH, KN, Plastische Chirurgie KB, Hämato/Onkologie KS, KN, KH, Nuklearmedizin Medicenter, Medizet

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Frauenklinik als Profil an beiden Standorten der Maximalversorgung: Geburtshilfe & Gynäkologie mit operative-onkolog. Expertise mit Schwerpunktbildungen*	Frauenklinik (Geb. & Gyn)		beide Maximalversorger	-operativ-onkologische Expertise - Schwerpunktbildung an Standorten
	Stationäre palliativmedizinische Versorgung an Standorten der Maximalversorgung, mind. standortübergreifende Anbindung für Frauenklinik	Palliativmedizin	stationär	beide Maximalversorger	- standortübergreifende Anbindung an Frauenklinik
	Nuklearmedizin als Diagnostikpartner der Frauenheilkunde (nicht am Standort notwendig)	Nuklearmedizin		nicht Standort Frauenheilkunde notwendig	
	Radiologische Diagnostik für Frauenheilkunde am Standort	Radiologische Diagnostik		Standort Frauenheilkunde	
	Fokussierung ambulantes Leistungsangebotes auf spezialisierte Eingriffe, Schaffung Synergien durch Kooperation mit Niedergelassenen für einfache Eingriffe (Zuweisung)	spezialisierte gyn. Eingriffe	ambulant Eigenleistung		
		einfache gyn. Eingriffe	ambulant		- Zuweisung von Niedergelassenen
	Ausbau ambulante Leistung unter anderem im Bereich AOP mit Nutzung von Synergien durch Telemedizin (Patientenportal)	Gynäkologie	ambulant und telemedizinisch		- Ausbau AOP Leistungen
	Zentrierung zertifiziertes Brustkrebszentrum an einem/ggf. zwei Standorten (Kapazitätsausbau in KH, Zielwert: mind. 300 Primärtherapie)	Zertifiziertes Brustkrebszentrum		mind. 1 Standort	- Kapazitätsausbau auf mind. 300 Primärtherapiefälle
Start	Angebot einer spezialisierte Sprechstunde für beschnittene Frauen (Rekonstruktive CH Beratung & ambulante OP)	Rekonstruktive CH Female Genital Mutilation	ambulant		- Sprechstunde/Beratung und OP
	Anschluss an Endokrinologie & Reproduktionsmedizin als Schwerpunkt, z.B. Kooperation 	Reproduktionsmedizinischer Schwerpunkt			
	Komplexe rekonstruktive plastische gynäkologisch-onkologische CH, z.B. Interdisziplinäre onkologische Vulva-CH, Lymphgefäßchirurgie (prophylaktisch & therapeutisch) (Fallzahlmengen)	Rekonstruktive CH gyn-onko			
		Lymphgefäßchirurgie			
	Ausbau Humangenetik für gynäkologische Onkologie in Kooperation	Humangenetik	Kooperation		-Ausbau
Ambulante gynäkologisch-onkologische Therapie in verschiedenen Settings z.B. ASV Gyn Tumore, KV-Sitz am Standort der Frauenklinik (räumlicher Bezug)	Onkologische Gynäkologie (Therapie)	ambulant		- in verschiedenen Settings - räumlicher Bezug Frauenklinik	

Legende:

Konsens: ja
 Konsens: nein
 Konsens: teils



Aus Sicht GF: Kein primäres Feld der Daseinsvorsorge

* Aus GF Sicht: Nicht zwingend ausschließlich Maximalversorger-Setting notwendig

Cluster Urologie/Nephrologie

Teilnehmer: 6 ÄrztInnen, 4 Pflegekräfte

vertretene Fachbereiche: Nuklearmedizin Medcenter, Hämato/Onkologie KS, Urologie KB, Radiologie KB, KN, Nephrologie KH, KN

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	OP-Robotik in der Urologie am Standort Hauptabteilung Urologie (ggf. Anschaffung eines eigenen OP-Roboters bei Sicherstellung der Auslastung)	urologische OP-Robotik		Standort Urologie	
	Sicherstellung Zertifizierung (Erreichen operativer Fallzahlen) uro-onkolog. Zentrum als Teil des onkolog. Zentrums	Uro-onkologisches Zentrum			- als Teil onkol. Zentrum - Sicherstellung Zertifizierung
	Sicherstellung nephrologische Schwerpunktambulanz	Nephrologie			- als Schwerpunktambulanz - Expertise Hämo- & Peritonealdialyse
	Fortsetzung der nuklearmed. Diagnostik am Standort KB/ bei Bedarf in Kooperation	nuklearmedizinische Diagnostik	Eigenleistung oder Kooperation	Standort Urologie	
	Ausbau der urologischen Versorgung (Materialvorhaltung) an Standorten der Geburtshilfe	urologische Versorgung		Standort Geburtshilfe	
	Erhalt urologischer und nephrologischer Versorgung in Tageskliniken	Urologie	tagesklinisch		
		Nephrologie	tagesklinisch		
Fortsetzung stationäre Palliativmedizin an beiden Standorten der Maximalversorgung	Palliativmedizin	stationär	beide Maximalversorger		
Start	Intermittierende Nierenersatzverfahren (Hämodialyse) an beiden Häusern der Maximalversorgung	Hämodialyse		Beide Maximalversorger	
	Aufbau Ambulantisierung nephrolog. Versorgung insb. der Shunt-Ch (im Süden – am Standort der Schwerpunktversorgung Nephrologie)	nephrologische Versorgung	ambulant	Standort Nephrolog. Schwerpunktambulanz	insb. Shunt-Ch
	Urologie als Teil eines ambulanten OP-Zentrums am Hauptstandort der Schwerpunktversorgung (nicht im stationären Setting)	Urologie	ambulant	im OP Zentrum	
	Rekonstruktive Urologie/große Tumor-CH am Standort der urolog. Schwerpunktversorgung	Rekonstruktive Urologie		Standort Urologie	
	Zertifizierung als überregionales Shuntzentrum gem. mit Gefäß-CH	überregionales Shuntzentrum			inkl. Gefäßchirurgie
	Kapazitätsausbau in der Nuklearmedizin (Diagnostik & Therapie) – Schwerpunkt Urologie, Ausbau Radoligandentherapie (Theranostik)	Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie			- Schwerpunkt Urologie - Ausbau Radoligandentherapie
	Ausbau Kooperation & Erwerb KV-Sitz Urologie// Anreize für Zuweiser zur Sicherstellung Zentrumsbildung	Urologie	ambulant		KV Sitz
	Geburtshilfe/Gyn. und Pädiatrie am Standort der Urologie (Rotation in Kinder-Urologie möglich); Ausbau kinderurologische Versorgung am Standort der Urologie	Urologie		Standort Frauenheilkunde	
		Urologie		Standort Pädiatrie	Möglichkeit Rotation Kinder-Uro
		Kinder-urologische Versorgung		Standort Urologie	
	Ausbau Einsatz KI (operative urologische Versorgung)	operative urologische KI			
	KV-Sitz Radiologie	Radiologie	ambulant		KV Sitz
	Schwerpunktambulanz Radiologie an beiden Standorten der Maximalversorgung	Schwerpunktambulanz Radiologie		beide Maximalversorger	
	Ausbau der radiologischen Kooperation (u.a. teleradiolog. Versorgung)	Radiologie			Ausbau Kooperationen insb. Teleradiologie
Mitversorgung des Schwerpunktambulanz für alle anderen Standorten – Sicherstellung der Notfallversorgung am anderen Standort (Urologie & Nephrologie)	Urologie & Nephrologie	stationär, ambulant, tagesklinisch	Maximalversorger Standort Urologie	Mitversorgung weiterer Standorte	
			Weiterer Maximalversorger	Sicherstellung Notfallversorgung	
Schwerpunkt Uro-Endo in KH unter Beibehaltung der Ressourcen am Hauptstandort; für Uro-Endo teils stationäre Kapazitäten notwendig	Uro-Endo		Harlaching	als Schwerpunkt zusätzlich zu Hauptstandort	

Legende:

Konsens: ja
 Konsens: nein
 Konsens: teils



Aus Sicht GF: Kinderurologische Versorgung durch Kinderchirurgie

Cluster Intensiv

Teilnehmer: 11 ÄrztInnen, 9 Pflegekräfte

vertretene Fachbereiche: Anästhesie KB, KN, KH, Intensivmedizin KB, KS, Pneumologie KB, KH, Kardiologie KN, Viszeralchirurgie KH, KN, neurologische Intensivmedizin KH

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Ausweitung der Prähabilitation zur Reduktion von Intensivpflichtigkeit	Prähabilitation			Reduktion Intensivpflichtigkeit
	Dialyseangebote für überwachungspflichtige Patienten außerhalb der Intensivmedizin zur Entlastung (z.B. geblockte Trachealkanüle, Frühreha, IMC)	Dialyseangebot		außerhalb Intensivmedizin am Standort der Intensivmedizin	Zur Entlastung Intensiv
	Getrennte operative und konservative Intensivmedizin	Intensivmedizin			- operativ und konservativ getrennt - spezialisiert analog Fachabteilungsportfolio der Standorte
	Ausbau Weaning-Zentrum der Mük an einem Standort	Weaning-Zentrum		ein Standort	Ausbau
	Ein standortübergreifend organisiertes mobiles ECMO-Team der Mük	ECMO		Standortübergreifend	mobiles Team
Start	Proportional mehr überwachungsfähige Betten, deutliche Erhöhung der Lowcare Intensiv (Kriterien nach DIVI / = IMC) Kapazitäten / Bedarf 4-Stufiges Konzept: ITS, IMC, „Normalstation mit Telemetrie“, Normalstation	IMC			deutliche Erhöhung
	Auch ein Mutter-Kind-Zentrum benötigt Kapazität für Erwachsenen ITS am Standort (zwingendes Strukturmerkmal)	Intensivmedizin Erwachsene		Standort Mutter-Kind-Zentrum	
	Unverzügliche Behandlungsmöglichkeit vitalbedrohter Patienten zur Vermeidung der Intensivaufnahme (Stagedown)	Behandlung vitalbedrohter Patienten			- unverzüglich - Stagedown
	Aufbau eines standortübergreifenden telemedizinischen Netzwerks für intensivpflichtige Patienten um Vorort-Behandlung und Übernahme zu ermöglichen (inkl. Kooperationsmodell)	Intensivmedizin	telemedizinisches Netzwerk		-zur Vorortbehandlung und Übernahme

Legende:

- Konsens: ja
- Konsens: nein
- Konsens: teils

Cluster Pädiatrie

Teilnehmer: 9 ÄrztInnen, 13 Pflegekräfte

vertretene Fachbereiche: Kinder- u. Jugendmedizin KH, KS, Pädiatrie KH, Kinder-Intensivmedizin KS, Kinderchirurgie KS, Radiologie KS, Neurochirurgie KB, KS, KH, HNO KS, Kinderpsychosomatik KS, Kinder-Notfallmedizin, Allgemeinpädiatrie, Kinder-Onkologie

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?	
Continue	Die pädiatrische Intensivmedizin muss an jedem Standort an dem Kindermedizin vorhanden ist ausgebaut werden	pädiatrische Intensivmedizin		Standorte mit Kindermedizin		
	Stationäre, tagesklinische Pädiatrie erfordert Interdisziplinarität und Spezialisierung innerhalb der Kindermedizin	Pädiatrie	stationär und tagesklinisch		- Spezialisierung innerhalb Kindermedizin - Subspezialisierung aufgrund hochkomplexer Pädiatrie	
	Die MÜK bietet einen pädiatrischen Standort der Maximalversorgung für akut Schwerkranke und chronisch Kranke mit Onko, Endokrinologie, Diabetologie, Neuropäd, Kinderkardio, Neonatologie, Intensiv, Infektiologie, Gastro, Pulmo/Allergologie, Nephro, Neurochirurgie, Kinderchirurgie, HNO, Psychosomatik, Kinderrad, Kinderanästhesie, Labor	Pädiatrische Versorgung chronisch & akut Schwerkranke			Standort Kindermedizin	umfassende interdisziplinäre Leistungsvorhaltung am Standort
	Mindestens eine Neo auf höchstem neonatologischem Niveau (Level 1) in der MÜK, stationäre Neonatologie dort, wo Geburtshilfe verortet ist.	Neonatologie Level 1			mind. 1 Standort	
		Neonatologie	stationär		Standorte Geburtshilfe	
	Pädiatrische Grund- & Regelversorgung erfordert mindestens Intensiv, Neuropäd., Infektiologie, Kinderradiologie, Anästhesie	Pädiatrische Grund- & Regelversorgung				Vorhaltung Intensiv, Neuropäd., Infektiologie, Kinderradiologie, Anästhesie
	Kinder-Schmerztherapie als Alleinstellungsmerkmal am Haus der KIJu-Psychosomatik sollte ausgebaut werden	Kinder-Schmerztherapie			Standort KIJu-Psych	als Alleinstellungsmerkmal
	Stationäre Pädiatrie führt zu dem Bedarf interdisziplinärer Notfallversorgung und erfordert Schockräume & Interdisziplinarität am Standort der stationären Pädiatrie, Ambulante Basis Kindernotfallversorgung kann durch 24/7 KV-Bereitschaftspraxis abgedeckt werden	Pädiatrie	stationär		Standort mit Schockraum	
Pädiatrische Notfallversorgung		ambulant Kooperation		Standort 24/7-KV Bereitschaftspraxis	gemeinsamer Tresen	
Start	Neonatologie benötigt keine Pädiatrie am gleichen Standort	Neonatologie			nicht zwingend Standort Pädiatrie	
	Die Kinderchirurgie der Zukunft bietet spezialisierte Angebote in nachstehenden Subdisziplinen selbst an: Trauma, Verbrennung, Kinderuro + Nuklearmedizin, Kinderortho, Viszeral, Thorax, Onko, angeborene Fehlbildung, HNO, Päd. Neurochirurgie, MKG, NUK in Kooperation	Kinderchirurgie	Eigenregie			- umfassende (Sub-)Spezialisierung innerhalb Kinderchirurgie
		Kinderchirurgie	Kooperation			NUK
	Kinderurologie & - Nephrologie benötigt am Standort Nuklearmedizin ⚡	Kinderurologie & Kindernephrologie			Standort Nuklearmedizin	
Pädiatrische Maximalversorgung umfasst ein überregionales Traumazentrum für Kinder mit Präsenz Kinder-Neurochirurgie, Kinder-Radiologie, Kinder-HNO/MKG	Überregionales Traumazentrum für Kinder				Präsenz Pädiatrische Neurochirurgie, Pädiatrische Radiologie, pädiatrische HNO/MKG	

Legende:

- Konsens: ja
- Konsens: nein
- Konsens: teils



Aus Sicht GF: Medizinisch-inhaltlich nicht begründbar

Cluster sek. Dienstleister

Teilnehmer: 11 ÄrztInnen, 1 Pflegekraft

vertretene Fachbereiche: Pathologie Medizet, Labor Medizet, Apotheke, Nuklearmedizin Medicenter, Radiologie KB, KH, KN, KS, Anästhesie KH, KN, KS, KB

	These	Welche Medizin?	Art der Leistungserbringung?	Standort?	Was uns sonst noch wichtig war?
Continue	Notfalllabor mit Notfallspektrum inkl. Blutdepot an Bedarfe der Standorte angepasst (ohne schuldhafte Verzögerung), mind. an den Maximalversorgern	Notfalllabor mit Notfallspektrum		mind. An Maximalversorgern	inkl. Blutdepot An Standortbedarfe angepasst
	Zentrallabor für weitere Untersuchungen mit Mikrobiologie	Zentrallabor mit Mikrobiologie			umfassende Spezialdiagnostik
	Bedarfsgerechte med. Labor- Diagnostikleistungen (z.B., hämatolog. Speziallabor, Gerinnung) teilweise in Kooperation (z.B. Toxikologie)	Labordiagnostik	teilweise in Kooperation		- Hämatolog. Speziaillabor, Gerinnung - Toxikologie tbd
	Ausbau Molekularpathologie als neuer Schwerpunkt	Molekularpathologie			Ausbau als Schwerpunkt
	Ausbau Minimal-Invasive ambulante Radiologieleistungen auch als stationersetzende Leistungen (best care)	Minimalinvasive Radiologieleistungen	ambulant, teilstationär		
	Ausbau elektiv-stationäre Radiologieleistungen	elektive Radiologieleistungen	stationär		Ausbau
	Umfassende radiolog. Diagnostik an den Maximalversorgern aus einer Hand	radiolog. Diagnostik	Eigenregie	an den Maximalversorgern	Umfassendes Angebot inkl. PET
	Nuklearmedizinische Diagnostik am Standort eines Maximalversorgers und Standort Kinderchirurgie und Kinderurologie	NUK Diagnostik		ein Maximalversorger Standort Kinder (KS)	
Nuklearmedizinische Therapie am Standort eines Maximalversorgers	NUK Therapie		ein Maximalversorger		
Start	Unit-Dose Versorgung	Unit-Dose Versorgung			
	Erhöhung Durchführung Obduktionen als Bestandteil einer abschließenden Qualitätssicherung	Obduktionen			Erhöhung als Bestandteil zur Qualitätssicherung
	Organisatorische, operative Zentral-Apotheke an einem Klinikstandort der Maximalversorgung	Zentralapotheke		ein Maximalversorger	
	Angebot von Telemedizin zur Anbindung komplexer Fälle an MÜK-Zentren	Radiologie	telemedizinisch		Anbindung komplex. Fälle
	Angebot Telemedizin als Konsultation	Radiologie	telemedizinisch		zur Konsultation

Legende:

- Konsens: ja
- Konsens: nein
- Konsens: teils



Aus Sicht GF: Medizinisch-inhaltlich nicht begründbar