

ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH



Regionaler Strukturplan Gesundheit NÖ 2015
RSG NÖ 2015

ENDBERICHT
November 2010

Ergebnisse der landesinternen Abstimmung der Soll-Planung

Im Auftrag des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds – NÖGUS

ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH



Regionaler Strukturplan Gesundheit NÖ 2015

RSG NÖ 2015

ENDBERICHT
November 2010

Ergebnisse der landesinternen Abstimmung der Soll-Planung

Gerhard Fülöp

Michael Entleitner

Ines Grabner

Joachim Hagleitner

Stephan Mildschuh

Claudia Nemeth

Thomas Neruda

Elisabeth Pochobradsky

Daniela Reiter

Sonja Valady

Manfred Willinger

Wien, im November 2010

Im Auftrag des
Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds – NÖGUS

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Projektauftrag und -organisation.....	1
1.2	Grundlagen	1
1.3	Definitionen	1
2	Planungsmethodik.....	5
2.1	Gesetzliche Grundlagen.....	5
2.2	Abstrakt-theoretische Methodenbeschreibung	6
3	Ergebnisse der landesinternen Abstimmung der Soll-Planung.....	12
3.1	Abstimmung der Soll-Planung 2015	12
3.2	Erläuterungen zur Interpretation	12
3.3	Akut-Krankenanstalten (FKA)	13
3.4	Ambulante ärztliche Versorgung.....	14
3.5	Großgeräteplanung.....	14
3.6	Alternative Versorgungsformen	15
3.7	Präoperative Diagnostik.....	16
3.8	Regionalportraits.....	17
4	Ausblick	21

Quellenverzeichnis

Anhang – Regionsportraits

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Perspektiven zur Leistungsverschiebung zwischen Teilbereichen des Gesundheitssystems.....	6
Abbildung 2: Integrative regionale Versorgungsplanung – idealtypische Analyse-/Planungsschritte	7
Abbildung 3: Ausgewählte internationale Benchmarks – Bereiche Augenheilkunde und Großgeräteplanung (Beispiele).....	11
Abbildung 4: Ausgewählte Indikatoren zur Gesundheitsversorgung in den NÖ VR 2007.....	17

Abkürzungsverzeichnis

A	Fachabteilung	IB	Intensivbereich
Abb.	Abbildung	ICD-10	International Classification of Diseases, 10 th Revision
ABH	Abhängigkeitserkrankungen	i.d.g.F.	in der gültigen Fassung
AM	Allgemeinmedizin	IE	Intensiveinheit
AN	Anästhesiologie und Intensivmedizin	IES	Interdisziplinäre Entlassungsstation
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz	IM	Innere Medizin
AU	Augenheilkunde	INT	Intensivmedizin bzw. Intensivbereich
ÄVZÄ	Ärztliches Vollzeitäquivalent	IRVP	Integrative regionale Versorgungsplanung
B	Bettenführender Bereich	KA	Krankenanstalt
BÄ	Bettenäquivalent	KAC	Krankenanstaltencode
BB	Bettenbericht des BMGF	KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten/Kuranstalten
BD	Bundesdurchschnitt	Kap.	Kapitel
BDow	Bundesdurchschnitt ohne Wien	KAR	Kardiologie
BIG	Business Intelligence im Gesundheitswesen, Datenbank des HVSVT	KCH	Kinder- und Jugendchirurgie
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	KDok	Krankenanstalten-Dokumentationssystem des BMG
BMZ	Bettenmessziffer	KH	Krankenhaus
BSR	Bewegungs-/Stützapparat bzw. Rheumatologie	KHH	Krankenhausthäufigkeit
BTD	Belagstagedichte	KI	Kinder- und Jugendheilkunde
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz	KKAR	Kinderkardiologie
CH	Chirurgie	LAB	Labormedizin
COR	Herzkatheterarbeitsplätze	LAP	Leistungsangebotsplanung
CT	Computertomographiegeräte	LD	Landesdurchschnitt (Bundesland NÖ)
D	Department	LKF	Leistungsorientierte KA-Finanzierung
dBD	Durchschnittliche Belagsdauer	LK/LKL	Landesklinikum (in NÖ)
DER	Dermatologie	MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF-Modell
DF	Demografiefaktor	MHG	MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson	MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
DIA	Chronische Hämodialyse	MR	Magnetresonanztomographiegeräte
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation	NANB	Neurologische Akutnachbehandlung
dTB	Durchschnittlicher Tagesbelag	NC	Neurochirurgie
dTK	dislozierte Tagesklinik	NEO	Neonatologie
EAPF	Ein-/Auspenderfaktor	NEP	Nephrologie
ECT	Emissions-Computer-Tomographiegeräte	NET	Nierenersatztherapie
ED	Ergotherapie	NEU	Neurologie / Neurologische Erkrankungen
EEW/A	Einwohnererwartungswert pro Arzt	NEU-ANB/B	Neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe B
ETA	Eintages-Aufenthalte	NEU-ANB/C	Neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe C
ETP	Eintages-Pflege	NÖ	Niederösterreich
EU	Europäische Union	NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
EVQ	Eigenversorgungsquote	NÖGUS	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
EW	Einwohner/innen	NÖ KAG	NÖ Krankenanstaltengesetz
F	Fachschwerpunkt	n. r.	nicht relevant
FÄ/FA	Fachärztin und/oder Facharzt	NSM	Nahtstellenmanagement
FC	Funktionscode (gemäß KDok-System des BMG)	NTA	Nulltagesaufenthalte
FKA	Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt	NUK	Nuklearmedizin
FOKO	Folgekostenrechnung, IT- Kostenrechnungsprodukt der SVT	NUKT	Nuklearmedizinische Therapie(-bettenstation)
FQH	Frequenzhäufigkeit	n. v.	nicht verfügbar
FR	Fachrichtung	OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development / Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
FSP	Fachschwerpunkt	ONK	Onkologische Versorgung
GBE	Gesundheitsberichterstattung	OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
GCH	Gefäßchirurgie	ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
GEM	Gemischter Belag	ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
GG	Großgeräte	ÖBIG FP	ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe	ÖÄL	Österreichische Ärzteliste
GGP	Großgeräteplan	OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
GH	Geburtshilfe	ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
GIS	Gesundheitsinformationssystem	PAL	Palliativmedizin
GP	Gesundheitsplanung	PAT	Pathologie
GYN	Gynäkologie	PCH	Plastische Chirurgie
HCH	Herzchirurgie	PDia	Peritonealdialyse
HD	Hauptdiagnose	PET	Positronen-Emissions-Computertomographie
HDG	Hauptdiagnosen-Gruppe	PM	Planungsmatrix
HDIA	Chronische Hämodialyse	PMR	Physikalische Medizin und Rehabilitation
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	PSO	Psychosomatik
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	PSOE	Psychosomatik für Erwachsene
HOS	Hospizbereich	PSOK	Psychosomatik für Kinder und Jugendliche
HVSVT	Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger	PSY	Psychiatrie / Psychiatrische Erkrankungen
IAS	Interdisziplinäre Aufnahmestation		

PUL	Pulmologie
QK	Qualitätskriterium
RAD	Radiologie-Diagnostik
RFZ	Referenzzentrum
RNS	Remobilisation/Nachsorge
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Bettenstation (in der PAL)
sB	systemisierte Betten
SKA	Sonderkrankenanstalt
SON	Sonstige
SPECT	Single-Photon-Emissions-Computer- Tomographie
SRN	Strahlentherapie-Radioonkologie / Nuklearmedizin
ST.AT	Statistik Austria
STR	Strahlentherapie – Radioonkologie / Hochvolttherapie; STR-Geräte
SU	Stroke-Unit
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVT	Sozialversicherungsträger
SZT	Stammzelltransplantation
Tab.	Tabelle
tB	tatsächliche Betten
TCH	Thoraxchirurgie
TK	Tagesklinik
TXC	Transplantationschirurgie
UC	Unfallchirurgie
URO	Urologie
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VD	Versorgungsdichte
VR/VRC	Versorgungsregion
VZ	Versorgungszone
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organisation / Weltgesundheitsorganisation
WK	Wochenklinik
ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
z. T.	zum Teil

1 Einleitung

1.1 Projektauftrag und -organisation

Gemäß Ausschreibung des NÖGUS soll durch die Erstellung des Regionalen Strukturplans NÖ (RSG NÖ) der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2008 (ÖSG 2008), der als Rahmenplanung die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur in Österreich darstellt, inhaltlich weiterentwickelt und bezogen auf die Ebene des Bundeslandes NÖ präzisiert werden. Über den ÖSG 2008 hinaus sollen im RSG NÖ Planungsaussagen zum akutstationären, spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich abgeleitet, sowie eine IST-Darstellung zu Nahtstellenbereichen zur Rehabilitation und zur Pflege geliefert werden. Planungshorizont ist das Jahr 2015.

Im Rahmen der Arbeiten zum RSG NÖ 2015 wurde in einer Projektphase I der IST-Stand hinsichtlich der zu bearbeitenden Arbeitsmodule erhoben und zwischen den Projektpartnern abgestimmt. Anschließend wurde der akkordierte IST-Stand in einem diesbezüglichen Bericht festgehalten (Ergebnisbericht Phase I; IST-Bestandsanalyse nach Validierung) und als Basis für die Erarbeitung von Planungsempfehlungen herangezogen. Die seitens ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH im Zuge der Phase II des RSG NÖ 2015 entwickelten idealtypische Empfehlungen wurden in einem Zwischenbericht I per Ende März 2010 übermittelt und dienten als Grundlage für die in weiterer Folge abgehaltenen landesinternen Abstimmungen. Die Ergebnisse dieser Abstimmungen sind in einem Zwischenbericht II per Ende Juni 2010 sowie im vorliegenden Endbericht festgehalten.

1.2 Grundlagen

Das Bundesland NÖ hatte im Jahr 2007 rund 1,59 Mio. Einwohner. Bis zum Jahr 2015 wird laut Bevölkerungsprognosen von ST.AT und ÖROK die Einwohnerzahl in NÖ um rund 3 Prozent auf rund 1,64 Mio. Einwohner ansteigen, wobei im Umland der Bundeshauptstadt Wien z. T. erhebliche Zuwachsraten und in den peripheren Gebieten deutliche Bevölkerungsrückgänge erwartet werden.

Der Anteil der unter 15-Jährigen an der NÖ Wohnbevölkerung wird zwischen 2007 und 2015 von 15,8 auf 14,6 Prozent zurückgehen, der Anteil der über 75-Jährigen wird von 8,1 auf 9,1 Prozent ansteigen, und die Anzahl der über 75-Jährigen wird sich – als Ergebnis der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung – um rund 20.000 Personen erhöhen. Diese auch für Österreich insgesamt typische Entwicklung wird einen kontinuierlichen Umbau der Versorgungssysteme, insbesondere auch deren Ausrichtung auf ältere Patienten/-innen, erforderlich machen.

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt für beide Geschlechter gemeinsam ist in NÖ zwischen 1999 und 2008 von 77,6 auf 79,5 Lebensjahre angestiegen, was auch dem gesamt-österreichisch ansteigenden Trend entsprach.

Die durchschnittliche Gesamtsterblichkeit war im Beobachtungszeitraum 1999 bis 2008 in den NÖ Bezirken bei beiden Geschlechtern von erheblichen regionalen Schwankungen gekennzeichnet, wobei sich die Schwankungsbreite – von Ausnahmen abgesehen – im Bereich von +/-10 Prozent gegenüber dem Bundesdurchschnitt bewegte.

1.3 Definitionen

Akutstationärer Bereich: Die im RSG NÖ bei der Bestandsanalyse zum akutstationären Bereich verwendeten grundlegenden Konzepte und Begriffe werden wie folgt definiert:

- **Akutbetten:** Betten für anstaltsbedürftige Personen mit Ausnahme Genesender und chronisch Kranker in KA gemäß NÖKAG, soweit diese Betten für Akutpatienten vorgehalten werden.
- **Bettenmessziffer (BMZ):** Anzahl der Betten pro 1.000 Einwohner der jeweiligen VR / des jeweiligen Bundeslandes; mit Hilfe des im ÖSG 2008 definierten BMZ-Intervalls (vgl. ÖSG 2008, S. 28) werden das (fachspezifische) Gesamtbettenangebot eines Bundeslandes / einer VR sowie eventuell bestehende regional unterschiedliche Versorgungs- bzw. Verteilungsniveaus dargestellt.
- **Systemisierte Betten (sB):** Betten, die ihrer Anzahl nach von der NÖ Landesregierung sanitätsbehördlich bewilligt sind (gegliedert nach Fachrichtungen).
- **Tatsächliche Betten (tB):** Betten, die in den KA gemäß KA-Statistik des BMG tatsächlich zur Verfügung stehen (Jahresdurchschnitt der Mitternachtsstände der auf den bettenführenden Hauptkostenstellen aufgestellten Betten).
- **Belagstage:** Summe der Mitternachtsstände der Patienten nach bettenführenden Abteilungen und KA.
- **Pflegetage:** Summe der Mitternachtsstände der Patienten zuzüglich der Anzahl der stationären Aufenthalte (vereinfachende Approximation).
- **Stationäre Aufenthalte:** Anzahl der Patienten, die in einer Krankenanstalt bzw. bettenführenden Abteilung aufgenommen wurden, wenn dadurch eine Inanspruchnahme der tatsächlich aufgestellten Betten (ausgenommen Funktionsbetten) erfolgte.
- **Funktionsbetten:** Zählen nicht zu den Akutbetten, da es sich um Betten für Begleitpersonen bzw. um Betten handelt, die für eine spezielle Funktion gewidmet sind (z. B. Dialysebetten, post-operative Betten im Aufwachraum, Säuglingsboxen der Geburtshilfe, OP-Tische).
- **Fallbezogene Krankenhaushäufigkeit (FKHH):** Stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einwohner einer Region (bezogen auf ein Jahr, alters- und geschlechtsstandardisiert).
- **Patientenbezogene Krankenhaushäufigkeit (PKHH):** Stationäre Patientinnen und Patienten (exkl. Mehrfachaufnahmen) pro 100.000 Einwohner einer Region (bezogen auf ein Jahr, alters- und geschlechtsstandardisiert).
- **Belagstagedichte (BTD):** Belagstage pro 100.000 Einwohner einer Region (bezogen auf ein Jahr, alters- und geschlechtsstandardisiert).
- **Durchschnittliche Belagsdauer (dBD):** vereinfachend definiert als Belagstage, dividiert durch Aufnahmen (bezogen auf ein Jahr).
- **Durchschnittliche Auslastung (Ausl):** Summe der tatsächlichen Belagstage dividiert durch die Summe der möglichen Belagstage in einer Abteilung oder Krankenanstalt (bezogen auf ein Jahr) in Prozent.
- **Durchschnittlicher Tagesbelag (dTb):** Vereinfachend definiert als Belagstage dividiert durch 365 bzw. Belagstage durch 366 (für Schaltjahre).
- **Natürlicher Einzugsbereich (nEB):** Aggregat jener Wohngemeinden, die einem KA-Standort aufgrund des Kriteriums der „Nächstgelegenheit“ (kürzeste Reisezeitentfernung im Straßen-Individualverkehr) zuzuordnen sind.
- **Tatsächlicher Einzugsbereich (tEB):** Regionaler Bereich, in dem die „Anziehungskraft“ einer Krankenanstalt jene der anderen Krankenanstalten überwiegt.
- **Quellbezogene Eigenversorgungsquote (EVQ):** von der Wohnbevölkerung der eigenen VR beanspruchte BÄ in Prozent der von der NÖ Wohnbevölkerung insgesamt beanspruchten BÄ;

Es wird darauf hingewiesen, dass in der Analyse der Versorgungsströme die Herkunft der Patientinnen und Patienten wohnortbezogen (Hauptwohnsitz) berücksichtigt wird. Hinsichtlich der Frage der in NÖ KA versorgten Patientinnen und Patienten mit einem Hauptwohnsitz in Wien wurde aus der Patientenstrommatrix ein hypothetischer Prozent-Anteil von „Zweitwohnsitz-Aufenthalten von Patienten mit Hauptwohnsitz in Wien“ für alle Fachrichtungen insgesamt errechnet. Dieser hypothetische Prozent-Anteil beträgt für NÖ insgesamt 3,9 Prozent und ist mit 4,4 Prozent in der VR 31 NÖ Mitte am höchsten, mit 1,8 Prozent in der VR 35 Mostviertel am niedrigsten.

Sämtliche relevanten Parameter der Bettenvorhaltung und -inanspruchnahme stehen über KDok 2007 auf Ebene der einzelnen Akut-KA in NÖ bzw. der einzelnen bettenführenden Einheiten innerhalb dieser Akut-KA zur Verfügung.

Ambulanter Bereich: Als Grundlage für die Darstellung des Ist-Standes an Versorgungskapazitäten im ambulanten Bereich („Köpfe niedergelassene Vertragsärztinnen/Vertragsärzte“ und ärztliche Vollzeit-äquivalente (ÄVZÄ)) dient das bundesweit einheitlich verfügbare Werkzeug des HVSVT „Regiomed“. Regiomed 2007 beinhaltet je Fachrichtung bzw. Fachgruppe u. a. nachfolgende Angaben:

- Niedergelassene Vertragsärztinnen/Vertragsärzte („Köpfe“ bzw. Verträge, ÄVZÄ)
- Niedergelassene Wahl-Ärztinnen/Wahl-Ärzte (ohne Kassenvertrag, ÄVZÄ)
- Ärztinnen/Ärzte in Spitalsambulanzen für ambulante Patientinnen/Patienten (ÄVZÄ)
- Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien (ÄVZÄ)
- Ärztinnen/Ärzte in Instituten (ÄVZÄ).

Anzumerken ist, dass die den Daten aus Regiomed zugrundeliegende Berechnungsmethodik seitens des HVSVT für die Erstellung von Regiomed 2007 grundlegend geändert wurde, sodass eine Vergleichbarkeit mit den Daten der Vorjahre nur noch sehr eingeschränkt gegeben ist. Zur Darstellung der tatsächlichen Inanspruchnahme der ambulanten Versorgungsstrukturen wurden folgende Daten auf Basis eines sektorenübergreifend einheitlichen Datensatzes erhoben:

- Basisdaten des NÖGUS zu spitalsambulanten Arzt-Patienten-Frequenzen nach Alter, Geschlecht und Wohnort 2007 sowie entsprechende Erstkontakte pro Quartal;
- Basisdaten der NÖGKK und der bundesweiten SVT zur ambulanten Inanspruchnahme extramuraler Versorgungsstrukturen – Arzt-Patienten-Frequenzen nach Alter, Geschlecht und Wohnort 2007 und 2008 sowie entsprechende Erstkontakte pro Quartal.

Zur Abbildung der Versorgungsstruktur und des Versorgungsgeschehens im ambulanten Bereich sind in bundesweit einheitlicher Form außerdem folgende wesentliche Datenquellen verfügbar:

- SVT bzw. HVSVT (Daten zum extramuralen Versorgungsbereich): Vertragspartner-Datenbank, Vertragspartner-Umsatzdatenbank, Ärztekostenstatistik, FOKO, BIG, Zusatzerhebungen in Kassenambulatorien;
- BMG/Landesfonds (Daten zum spitalsambulanten Versorgungsbereich sowie zu den Ambulatorien): KA-Statistik (KDok); spezielle Zusatzerhebungen in den selbstständigen Ambulatorien;
- ÖÄK/Landesärztekammern: Österreichische Ärzteliste (mit öffentlichen Ärztedaten im Sinne von § 27 ÄrzteG);

Seitens der Sozialversicherungsträger wurden Vertragspartnerlisten zur Verfügung gestellt.

Aufgrund von teilweise deutlichen Abweichungen zwischen den vom NÖGUS zur Verfügung gestellten Daten aus den Spitalsambulanzen der NÖ FKA und den Angaben aus KDok erfolgte seitens des NÖGUS und der LK-Holding unter Einbindung der Regionalmanager eine umfassende Validierung der Daten vor Ort in den Spitalsambulanzen. Dabei wurden sowohl die ärztlichen Vollzeitäquivalente als auch die Frequenzen originär nacherhoben.

Trotz dieser im internationalen Vergleich relativ umfassenden Datengrundlagen besteht das Problem, dass damit das tatsächliche Versorgungsgeschehen bzw. die Versorgungswirksamkeit der Leistungserbringer im ambulanten Bereich nur mit eingeschränkter Präzision erfasst werden kann. Außerdem ist auch die direkte Vergleichbarkeit der einzelnen Datenquellen miteinander stark eingeschränkt. Bis zum Vorliegen einer bundesweit einheitlichen Datenbasis (umfassend v. a. auch zwischen den Sektoren vergleichbare Datengrundlagen) muss bei der Interpretation der Ergebnisse zur Bestandsanalyse berücksichtigt werden, dass die bestehenden Datendefizite und die Validität dieser Ergebnisse eine erhebliche Beeinträchtigung darstellen können.

Am Beginn der Analysen standen eine umfassende, mehrstufige Datenplausibilisierung sowie die Entwicklung entsprechend abgestimmter Imputations-Algorithmen zur Herstellung einer möglichst vollständigen und validen Datenbasis. Die derart geprüften und vervollständigten Daten zu den Arzt-Patienten-Frequenzen im ambulanten Bereich wurden in einem Geographischen Informationssystem (GIS) erfasst.

Konkret wurden folgende Indikatoren im Zuge der Analyse der ambulanten Versorgungsstruktur auf Ebene der fünf NÖ VR und des Bundeslandes NÖ getrennt nach Fachrichtungen betrachtet:

- „Kopfzahlen“ und ÄVZÄ (gemäß Regiomed 2007, Stellenpläne, Österreichischer Ärzteliste) und deren Aufteilung auf die verschiedenen Sektoren der ambulanten Versorgung;
- aktuelle regionale Versorgungsdichte (ÄVZÄ/1.000 Einwohner)
- sowie deren regionale Abweichungen von Bundes- und Landesdurchschnitt

In einem zweiten Schritt wurde der modellierte Einwohner-Erwartungswert pro Arzt (EEW/A) ergänzt, der unter Berücksichtigung beispielsweise von Fahrzeit und weiteren Parametern, die das konkrete Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung bestimmen, einen Eindruck dahingehend vermittelt, mit wie vielen Einwohnern bzw. Patienten ein Anbieter in der Region rechnen kann. Im Gegensatz zur reinen Versorgungsdichte-Rechnung können hier bestehende regionsübergreifende Versorgungs-Beziehungen mit einbezogen und die regionalen Patientenwanderungen in den Ergebnissen berücksichtigt werden.

Im Zuge der Analyse der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgungsstruktur wurden wiederum auf Ebene der fünf NÖ Versorgungsregionen und des Bundeslandes NÖ sowie getrennt nach Fachrichtungen folgende Indikatoren berechnet:

- Aufteilung der Arzt-Patienten-Frequenzen auf die verschiedenen Sektoren der ambulanten Versorgung
- quellbezogene Frequenzhäufigkeit (Frequenzen/Einwohner) der in einer Region wohnhaften Bevölkerung in Relation zum LD
- detaillierte Darstellung der regionalen Patientenströme
- quellbezogene Eigenversorgungsquote = Anzahl der von der Wohnbevölkerung in der eigenen Region beanspruchten Frequenzen in Relation zu den von der Wohnbevölkerung der betrachteten Region insgesamt beanspruchten Frequenzen; dieser Indikator gibt aus Sicht der Patienten einen Eindruck dahingehend, ob die Bewohner einer Region überwiegend die ambulanten Leistungserbringer in der eigenen Region in Anspruch nehmen oder ob sie eher „auspendeln“;

- zielbezogene Eigenversorgungsquote = Anzahl der von den ambulanten Anbietern einer Region an der Wohnbevölkerung der eigenen Region erbrachten Frequenzen in Relation zu der in der Region insgesamt erbrachten Frequenzen; dieser Indikator gibt aus Sicht der Leistungsanbieter einen Eindruck dahingehend, ob sie überwiegend die regionale Bevölkerung versorgen oder eher „Einpendler“.

2 Planungsmethodik

2.1 Gesetzliche Grundlagen

Die integrierte Gesundheitsstrukturplanung im Rahmen eines RSG – vor allem auch einbeziehend den stationären und ambulanten bzw. den spitalsambulanten und niedergelassenen Versorgungsbereich – basiert auf komplexen Analyse- und Planungsprozessen, die zunächst die bestehenden gesetzlichen Grundlagen und in weiterer Folge die regionalen Besonderheiten und „historisch gewachsenen Strukturen“ in den einzelnen Versorgungsregionen individuell berücksichtigen muss. Hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen und der daraus abgeleiteten Planungsgrundlagen sind insbesondere die aktuelle 15a-Vereinbarung, der ÖSG 2008 als Rahmenplanung sowie die zentralen Gesetzeswerke KAKuG und ASVG einzubeziehen.

In Artikel 3 ff. der 15a-Vereinbarung werden wesentliche Grundsätze der integrierten Gesundheitsstrukturplanung festgelegt, insbesondere wird der ÖSG 2008 als verbindliche Grundlage für diese Planung – nicht zuletzt auch für die Versorgungsplanung in den RSG – definiert. Hinsichtlich der zentralen Problematik der Leistungsverschiebungen zwischen Teilbereichen des Gesundheitssystems wird in Artikel 3 (3) der 15a-Vereinbarung bestimmt:

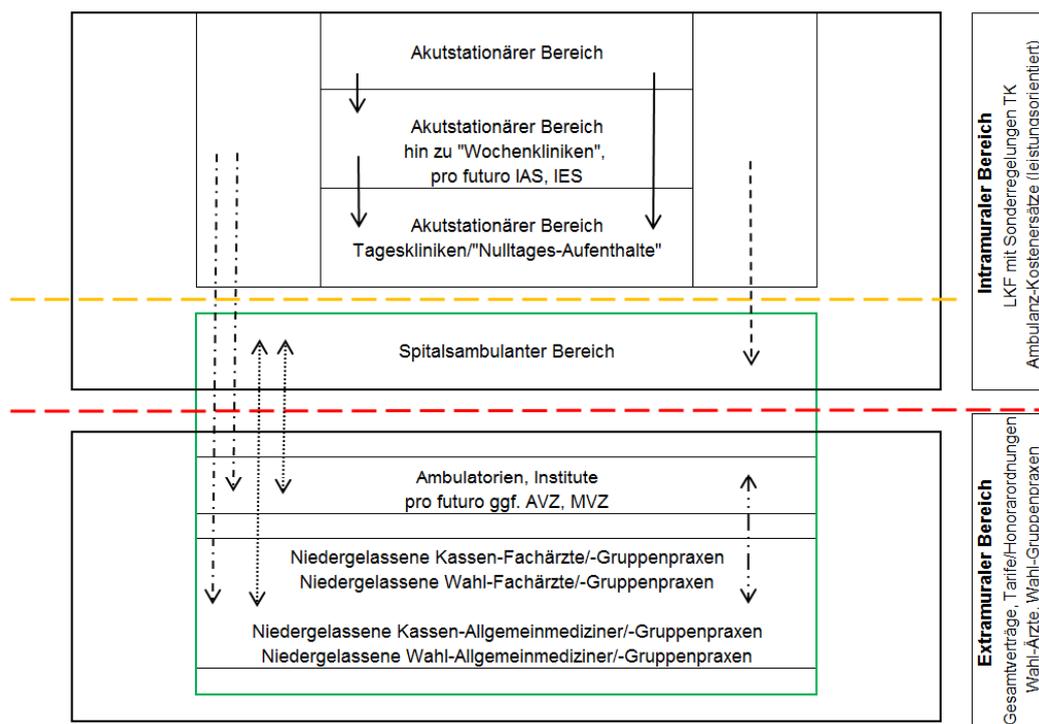
„Die Gesundheitsstrukturplanung hat die Beziehungen zwischen den Ebenen und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung und angrenzender Versorgungsbereiche zu berücksichtigen. Im Sinne einer gesamtwirtschaftlichen Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung berücksichtigen Teilbereichsplanungen die Wechselwirkung zwischen den Teilbereichen dahingehend, dass die gesamtwirtschaftlichen Aspekte vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind. Die Sicherung der Qualität und die Patientinnen-/Patientenorientierung sind dabei jedenfalls sicherzustellen.“

Grundsätze „Ambulant vor stationär“ und „Geld folgt Leistung“

Bei der gemäß Artikel 27 (1) Z 6 der 15a-Vereinbarung anzustrebenden „Entlastung der KA durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich gerechtfertigte Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich“ ergeben sich Übergangsbereiche sowohl vom akutstationären in den spitalsambulanten als auch vom intramuralen in den extramuralen Bereich, die sich in der Realität als keineswegs friktionsfrei herausstellen (vgl. Abb. 1). Somit resultiert für die Gesundheitsstrukturplanung die Notwendigkeit, nicht über starre Planungs-Schemata, sondern vielmehr in Szenarien auf Basis verschiedener Annahmen über künftige Leistungsverschiebungen und in Bandbreiten-Modellen vorzugehen. Dabei ist das Prinzip „Geld folgt der Leistung“ zu beachten.

Gemäß der aktuellen 15a-Vereinbarung sind von allen Beteiligten die Grundsätze einer integrierten Gesundheitsversorgung zu beachten. Auf die weiterführende Vernetzung von sozialen Diensten, patientennaher ambulanter Versorgung im intra- und extramuralen Bereich sowie nachgelagerter Versorgungseinrichtungen im Rehabilitations- sowie im Pflegebereich ist besonderes Augenmerk zu legen.

Abbildung 1: Perspektiven zur Leistungsverchiebung zwischen Teilbereichen des Gesundheitssystems



Legende:

- gesamter ambulanter Bereich im Sinne von Artikel 9 der 15a-Vereinbarung 2008-2013
- Übergang akutstationärer Bereich / spitalsambulanter Bereich (Finanzierung v.a. Landesfonds)
- Übergang intramuraler Bereich (Finanzierung v.a. Landesfonds) / extramuraler Bereich (Finanzierung v.a. SV)
- Leistungsverchiebung durch organisatorische Maßnahmen innerhalb der Akut-KA realisierbar
- Leistungsverchiebung stationär/spitalsambulant i.S. von Art. 27 (1) Z. 6 15a-Vereinbarung (ggf. Anpassung der gesetzlichen Grundlagen und Honorierungssysteme)
- Leistungsverchiebung stationär/extramural i.S. von Art. 27 (1) Z. 6 15a-Vereinbarung (derzeit über Kooperationsbereich i.S. von Art. 31 15a-Vereinbarung geregelt)
- Leistungsverchiebung spitalsambulant/extramural i.S. von Art. 27 (1) Z. 6 15a-Vereinbarung (derzeit über Kooperationsbereich i.S. von Art. 31 15a-Vereinbarung geregelt)
- Leistungsverchiebung innerhalb des extramuralen Bereichs (sozialversicherungsrechtliche Grundlagen zu beachten)

Quellen: Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2015; ÖBIG-eigene Darstellung

Mehrere Bestimmungen der 15a-Vereinbarung und in der Folge auch des ÖSG 2008 zielen weiters darauf ab, eine regional möglichst gleichmäßige Verteilung der Versorgungskapazitäten und damit eine einheitliche Versorgungsdichte sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich anzusteuern (vgl. z. B. Artikel 10 (1): „chancengleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung ... für alle“; oder Artikel 15 (3): „... dass eine qualitativ hochwertige ... allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt ... wird“). Dieser Grundsatz kann in der Gesundheitsplanung z. B. dadurch berücksichtigt werden, dass aus der Ist-Situation in Österreich und/oder in anderen Nationen Benchmarks zur Versorgungsdichte abgeleitet werden, die in weiterer Folge als Orientierungswerte für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur dienen.

2.2 Abstrakt-theoretische Methodenbeschreibung

Aufgrund der unterschiedlichen Messgrößen (Bettenäquivalente im akutstationären Bereich, ärztliche Vollzeitäquivalente im ambulanten Bereich, Geräte-Anzahl im Großgerätebereich; pro futuro Leistungsvolumina in allen drei Bereichen) erfolgt die Soll-Planung – analog zur Ist-Bestandsanalyse – zunächst getrennt nach akutstationärem und ambulantem Bereich bzw. nach dem Großgeräte-Bereich.

Hypothetische Umlagerungspotenziale zwischen akutstationärem und ambulantem Bereich, die sich in der Realität als Leistungsverchiebungen konkretisieren lassen, bilden das verbindende Element zwischen diesen beiden Analyse-/Planungsschienen. Dies gilt analog auch für jene Bereiche der Großgerä-

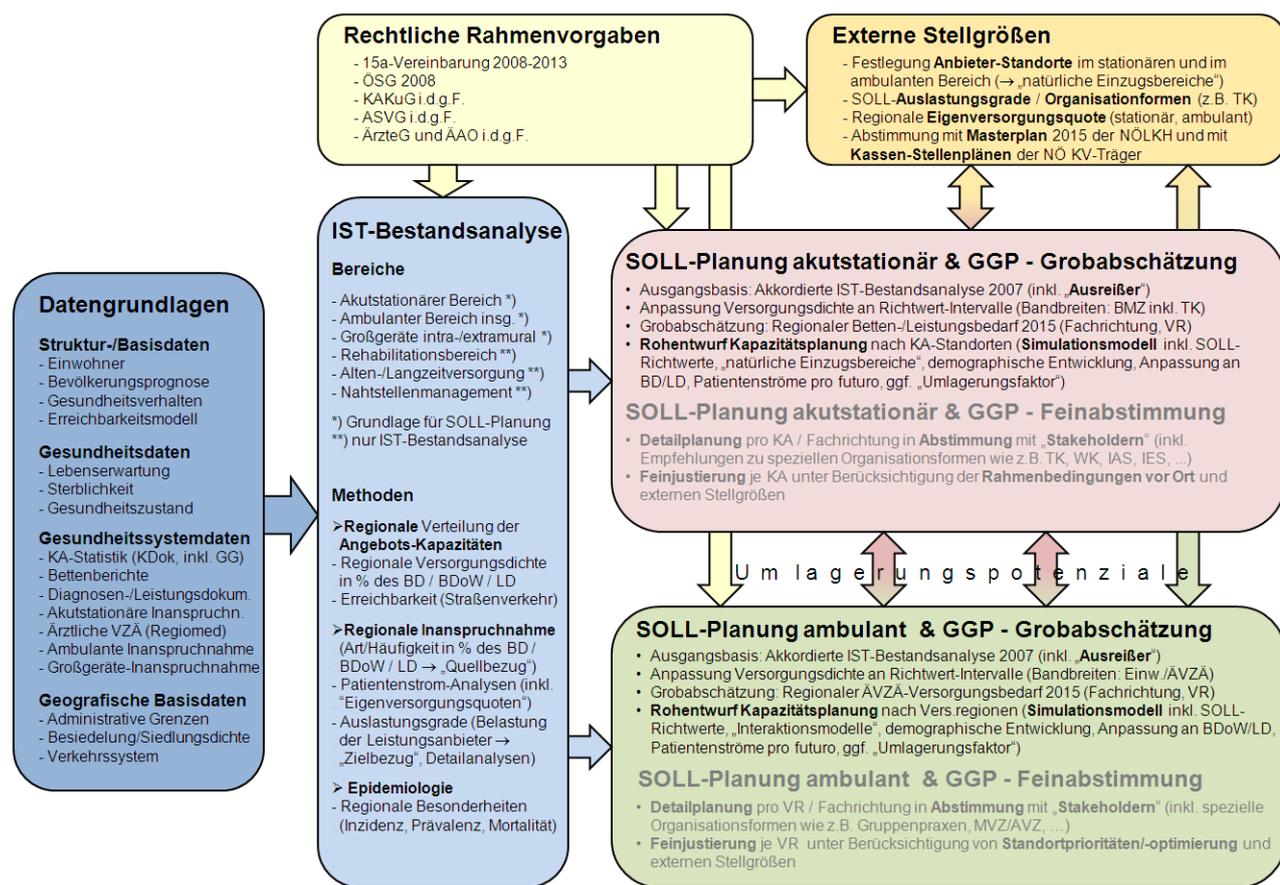
teplanung (GGP), die gemäß ÖSG 2008 sowohl intramural als auch extramural von Relevanz sind (CT, MR, ECT).

Soll-Planung akutstationärer Bereich – Grobabschätzung

Auf Basis der gut abgesicherten Daten zur Epidemiologie bzw. aus DLD und KDok können in Verbindung mit den Planungs-Richtwerten im ÖSG 2008 für den akutstationären Bereich in einem ersten Schritt im Rahmen eines makroanalytischen Ansatzes quell- und zielbezogene Bedarfs-Grobabschätzungen je Fachrichtung in Form von Bettenäquivalenten ermittelt werden.

Dabei wird von in Bezug auf den BD bzw. auf LD standardisierten Werten zur KHH, dBD, zu NTA-Anteilen und zu Auslastungsgraden ausgegangen; besondere Abweichungen („Ausreißer“) werden gesondert im Hinblick auf einen Änderungsbedarf analysiert (vgl. Abb. 2). Diese Ergebnisse, die auf der Gesamt-Modellierung des österreichischen Gesundheitssystems im Rahmen des ÖSG („ÖSG-Simulationsmodell“) basieren, werden als Orientierungsgrößen für die Versorgung der jeweiligen VR zunächst als wirtschaftlich sinnvoll fñhrbare Organisationseinheiten auf die einzelnen Standorte zugeordnet, sofern die dafür erforderlichen Mindestvorgaben gemäß ÖSG (v. a. Mindestbettenzahl) eingehalten werden können.

Abbildung 2: Integrative regionale Versorgungsplanung – idealtypische Analyse-/Planungsschritte



Anm.: Umsetzung der grau gedruckten Bereiche (Feinabstimmung) optional nach entsprechender Vorabstimmung

Quelle: ÖBIG-eigener Entwurf

Als Rahmenvorgabe und somit Leistungsmengenbasis für das Jahr 2015 wird im ÖSG-Simulationsmodell die Versorgungsmatrix des derzeit gültigen ÖSG 2008 herangezogen. Auf Basis der in der Versorgungsmatrix pro MHG ausgewiesenen Anzahl stationärer Aufenthalte werden für den Pla-

nungshorizont 2015 jene Bettenäquivalente (BÄ) als Richtwerte für Planbetten ermittelt, die für die Versorgung der Bevölkerung der jeweiligen VR („Quellbevölkerung“ entsprechend der Wohnpostleitzahl) erforderlich sein werden.

Die Abschätzung des regionalen Bettenbedarfs auf Basis der für die jeweilige Fachrichtung relevanten MHG erfolgt durch Ermittlung des Belagstage-Volumens 2015 (Multiplikation der für das Jahr 2015 pro MHG auf Basis der demografischen und medizinisch-technischen Entwicklung prognostizierten Aufenthaltszahl mit der für das Jahr 2015 angenommenen dBD). Danach wird die idealtypische Soll-Bettenzahl für das Jahr 2015 unter Annahme der fachrichtungsspezifischen Soll-Auslastung (in der Regel 85 %) wie folgt berechnet:

$$\text{Vollstationäre Betten} = (\text{Belagstage} + \text{Pflegetage}) / 2 / 365 / \text{Sollauslastung}$$

Zu diesen quellbezogenen BÄ sind die erforderlichen Kapazitätsvorhaltungen für die Versorgung in- und ausländischer Gastpatienten zu addieren (= Bettenäquivalent, das im Jahr 2007 für die Versorgung aller Gastpatienten in den NÖ KA benötigt wurde) sowie jenes BÄ abzuziehen, welches für die niederösterreichische Bevölkerung in KA außerhalb Niederösterreichs im Jahr 2007 benötigt wurde.

Die Ermittlung des – ebenfalls quellbezogen ermittelten – regionalen Tagesklinik-Potenzials für den Planungshorizont 2015 beruht ebenfalls auf der ÖSG-Versorgungsmatrix, in der für den Anteil tagesklinischer Fälle („Nulltages-Aufenthalte“) eine Potenzialabschätzung angegeben ist. Das Ergebnis im Bereich der Tagesklinik (TK) setzt die Variante „Um-/Verlagerung in die TK“ hypothetisch vollständig um (Verlagerungspotenzial gemäß ÖSG-Versorgungsmatrix wird als tagesklinisches Potenzial berücksichtigt und somit dem stationären Bereich, nicht aber dem ambulanten Bereich zugeordnet). Somit spiegeln die berechneten TK-Kapazitäten die Hypothese wider, dass das in der ÖSG-Versorgungsmatrix ausgewiesene TK-Umlagerungspotenzial vollständig realisiert wird. In den empfohlenen Bettenkapazitäten 2015 werden die TK-Betten (gemäß Verlagerungspotenzial „ÖSG-Versorgungsmatrix“) angegeben. Die Berechnung der TK-Kapazitäten erfolgt – unter Annahme eines Patienten-Durchsatzes von durchschnittlich 1,5 Patientinnen bzw. Patienten pro Tag – über:

$$\text{Tagesklinik-Betten} = \text{Tagesklinik-Fälle} / 250 (= \text{Betriebstage}) / 1,5$$

In der Folge sind die quellbezogen pro VR ermittelten Bettenbedarfe in zielbezogene Empfehlungen pro KA-Standort überzuführen. Dazu kommt ein weiteres Simulationsmodell zur Anwendung, mit dessen Hilfe der für den Versorgungsbedarf 2015 in den Akut-KA pro Fachrichtung und Versorgungsregion dargestellt wird. Über dieses Simulationsmodell kann die Zielerreichung in Richtung Ausgleich regionaler Versorgungsungleichheiten in verschiedenen Szenarien überprüft werden. Die Anwendung des Konzepts der „natürlichen Einzugsbereiche“ in Kombination mit den BMZ-Intervallen gemäß ÖSG 2008 erlaubt ebenfalls eine valide Näherung des Bettenbedarfs (Einwohner im natürlichen Einzugsbereich x Mittelwert des BMZ-Intervalls), da das o. a. ÖSG-Simulationsmodell konsequent mit den BMZ-Intervallen harmonisiert wurde.

Die Ergebnisse dieses Regionalisierungs-Prozesses werden zunächst pro Fachrichtung nach VR im Sinne der bestmöglichen Reaktion auf die sich zukünftig verändernden Versorgungsbedarfe und im Sinne des Ausgleichs bestehender regionaler Ungleichgewichte dargestellt (Kenngrößen: tatsächliche Betten 2007; Bettenrahmen gemäß ÖSG 2008; Planungsempfehlung 2015 inkl. TK-Betten; Art der Vorhaltestruktur, z. B. Abteilung, Department, Fachschwerpunkt, Tagesklinik, interdisziplinäre Organisationsformen).

Überdies erfolgt pro VR ein Vergleich mit dem Bettenmessziffern-Intervall gemäß ÖSG 2008 (BMZ, Akutbetten pro 1.000 Einwohner).

Soll-Planung akutstationärer Bereich – Feinabstimmung

Die aus der Grobabschätzung resultierenden Orientierungswerte bilden die Grundlage für eine weitere Differenzierung des Betten- und Leistungsbedarfs im Rahmen eines mikroanalytischen Planungsansatzes mit Bezug auf Realisierung kostengünstiger Umsetzungsvarianten

- durch Wahl von unterschiedlichen zweckmäßigen Betriebsformen (Tagesklinik, Wochenklinik, Aufnahme- und Entlassungsstationen) für die erforderlichen Organisationseinheiten,
- unter Einsatz von dafür spezifischen Planungsparametern (z. B. Auslastungsgrade in Abhängigkeit von Höhe des Anteils planbarer Leistungen bzw. erforderlicher Notfallpuffer, MHG-spezifische Verweildauern, tatsächliche jährliche/wöchentliche/tageszeitliche Betriebszeiten),
- unter Nutzung interdisziplinärer Versorgungseinheiten und Annahme eines optimierten KH-Belegungsmanagements.

Insbesondere die isolierte Darstellung des NTA- bzw. TK-Bereichs bildet die Grundlage für eine weitere Differenzierung im Hinblick auf die Schnittstelle zum ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung und auf die Abgrenzung zum vollstationären Bereich. Dabei wird von einer Optimierung des Bettenbelegungs-Managements unter Nutzung von Aufnahme- und Entlassungsstationen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements, Vermeidung überproportionaler KHH, Reduktion der dBD unter Absicherung der Patientenversorgung bei längerer Rekonvaleszenz im Bedarfsfall ausgegangen. Planungsziel ist es dabei, eine bedarfsorientierte und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung abzusichern.

Im darauffolgenden Schritt der Feinjustierung sind die Kapazitätsfestlegungen je Standort auf die jeweils verfügbare bauliche (Stationsgliederung, OP-Kapazität) und (haus-)technische und medizinisch-technische Infrastruktur (inkl. Großgeräte) abzustimmen und darauf angepasste Leistungsbündel (unter Einhaltung von Qualitätskriterien und Leistungsmengen-Vorgaben) abzustimmen. Sollten Leistungen aufgrund am Standort fehlender Qualitätskriterien aus dem Leistungsbild einzelner Standorte herausfallen, sind diese andernorts regionsspezifisch oder überregional ergänzend zuzuordnen – der daraus resultierende Änderungsbedarf ist dort entsprechend zu berücksichtigen. Dieser finale Planungsschritt in Richtung Feinabstimmung muss die Rahmenbedingungen vor Ort berücksichtigen und wird daher sinnvollerweise in Abstimmung mit den „regionalen Stakeholdern“ erfolgen.

Soll-Planung ambulanter Bereich – Grobabschätzung

Auch die Bedarfsschätzungen im ambulanten Bereich beruhen grundsätzlich auf einem mehrstufigen Modell. Dabei wird von in Bezug auf den BD bzw. auf LD standardisierten Werten zur Versorgungsdichte (Einwohner pro ÄVZÄ) ausgegangen; besondere Abweichungen („Ausreißer“) werden gesondert im Hinblick auf einen Änderungsbedarf analysiert. Ergänzend wird auch die quellbezogene Frequenzhäufigkeit pro VR (FQH, entsprechend der Anzahl an Arzt-Patienten-Kontakten pro 1.000 Einwohner) analysiert, um Hinweise auf regional stark über-/unterdurchschnittliche Inanspruchnahme im ambulanten Bereich abzuleiten.

Zur Bedarfs-Grobabschätzung wird ausgehend vom Ist-Stand laut Regiomed 2007 in einem ersten Schritt im Rahmen eines makroanalytischen Ansatzes jener Bedarf an ÄVZÄ geschätzt, der sich ergeben würde, wenn man für NÖ dieselbe Versorgungsdichte hinterlegen würde, wie sie in den übrigen Bundesländern im Jahr 2007 gegeben war (Berechnung optional im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mit oder ohne Wien möglich, konkret wird der Bundesdurchschnitt ohne Wien herangezogen). Danach werden schrittweise weitere Einflussgrößen in die Bedarfsschätzung einbezogen.

Dazu zählen insbesondere

- der Demografie-Faktor (DF),
- der Umlagerungs-Faktor in Zusammenschau mit den Akut-KA (ULF; bis auf Weiteres Annahme mit $ULF=0$),
- sowie der regionale Ein-/Auspendler-Faktor (EAPF).

Dies führt zu entsprechenden Erhöhungen bzw. Verringerungen der im ersten Schritt ermittelten ÄVZÄ und mündet in einen idealtypischen Anpassungsbedarf (Soll 2015) im gesamten ambulanten Bereich. Da jedoch absehbar ist, dass diese idealtypischen Ergebnisse der Bedarfsabschätzung bis zum Jahr 2015 realistischer Weise nicht in voller Höhe umsetzbar sind, wurden die genannten Berechnungsergebnisse mit einem Umsetzungs-Faktor (USF) von 25 Prozent bis zum Jahr 2015 gewichtet. Die weiteren Planungsschritte werden in enger Abstimmung mit der Planung des akutstationären Sektors individuell pro Region gesetzt.

Soll-Planung ambulanter Bereich – Feinabstimmung

Die Ergebnisse der Grobabschätzung bilden die Grundlage für den darauffolgenden Schritt der Feinjustierung, in dessen Rahmen die Kapazitätsfestlegung je Versorgungsregion und Fachrichtung unter Berücksichtigung der ÖSG-Planungskriterien für den ambulanten Bereich erfolgt (Epidemiologie, Inanspruchnahmeverhalten, Leistungsanbieter-Belastung, Wartezeiten, Wegstrecken; vgl. ÖSG 2008, S. 30). Ggf. können im Rahmen der Feinabstimmung auch Standort-Prioritäten auf kleinräumiger Ebene festgelegt werden; ein EDV-Tool für eine entsprechende Standortoptimierung ist im Rahmen des Österreichischen Gesundheitsinformationssystems (ÖGIS) bei ÖBIG verfügbar. Eine solche kleinräumige Analyse wäre evtl. auch eine adäquate Grundlage für eine „dynamischen Kassenstellenplanung“ in Abstimmung mit einer Spitalsambulanz-Planung.

Nachdem die im ÖSG angeführten Planungskriterien durch die verfügbaren Datengrundlagen nur teilweise erfasst werden können (z. B. Versorgungsdichte, Inanspruchnahme-Verhalten, Wegstrecken/Fahrzeiten), muss der finale Planungsschritt in Richtung Feinabstimmung auch im ambulanten Bereich die Rahmenbedingungen vor Ort bestmöglich berücksichtigen. Somit wird dieser Schritt sinnvoller Weise in Abstimmung mit den „regionalen Stakeholdern“ erfolgen, die dabei auch regionsspezifische „soft facts“ einbringen können.

Umlagerungspotenziale

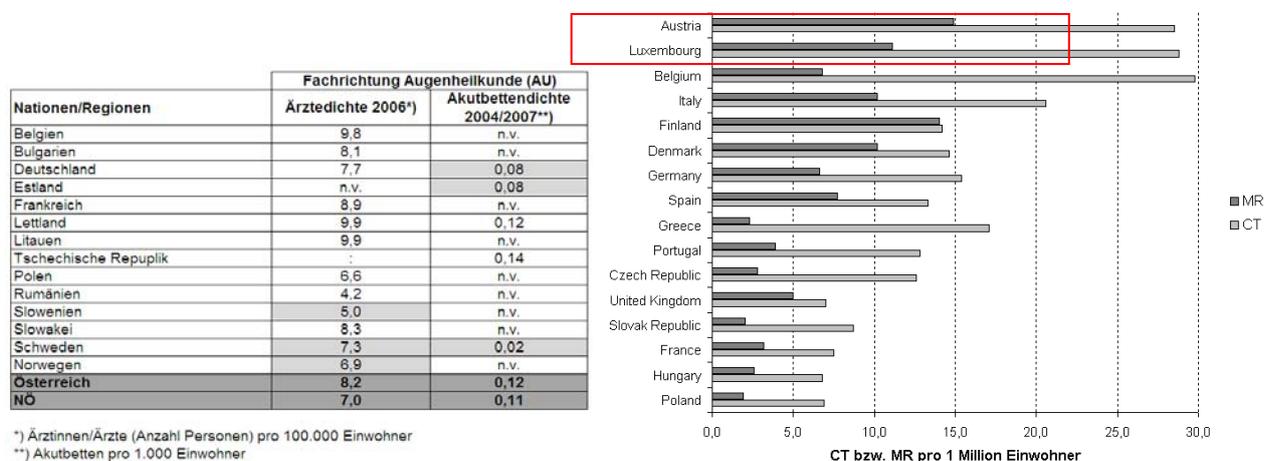
Während des gesamten Analyse- und Planungs-Prozesses spielt die Frage der Umlagerungspotenziale in den ambulanten Bereich unter den aktuellen, aber auch unter hypothetisch veränderten Systemgegebenheiten eine zentrale Rolle. Diese Umlagerungspotenziale können auf Basis der für den RSG NÖ bereits sehr umfassend zur Verfügung stehenden Datengrundlagen zumindest grob abgeschätzt werden, bedürfen allerdings vor Verwendung als Planungsparameter der Akkordierung mit den Stakeholdern aus dem akutstationären und aus dem ambulanten Bereich (bis zum Vorliegen einer solchen Akkordierung wird im Rahmen der Bedarfsschätzung von der Rechenhypothese $ULF=0$ ausgegangen).

Internationale Benchmarks

Die Bezugnahme ausschließlich auf österreichweiten Bundesdurchschnitt oder einen Landesdurchschnitt eines Bundeslands könnte den Blick auf eine im internationalen Vergleich stark über- bzw. unterdurchschnittliche Versorgungsdichte in Österreich insgesamt verdecken. Daher sollten als ergän-

zende Informationen auch internationale Benchmarks zur Beurteilung der Versorgungssituation herangezogen werden (vgl. nachfolgende Beispiele zur Augenheilkunde bzw. zur Großgeräteplanung).

Abbildung 3: Ausgewählte internationale Benchmarks – Bereiche Augenheilkunde und Großgeräteplanung (Beispiele)



Quellen: OECD Health Data 2006 (<http://www.sourceoecd.org>); Eurostat Public Health-Database (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database); ÖBIG-eigener Entwurf

Allerdings sollten diese internationalen Benchmarks keinesfalls ohne genauere Kenntnis des Gesundheitssystems in der jeweiligen Nation herangezogen werden, zumal Systemunterschiede zwischen den Nationen zum Teil erhebliche Unterschiede auch in der Versorgungsdichte nach sich ziehen können. Ein weiteres Problem bei internationalen Vergleichen ist die nur sehr beschränkte Verfügbarkeit von Vergleichsdaten in den internationalen Datenbanken von EU, WHO und OECD.

Externe Stellgrößen

Bei Anwendung der oben dargestellten Planungsmethodik werden im Rahmen der Soll-Planung zum RSG NÖ 2015 neben den bereits erwähnten „externen Stellgrößen“ (wie z. B. Richtwerte zur Akutbettendichte und zu Soll-Auslastungsgraden) insbesondere auch folgende Grundlagen entsprechend in die Planungsarbeiten einbezogen:

- für den intramuralen Bereich (akutstationärer Bereich) der Masterplan der NÖ Landeskliniken-Holding 2015 sowie der aktuelle NÖ Psychiatrieplan;
- für den extramuralen Bereich (Ambulatorien und Institute, niedergelassene Fachärzte und Allgemeinmediziner bzw. Gruppenpraxen, ausgewählte nichtärztliche Gesundheitsberufe) die Stellenpläne der NÖ Krankenversicherungsträger.

3 Ergebnisse der landesinternen Abstimmung der Soll-Planung

3.1 Abstimmung der Soll-Planung 2015

Der Zwischenbericht I zur Phase II des RSG NÖ 2015 (beinhaltend idealtypische Empfehlungen der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH zur Soll-Planung 2015) wurde per Ende März 2010 übermittelt und in weiterer Folge im Rahmen der 5. Kernteamsitzung am 12. April 2010 sowie der 6. Kernteamsitzung am 19. April 2010 beraten. In der 6. Sitzung des Lenkungsausschusses am 19. April 2010 wurde der Zwischenbericht I einvernehmlich zur Kenntnis genommen.

Zugleich wurde im Lenkungsausschuss vereinbart, dass zur weiteren landesinternen Abstimmung im Kernteam sowie im Lenkungsausschuss „kleine Arbeitsgruppen“ einzurichten sind. In diesen „kleinen Arbeitsgruppen“, die im Juni 2010 zusammen traten und seitens der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH begleitet wurden, waren NÖGUS, NÖ Landeskliniken Holding sowie die NÖ KV-Träger vertreten. Die Arbeitsgruppen wurden einerseits pro Versorgungsregion und andererseits zusätzlich für NÖ-weite spezielle Fragestellungen (z. B. für die Themenkreise NEU/PSY, OR/UC/RNS oder KI/KJP) gebildet. Die Aufgaben sowie das konkrete Prozedere für den Ablauf dieser „kleinen Arbeitsgruppen“ wurden im Rahmen der 7. Kernteamsitzung am 17. Mai 2010 einvernehmlich festgelegt. Vereinbartes Ziel der Arbeitsgruppen war es, die vorliegenden ÖBIG-Empfehlungen zu analysieren und weiter zu detaillieren. Die so erarbeiteten Detail-Vorschläge aus den insgesamt sechs Sitzungen der „kleinen Arbeitsgruppen“ wurden am 28. Juni 2010 im Rahmen der 8. Kernteamsitzung weiter diskutiert. Die Konsolidierung der Abstimmungsergebnisse erfolgte im Rahmen der 8. Lenkungsausschusssitzung am 13. Juli 2010.

Der Zwischenbericht II zur Phase II des RSG NÖ 2015 (beinhaltend die Ergebnisse der landesinternen Abstimmung der Soll-Planung zum Stand Ende Juni 2010) wurde per Ende Juni 2010 übermittelt und in weiterer Folge im Rahmen der 9. Kernteamsitzung am 7. September 2010 beraten. In der am selben Tag stattfindenden 9. Lenkungsausschusssitzung wurde der Zwischenbericht II einstimmig akzeptiert. Im Zeitraum September / Oktober 2010 wurden die seitens der Kernteam- sowie der Lenkungsausschussmitglieder eingebrachten Änderungsvorschläge weiter konkretisiert und im nunmehr per Ende Oktober vorliegenden Endbericht berücksichtigt.

3.2 Erläuterungen zur Interpretation

Im Anhang sind die auf Basis der idealtypischen ÖBIG-Planungsempfehlungen gemäß Zwischenbericht I zur Phase II des RSG NÖ 2015 erarbeiteten Ergebnisse zur SOLL-Planung nach Abschluss der landesinternen Abstimmung – in Differenzierung nach den fünf Versorgungsregionen in NÖ sowie für NÖ insgesamt – zu folgenden Bereichen dargestellt:

- Akut-Krankenanstalten (landesfondsfinanzierte KA – FKA; Anm.: Die SKA für PSO Eggenburg hat eine Sonderfinanzierungsregelung gemäß Art. 18 (4) der für den Zeitraum 2008-2013 gültigen 15a-Vereinbarung)
- Ambulante ärztliche Versorgung
- Großgeräteplanung

Die Abstimmungsergebnisse werden aggregiert auf der Ebene der fünf Versorgungsregionen sowie für NÖ insgesamt dargestellt („Regionsportraits“). In allen drei Bereichen sind zur besseren Vergleichbarkeit jeweils die **IST-Werte** der Versorgungssituation 2007 **sowie** die entsprechenden **Abstimmungsergebnisse fett gedruckt**.

3.3 Akut-Krankenanstalten (FKA)

Ausgehend von der idealtypischen Bedarfsabschätzung der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH ergibt sich unter Einbeziehung der Inhalte des NÖ PSY-Planes und nach Abschluss der landesinternen Abstimmung ein Ergebnis für das Jahr 2015 von insgesamt 8.204 Akutbetten, das entspricht gegenüber dem tatsächlichen Bettenstand im Jahr 2007 einem Abbau von 76 Betten (minus 0,9 %, vgl. „Regionsportrait“ für NÖ insgesamt im Anhang). Exkludiert man die Fachrichtung PSY aus den Gesamtsummen (tatsächliche Betten 2007 und Planungsempfehlung 2015 (hier ist gemäß des aktuellen NÖ PSY-Plans eine Neustrukturierung vorgesehen), so ergibt sich ein Abbau von 182 Betten (minus 2,4 %).

Dabei erfolgte – ausgehend von der beobachteten Versorgungsdichte, von der Krankenhaushäufigkeit sowie von den überregionalen Versorgungsbeziehungen im Jahr 2007 – tendenziell eine regionale Umverteilung in Richtung der Stärkung unterdurchschnittlich mit Akutbetten versorgter Versorgungsregionen bzw. vice versa ein Bettenabbau in VR mit überdurchschnittlicher Versorgungsdichte. Es kommt somit durch diese regionale Umverteilung zu einer Reduktion der bestehenden regionalen Versorgungsdisparitäten.

Erheblicher Veränderungsbedarf ergibt sich in Bezug auf den Aufbau von Strukturen in der RNS, PAL und PSO. Bettenabbau-Potenziale werden insbesondere in den Fachrichtungen CH, GGH, und IM erkennbar, wobei der Bettenabbau in der IM, OR und UC durch den Aufbau von RNS-Strukturen kompensiert wird (vgl. „Regionsportrait“ für NÖ insgesamt). Ein Schwerpunkt bei den Planungsüberlegungen war die Forcierung betriebswirtschaftlich und gleichzeitig auch medizinisch und organisatorisch sinnvoller Lösungen (z. B. durch Einbeziehung der im ÖSG 2008 vorgesehenen reduzierten Organisationsformen – Fachschwerpunkte, Departments, dislozierte Tageskliniken), wobei sektorenübergreifende Wechselwirkungen sowie Auswirkungen auf die Patienten/-innen zu beachten sind.

Die Planungsempfehlungen für die PSY sowie die KJP entsprechen den Inhalten/Planungen des NÖ PSY-Planes, der eine Aufstockung der stationären Bettenkapazitäten vorsieht. In den PSY-Planungsempfehlungen ist der Bereich der Abhängigkeitserkrankungen (ABH) mit insgesamt 90 Betten enthalten. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der im derzeit gültigen ÖSG 2008 enthaltene Planungsrichtwert zur BMZ für Abhängigkeitserkrankungen noch weiterführend zu evaluieren ist.

Entsprechend dem bestehenden Veränderungsbedarf soll in NÖ die regionale Bündelung medizinischer Leistungen fortgesetzt werden, womit den Qualitätsansprüchen im akutstationären Bereich Rechnung getragen wird. Damit wird die Basis für eine optimale Patientenversorgung geschaffen. Damit einhergehend wird die Entflechtung von akuter und geplanter medizinischer Leistungserbringung forciert, was in erster Linie Wartezeiten für geplante Eingriffe minimieren und gleichzeitig die vorhandenen Ressourcen bestmöglich zum Einsatz bringen soll.

Unter der Prämisse, die medizinische Leistungsqualität zu halten bzw. unter Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze weiter zu verbessern, werden in den NÖ Landeskliniken zukünftig vermehrt abgestimmte Leistungsbündel in allen medizinischen Fachrichtungen ange-

boten. Sie ergänzen die flächendeckende Grundversorgung der Patienten/-innen und werden die Behandlungsqualität tendenziell steigern.

3.4 Ambulante ärztliche Versorgung

Ausgehend von den idealtypischen ÖBIG-Planungsempfehlungen gemäß Zwischenbericht I zur Phase II des RSG NÖ 2015 ergibt sich für die gemäß Nachtragsanbot zu behandelnden Fachrichtungen nach Abschluss der landesinternen Abstimmung ein Ergebnis für das Jahr 2015 von insgesamt 1.847 ärztlichen VZÄ im gesamten ambulanten Versorgungsbereich (d. h. auf den extramuralen sowie auch auf den spitalsambulanten Bereich). Das entspricht einer Aufstockung von insgesamt 19 ÄVZÄ. Dieses Plus für NÖ insgesamt ist einerseits auf einen Zuwachs von 8 ÄVZÄ in den Fachrichtungen NEU und PSY (inkl. KJP) zurückzuführen, wobei eine flexible Handhabung bei der Zuordnung der ambulanten Versorgungskapazitäten auf NEU bzw. PSY (unter Berücksichtigung des Verhältnisses der tatsächlich abgerechneten maßgeblichen Leistungspositionen im Bereich NEU bzw. PSY) vorgesehen ist. Außerdem wäre bei der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstruktur auch die regional jeweils gegebene Verteilung zwischen Fachärzten/-innen im Bereich NEU/PSY in Differenzierung nach deren Hauptqualifikationen zu berücksichtigen. Andererseits ist ein weiterer Zuwachs von insgesamt 11 ÄVZÄ in den Fachbereichen IM, KI, GGH und UC (unter Berücksichtigung auch von Substitutionseffekten zwischen UC und OR) erforderlich.

Zwischen den NÖ Versorgungsregionen kommt es tendenziell zu einem Ausgleich regionaler Versorgungsdisparitäten, wobei die konkrete Umsetzung von regionalen Verlagerungen und der sektoralen Aufteilung von ÄVZÄ noch abzustimmen ist. Das ist in den für das erste Halbjahr 2011 in Aussicht genommenen Umsetzungsverhandlungen vorgesehen.

Den höchsten Anpassungsbedarf weisen die Abstimmungsergebnisse für alle für den RSG NÖ im ambulanten Bereich relevanten Fachrichtungen insgesamt für die VR 35 Mostviertel aus (plus 10 ÄVZÄ) während in der VR 31 NÖ Mitte sowie in der VR 34 Industrieviertel jeweils nur marginale Erhöhungen vorgesehen sind. Grundsätzlich ist dazu festzuhalten, dass sich diese Abstimmungsergebnisse auf den gesamten ambulanten Bereich insgesamt beziehen.

3.5 Großgeräteplanung

In Zusammenhang mit den gemäß ÖSG vorgegebenen Planungsrichtwerten kann festgestellt werden, dass in NÖ grundsätzlich eine ausreichende Anzahl an medizinisch-technischen Großgeräten sichergestellt ist. Daher konnten die im ÖSG 2008 angeführten SOLL-Angaben zum GGP großteils beibehalten werden. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass im Zuge der landesinternen Abstimmung allfällige regionale Verschiebungen von Großgerätivorhaltungen diskutiert wurden. Diese Abstimmungen sind teilweise innerhalb, teilweise aber auch zwischen den Versorgungsregionen sowie durch allfällige intersektorale Verlagerungen herbeizuführen. Darüber hinaus gilt es Reduktionsmöglichkeiten bezüglich der CT-Geräte durch Kooperationen zwischen intra- und extramuralem Bereich zu prüfen. Hinsichtlich der tabellarischen Darstellung der Großgeräteplanung im Anhang gelten Abkürzungen und Legende gemäß ÖSG 2008; eine standortgenaue Abbildung zum extramuralen Bereich erfolgt im Rahmen des RSG NÖ 2015 – wie auch bei Akut-Krankenanstalten und der ambulanten ärztlichen Versorgung – nicht.

3.6 Alternative Versorgungsformen

Gemäß Punkt 2.2 der Angebotsunterlagen zum RSG NÖ ist der Masterplan 2015 der Ausgangspunkt für die akutstationäre Planung des RSG NÖ. Um den stetig steigenden Anforderungen zu entsprechen, werden in diesem Masterplan (neben der RSG-Zielstruktur pro Versorgungsregion), folgende neue Versorgungsmodelle skizziert bzw. definiert, die einen ressourcenschonenden Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel ermöglichen:

- Versorgungsmodell Tagesstation (TS; erbringt nur elektive chirurgische Leistungen, Erhebung von Diagnostik und OP-Indikation außerhalb der TS);
- Versorgungsmodell Wochenstation (WS; dient der Aufnahme elektiver, chirurgischer Patienten/-innen mit Entlassung innerhalb derselben Woche bzw. vor dem Wochenende);
- Versorgungsmodell interdisziplinäre Aufnahmestation (IAS; effektives Instrument zur Behandlungssteuerung – zentrale Aufnahme v. a. für die Bereiche IM, CH und NEU, inkl. ambulanter Erstversorgung und kurzer stationärer Behandlung auf „Kurzliegerstation“);
- Versorgungsmodell interdisziplinäre Entlassungsstation (IES; betrieboptimierte Versorgungsform für nicht standardmäßig ärztlich zu versorgenden Patienten/-innen).

Nachdem noch keines dieser vier Versorgungsmodelle explizit im ÖSG 2008 enthalten ist und auch im LKF-Modell entsprechende Regelungen zur IAS und IES nicht verfügbar sind, werden im Zuge der Erstellung des ÖSG 2010 auf Bundesebene Diskussionen zur Verankerung derartiger alternativer Versorgungsformen geführt. Dabei wird von den nachfolgend skizzierten grundsätzlichen Überlegungen ausgegangen: Zielsetzung in Bezug auf die Einführung solcher neuer Organisationsformen ist es, durch

- die Anpassung der Versorgungsform an den medizinischen Bedarf bzw. die sozialmedizinischen Bedürfnisse der einzelnen Patienten/-innen unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung,
- die Zusammenführung gleichartiger Prozesse in einer Struktur,
- die vermehrte Planbarkeit der Abläufe sowie durch
- eine darauf abgestimmte Ressourcenbereitstellung

die Effizienz bei der Patientenbehandlung zu erhöhen (Glättung von Nachfrageschwankungen, homogene Abläufe, gleichmäßige Leistungsdichte) und dadurch freiwerdende Kapazitäten zumindest temporär zu schließen. Dies gilt insbesondere für den gezielten Personaleinsatz in qualitativer und quantitativer Hinsicht sowie für die Bereitstellung der aufgabenspezifischen sonstigen Ressourcen (Material, Raum- und Geräteausstattung).

Dazu ist der vermehrte Einsatz interdisziplinärer Betriebsformen erforderlich, da innerhalb sehr kleiner fachspezifischer Strukturen die Funktionsfähigkeit dieses „Risikoausgleichs“ keine ausreichende Grundgesamtheit findet. Die Hauptzielsetzung der interdisziplinären Nutzung von Bettenkapazitäten ist das auf den individuellen Behandlungs- und Pflegebedarf abgestimmte Patienten- und Bettenmanagement zur bedarfsgerechten Bereitstellung und gleichmäßigen Auslastung vorhandener Ressourcen (z. B. für Normalpflegebereich: Stationsgliederung operativ/konservativ, jeweils nach Pflegekategorien, evtl. fachspezifische Stamm-(Halb-)Stationen für organisatorische Zentralisierung administrativer fachspezifischer Tätigkeiten). Unabhängig davon bedarf es zur Absicherung der Planbarkeit des Leistungsgeschehens und der erforderlichen Steuerbarkeit (via Controlling) einer korrekten Information über den fachlichen Zuständigkeitsbereich für die jeweilige Leistungserbringung.

Im Zuge der zeitgleich geführten Verhandlungen zum ÖSG 2010 wurde eine bundesweit einheitliche Regelung für Tages- und Wochenkliniken sowie Interdisziplinäre Erstversorgungs- und Aufnahmeeinheiten zur Umsetzung vorgeschlagen, die sich in weiten Teilen unter anderem an den Vorarbeiten in NÖ orientiert hat. Abhängig von einer Beschlussfassung im Rahmen des ÖSG 2010 finden die im Masterplan dargestellten Versorgungsformen auch (weitgehend) Deckung im ÖSG 2010. Unabhängig von dieser Beschlussfassung ist eine Berücksichtigung im Rahmen des RSG NÖ bereits erfolgt, zumal auch ohne explizite Regelung im ÖSG diese Optimierungsmaßnahmen in den Gestaltungsfreiraum und in die Organisationsverantwortung der KA-Führung und damit in die Landes- bzw. Trägerkompetenz fällt.

Das Konzept der Interdisziplinären Entlassungsstation (IES) wird als innerbetriebliche Optimierungsmaßnahme zum Patientenmanagement in Akut-KA (zur strukturellen Unterstützung des Entlassungsmanagements) und eine bundesweite Regelung dazu als nicht erforderlich bewertet. Durch die Verwandtschaft mit RNS auf einer niedrigeren medizinischen Betreuungsstufe, werden Bettenkapazitäten der IES im RSG NÖ 2015 zunächst noch im Rahmen RNS ausgewiesen. Als Abgrenzungskriterien zwischen IES und RNS gelten das im ÖSG festgelegte Leistungsspektrum für RNS sowie die zugehörigen Qualitätskriterien. Eine Differenzierung und Dimensionierung der jeweiligen Angebote als IES oder RNS in den einzelnen KA-Standorten ist Aufgabe der rollierenden Planung.

Zur Unterstützung der vermehrten interdisziplinären Nutzung von Ressourcen und Kapazitäten u. a. auch durch Umsetzung der alternativen Betriebsformen wurde seitens NÖ das Konzept der „doppelten Funktionscodes“ zur eindeutigen Nachvollziehbarkeit der fachlichen Zuständigkeit („Fach-Funktionscode“) und der jeweiligen räumlichen Zuordnung der Patienten/-innen („Pfleger-Funktionscode“) auf Bundesebene eingebracht. Vorbehaltlich einer bundesweiten Dokumentationsverpflichtung wurde dafür im KDok im Juni 2010 eine Option der vollständigen Datenmeldung geschaffen, die seitens NÖ ab Verfügbarkeit wahrgenommen wird. Daraus resultierende Erkenntnisse sollen nach einer ersten Testphase im Rahmen der rollierenden Planung in den RSG NÖ Eingang finden. Diese Daten werden mit Anfang 2011 in NÖ flächendeckend dokumentiert.

3.7 Präoperative Diagnostik

Derzeit laufen auf vielen Ebenen Arbeiten zur Erfassung der unterschiedlichen Aspekte der präoperativen Diagnostik, die sowohl intra- als auch extramural erfolgt. Unabhängig davon, wo sie erfolgt, erschließt eine Orientierung der präoperativen Befundanforderung bzw. Befundverwertung an der ÖGARI-Leitlinie oder einer gleichwertigen Vorgabe ein großes Einsparpotenzial an unnötigen Wegen sowie Leistungen und damit verbundenen Kosten, das es zu nutzen gilt. In Abhängigkeit von den dazu eingesetzten Ressourcen oder strukturellen Vorgaben sind auch allfällige Rückwirkungen auf die Bereitstellung von Ressourcen und Kapazitäten in Art und Ausmaß im RSG NÖ zu berücksichtigen.

Eine dieser Arbeiten besteht in einer zwischen der LK-Holding und der NÖGKK abgestimmten Auswertung zur präoperativen Verweildauer in den KA sowie betreffend Leistungen im extramuralen Bereich im Vorfeld elektiver Eingriffe auf Einzelfallebene. Ergebnisse dazu liegen noch nicht vor.

Auf Bundesebene wurde im Juni 2010 vereinbart, auf Basis der ÖGARI-Leitlinie eine Bundesqualitätsleitlinie zu erstellen und die Umsetzungserfordernisse in der Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Finanzierung“ weiter zu diskutieren. Die Ergebnisse dieser – noch nicht

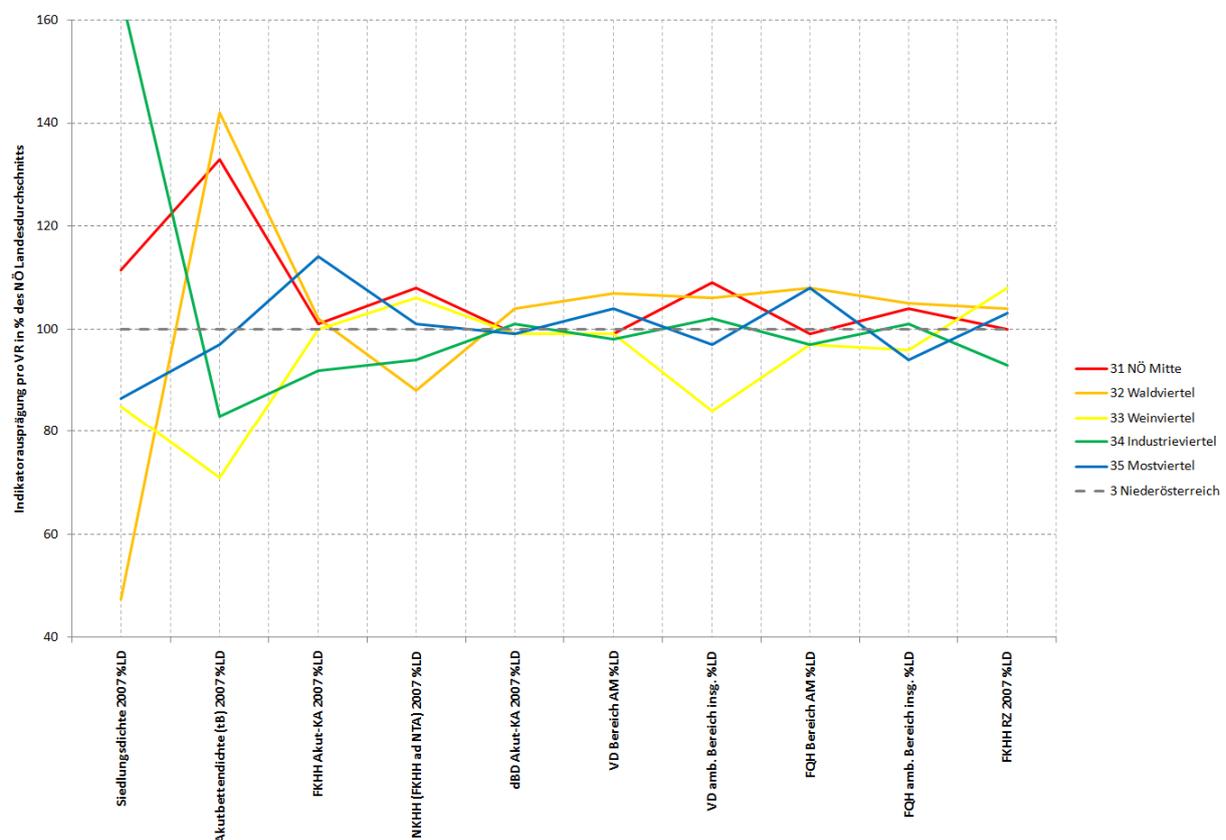
abgeschlossenen – Diskussion sind in der weiterführenden rollierenden Planung zum RSG NÖ zu berücksichtigen.

3.8 Regionalportraits

Im Folgenden werden pro Versorgungsregion die wichtigsten Ergebnisse aus der Bestandsanalyse sowie aus den Abstimmungsergebnissen zusammen gefasst.

Zur Charakterisierung der IST-Situation in den fünf NÖ Versorgungsregionen steht eine große Anzahl von Indikatoren zur Verfügung, die auch die Grundlage für die „Regionalportraits“ bilden. Im Interesse der Übersichtlichkeit empfiehlt es sich allerdings, zunächst nur ausgewählte Kernindikatoren zur VR-Charakterisierung heranzuziehen (vgl. z. B. x-Achse in Abb. 4). Nachfolgend werden unter Heranziehung dieser Kernindikatoren die Regionalportraits grob skizziert und im Anschluss die wesentlichen Ergebnisse der landesinternen Abstimmung der Soll-Planung wiedergegeben.

Abbildung 4: Ausgewählte Indikatoren zur Gesundheitsversorgung in den NÖ VR 2007



Quellen: ST.AT/ÖROK, BMG, HVSVT/SVT: Datengrundlagen zum RSG NÖ; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die im RSG NÖ berücksichtigten Leistungserbringer der medizinischen Versorgung in den fünf Versorgungsregionen sind:

- Fondskrankenanstalten (mit akutstationären und spitalsambulantem Leistungen) in folgenden Landeskliniken bzw. Standorten:

VR 31 NÖ-Mitte	VR 32 Waldviertel	VR 33 Weinviertel	VR 34 Industrieviertel	VR 35 Mostviertel
- LK St. Pölten – Lilienfeld - LK Klosterneuburg - LK Krems - LK Tulln	- LK Horn – Allentsteig - LK Zwettl – Gmünd – Waidhofen/Thaya - LK Eggenburg *)	- LK Mistelbach – Gänserndorf - LK Korneuburg – Stockerau - LK Hollabrunn	- LK Wr. Neustadt - LK Hohegg - LK Neunkirchen - LK Baden – Mödling – Hinterbrühl - LK Hainburg **)	- LK Amstetten - LK Amstetten-Mauer - LK Melk - LK Scheibbs - LK Waidhofen/Ybbs

*) LK Eggenburg: eigener Rechtsträger mit mehrheitlichen Anteilen des Landes NÖ.

**) Das LK Hainburg soll pro futuro der VR 33 Weinviertel zugeordnet werden (vgl. Kapitel 4)

- Ärzte/-innen und Einrichtungen im ambulanten extramuralen Bereich (vgl. Anhang; in NÖ insgesamt 1.413 ÄVZÄ, davon 1.355 niedergelassene Vertragsärzte/-innen exkl. PMR und LAB).

3.8.1 Versorgungsregion 31 – NÖ Mitte

Bestandsanalyse

- Versorgungsregion mit überdurchschnittlicher Siedlungsdichte (v. a. bedingt durch die dichte Besiedlung an der Siedlungsachse St. Pölten/Krems);
- durchschnittliche KHH bei hoher Akutbettendichte (gleichzeitig höchste KHH bezüglich NTA unter allen NÖ VR); die verfügbaren Akutbetten werden stark überdurchschnittlich durch Patienten aus anderen VR in Anspruch genommen;
- höchste Versorgungsdichte im ambulanten Bereich, bedingt v. a. durch hohe Versorgungsdichte im Bereich der ambulanten fachärztlichen Versorgung, dementsprechend auch relativ hohe quellbezogene FQH im ambulanten Bereich;

Ergebnisse der landesinternen Abstimmung der Soll-Planung

- Vorhaltung von 2.259 PLANBetten im Jahr 2015, entsprechend einem Abbau gegenüber dem tatsächlichen Bettenstand im Jahr 2007 von 268 Betten (minus 10,6 %), insbesondere bedingt durch Kapazitätsanpassungen in den Fachrichtungen CH, GGH, NEU, PSY und UC (vgl. „Regionsportrait“ für die VR 31 – NÖ Mitte im Anhang).
- Vorhaltung von rund 458 ÄVZÄ im Jahr 2015 im gesamten ambulanten Bereich, entsprechend einem Aufbau gegenüber den Kapazitäten im Jahr 2007 von 0,5 ÄVZÄ (plus 0,1 %), insbesondere bedingt durch Kapazitätsanpassungen in den Fachrichtungen NEU, PSY, UC und RAD (vgl. „Regionsportrait“ für die VR 31 – NÖ Mitte im Anhang).

3.8.2 Versorgungsregion 32 – Waldviertel

Bestandsanalyse

- Versorgungsregion mit stark unterdurchschnittlicher Siedlungsdichte (v. a. bedingt durch die weitverbreiteten Streusiedlungs-Lagen im gesamten Waldviertel und durch das Fehlen von Mittel- und Großstädten);
- nur durchschnittliche KHH bei hoher Akutbettendichte (gleichzeitig sehr niedrige KHH bezüglich NTA, vermutlich auch bedingt durch lange Anfahrtswege und daraus folgender Notwendigkeit der Übernachtung im KH – diese Annahme würde durch die etwas erhöhte dBD bestätigt); höchste quellbezogene EVQ unter allen NÖ VR, d. h. kaum Patienten-Auspendler;

- durchschnittliche Versorgungsdichte im ambulanten Bereich insgesamt, wobei die Versorgungsdichte im Bereich der allgemeinmedizinischen Versorgung die höchste unter allen NÖ VR ist; dementsprechend auch nur leicht erhöhte quellbezogene FQH im ambulanten Bereich;

Ergebnisse der landesinternen Abstimmung der Soll-Planung

- Vorhaltung von 1.123 PLANBetten im Jahr 2015, entsprechend einem Abbau gegenüber dem tatsächlichen Bettenstand im Jahr 2007 von 14 Betten (minus 1,2 %), insbesondere bedingt durch Kapazitätsanpassungen in den Fachrichtungen CH, GGH und UC (vgl. „Regionsportrait“ für die VR 32 – Waldviertel im Anhang).
- Vorhaltung von rund 174 ÄVZÄ im Jahr 2015 im gesamten ambulanten Bereich, entsprechend einem Aufbau gegenüber den Kapazitäten im Jahr 2007 von 5,1 ÄVZÄ (plus 3,0 %), insbesondere bedingt durch Kapazitätsanpassungen in den Fachrichtungen IM, GGH und UC (vgl. „Regionsportrait“ für die VR 32– Waldviertel im Anhang).

3.8.3 Versorgungsregion 33 – Weinviertel

Bestandsanalyse

- Versorgungsregion mit zweitniedrigster Siedlungsdichte (auch hier v. a. bedingt durch die weitverbreiteten Streusiedlungs-Lagen und durch das Fehlen von Mittel- und Großstädten);
- durchschnittliche KHH bei niedriger Akutbettendichte (und relativ hoher KHH bezüglich NTA), bedingt auch durch die Inanspruchnahme von Akutbetten in Nachbarregionen, aufgrund der traditionellen sozioökonomischen Beziehungen; in der Folge auch niedrige quellbezogene EVQ, d. h. erheblicher Anteil an Patienten-Auspendlern;
- auch im ambulanten Bereich niedrige Versorgungsdichte insgesamt, bei allerdings durchschnittlicher Versorgungsdichte im Bereich der allgemeinmedizinischen Versorgung (d. h. bei stark unterdurchschnittlicher fachärztlicher Versorgung); dementsprechend auch unterdurchschnittliche quellbezogene FQH im ambulanten Bereich;

Ergebnisse der landesinternen Abstimmung der Soll-Planung

- Vorhaltung von 1.103 PLANBetten im Jahr 2015, entsprechend einem Aufbau gegenüber dem tatsächlichen Bettenstand im Jahr 2007 von 19 Betten (plus 1,8 %), insbesondere bedingt durch Kapazitätsanpassungen in der PSY sowie betreffend interdisziplinäre Strukturen und IES/RNS (vgl. „Regionsportrait“ für die VR 33 – Weinviertel im Anhang sowie Hinweis betreffend das LK Hainburg in Kap. 4).
- Vorhaltung von rund 312 ÄVZÄ im Jahr 2015 im gesamten ambulanten Bereich, entsprechend einem Aufbau gegenüber den Kapazitäten im Jahr 2007 von 3,8 ÄVZÄ (plus 1,2 %), insbesondere bedingt durch Kapazitätsanpassungen in den Fachrichtungen IM, NEU und PSY (vgl. „Regionsportrait“ für die VR 33 – Weinviertel im Anhang).

3.8.4 Versorgungsregion 34 – Industrieviertel

Bestandsanalyse

- Versorgungsregion mit der mit Abstand höchsten Siedlungsdichte (v. a. bedingt durch die dichte Besiedlung an der gesamten Südbahnachse);

- unterdurchschnittliche KHH bei niedriger Akutbettendichte (und auch unterdurchschnittliche KHH bezüglich NTA); sehr niedrige quellbezogene EVQ, bedingt durch die Inanspruchnahme von Akutbetten in Nachbarregionen, aufgrund der traditionellen sozioökonomischen Beziehungen, d. h. erheblicher Anteil an Patienten-Auspendlern;
- leicht überdurchschnittliche Versorgungsdichte im ambulanten, und hier vor allem im fachärztlichen Bereich bei durchschnittlicher quellbezogener FQH.

Ergebnisse der landesinternen Abstimmung der Soll-Planung

- Vorhaltung von 2.444 PLANBetten im Jahr 2015, entsprechend einem Aufbau gegenüber dem tatsächlichen Bettenstand im Jahr 2007 von 166 Betten (plus 7,3 %), insbesondere bedingt durch Kapazitätsanpassungen in den Fachrichtungen NEU und PSY sowie betreffend interdisziplinäre Strukturen (vgl. „Regionsportrait“ für die VR 34 – Industrieviertel im Anhang sowie Hinweis betreffend das LK Hainburg in Kap. 4).
- Vorhaltung von rund 635 ÄVZÄ im Jahr 2015 im gesamten ambulanten Bereich, entsprechend insgesamt gleich bleibenden Kapazitäten gegenüber dem Jahr 2007, allerdings mit sich gegenseitig ausgleichenden Kapazitätsanpassungen v. a. in den Fachrichtungen IM, NEU und PSY bzw. RAD (vgl. „Regionsportrait“ für die VR 34 – Industrieviertel im Anhang).

3.8.5 Versorgungsregion 35 – Mostviertel

Bestandsanalyse

- Versorgungsregion mit relativ niedriger Siedlungsdichte (v. a. bedingt durch die verbreiteten Streusiedlungs-Lagen im Bergland und durch das Fehlen von Mittel-/Großstädten);
- Überdurchschnittliche KHH bei niedriger Akutbettendichte (nicht bedingt durch KHH bezüglich NTA, die im LD liegt); niedrige quellbezogene EVQ, d. h. erheblicher Anteil an Patienten-Auspendlern;
- unterdurchschnittliche Versorgungsdichte im ambulanten Bereich insgesamt bei ebenfalls unterdurchschnittlicher quellbezogener FQH im ambulanten Bereich, gleichzeitig aber Spitzenpositionen bezüglich Ausstattung mit Allgemeinmedizinerinnen und deren Inanspruchnahme, d. h. Substitution fachärztlicher ambulanter Leistungen durch Allgemeinmediziner;

Ergebnisse der landesinternen Abstimmung der Soll-Planung

- Vorhaltung von 1.275 PLANBetten im Jahr 2015, entsprechend einem Aufbau gegenüber dem tatsächlichen Bettenstand im Jahr 2007 von 21 Betten (plus 1,7 %), insbesondere bedingt durch Kapazitätsanpassungen in der PSY sowie betreffend interdisziplinäre Strukturen und IES/RNS (vgl. „Regionsportrait“ für die VR 35 – Mostviertel im Anhang).
- Vorhaltung von rund 267 ÄVZÄ im Jahr 2015 im gesamten ambulanten Bereich, entsprechend einem Aufbau gegenüber den Kapazitäten im Jahr 2007 von 9,7 ÄVZÄ (plus 3,8 %), insbesondere bedingt durch Kapazitätsanpassungen in den Fachrichtungen KI, IM, NEU, PSY, RAD sowie in der AU, HNO und DER (vgl. „Regionsportrait“ für die VR 35 – Mostviertel im Anhang).

4 Ausblick

Im Rahmen der Planungsphase wurde in Aussicht genommen, im Zuge der ersten Revision zum RSG NÖ weitere Bereiche vertiefend zu planen, insbesondere die Nierenersatztherapie, Physikalische Medizin, Labormedizin, Pathologie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die in Aussicht genommenen Schwerpunkte im Rahmen der vorgesehenen „rollierenden Planung“ können wie folgt stichwortartig skizziert werden:

- Monitoring der Entwicklung in der Inanspruchnahme der akutstationären Bereiche (inkl. Ergänzung der Datenbasis um die Jahre 2008, 2009 und – sobald verfügbar – auch 2010) sowie Ableitung eventueller Anpassungserfordernisse in Bezug auf die Planungsaussagen zu den Akut-KA; Differenzierung und Dimensionierung der jeweiligen Angebote betreffend IES bzw. RNS an den einzelnen KA-Standorten sowie Begleitung bei der Ausdifferenzierung von „alternativen Versorgungsformen“ (IAS, interdisziplinäre Tages- bzw. Wochenklinien).
- Monitoring der Entwicklung in der Inanspruchnahme aller Einrichtungen im gesamten ambulantem Versorgungsbereich (inkl. Ergänzung der Datenbasis um die Jahre 2008, 2009 und – sobald verfügbar – auch 2010); Überprüfung, inwieweit der für die Bedarfsschätzung gewählte Umsetzungsfaktor von 25 % geeignet ist, eine realistische Umsetzung der Planungen zu gewährleisten; Diskussion bereits beobachtbarer Entwicklungstrends in der Inanspruchnahme des spitalsambulanten bzw. des extramuralen Bereichs (Zeitreihenanalysen 2005–2009/2010); Leistungsmengenrahmenplanung in den Bereichen RAD, PMR, LAB und PAT.
- Gemeinsame Diskussion betreffend die methodische Verbesserung der IST-Bestandsanalyse sowie der Bedarfsschätzung sowohl im akutstationären als auch im gesamten ambulanten Bereich (inkl. erweiterter Anwendung regionalanalytischer Methoden im Geographischen Informationssystem zur kontinuierlichen Analyse und Bewertung des Versorgungsgeschehens in den Jahren nach 2007 und kritischer Reflexion von Rückschlüssen von der Inanspruchnahme auf den Bedarf); dabei auch vertiefende Analyse der Versorgungswirksamkeit der sich entwickelnden Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten im intramuralen Bereich (inkl. einvernehmlicher Zuordnung der dortigen Kapazitäten auf Fachrichtungen bzw. Versorgungsbereiche), sowie Weiterentwicklung der Analyse und Planung im Bereich der KJP.
- Sektorenübergreifende Wechselwirkungen sowie Auswirkungen auf die Patienten/-innen sind zu beachten; um die Patientenbehandlung insgesamt zu verbessern, ist für die Zukunft eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung auf Grundlage der jeweiligen gesetzlichen Grundlagen zu forcieren (für den intramuralen Bereich ist bereits im Sommer 2010 die NÖ Qualitätsstrategie durch die NÖ Landeskliniken-Holding festgeschrieben worden; im extramuralen Bereich wurden – unter Berücksichtigung der heterogenen Versorgungsstruktur – analoge Schritte gesetzt bzw. in die Wege geleitet).
- Gemeinsame retrospektive Analysen zur präoperativen Diagnostik und einvernehmliche Ableitung von Handlungsempfehlungen zur weiteren Vorgangsweise auf Basis der diesbezüglichen Entwicklungen und Beschlüsse auf Bundesebene.
- Hinweis betreffend LK Hainburg: Der vorliegende Endbericht ist konform zum ÖSG 2008 gestaltet, somit ist das LK Hainburg der VR 34 Industrieviertel zugeteilt. In der konkreten

Verwaltungspraxis der NÖ LK-Holding wird das LK Hainburg jedoch der VR 33 Weinviertel zugeordnet. Im Wege eines Antrags des Landes NÖ an die Bundesgesundheitskommission soll diese Änderung der Zuordnung im Rahmen des ÖSG in die Wege geleitet werden.

Quellenverzeichnis

BMG / GÖG/ÖBIG 2008: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008 (ÖSG 2008). Bundesministerium für Gesundheit; Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien 2009

BMG: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 1997–2008. Bundesministerium für Gesundheit. Wien 1997–2008

BMG: KA-Kostenstellenstatistik (KDok) 1997–2008. Bundesministerium für Gesundheit. Wien 1997–2008

Fülöp, G.; Kopetsch, T.; Schöpe, P. (2007): Bedarfsgerechte Versorgungsplanung – Entwicklung eines Modells zur Bestimmung zwischenstandörtlicher Versorgungsbeziehungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 9/10 (2007), S. 57 ff.

Fülöp, G.; Kopetsch, T., et al. (2008): Regional distribution effects of 'needs planning' for office-based physicians in Germany and Austria – methods and empirical findings. In: Journal of Public Health 16/2008, S. 447–455. Berlin/Heidelberg 2008

GÖG/ÖBIG 2009a: Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Berufsgruppen 1991–2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien 2009

GÖG/ÖBIG 2009b: Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien 2009

HVSVT: Ärztekostenstatistik 1997–2008. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien 1997–2008

HVSVT 2009: Regimed 2007. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien 2009

HVSVT / ÖBIG: Rehabilitationsplan 2009. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger / ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH. Wien 2009

NÖGKK 2009: Stellenpläne 2009. St. Pölten 2009

NÖGUS 2009: Angaben zu Entlassungsmanager in den NÖ Landeskliniken. St. Pölten 2009

Spycher, St. (2004): Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung – Literaturanalyse und Expertengespräche zur Prognose und Planung des ambulanten medizinischen Personals in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). Neuchâtel 2004

SVT 2009a: Arzt-Patienten-Frequenzen der NÖGKK und der bundesweiten Sozialversicherungsträger nach Fachrichtung, Alter, Geschlecht und Wohnort 2007. St. Pölten 2009

SVT 2009b: Angaben zu Case Manager und Reha-Berater. St. Pölten 2009

Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2015.

Internet

OECD Health Data 2006: Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 Einwohner, Akutbetten pro 1.000 Einwohner; <http://www.sourceoecd.org>

Eurostat Public Health-Database: CT bzw. MR pro 1 Million Einwohner; http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database

Anhang

Regionsportraits

Zusammenfassung der Ergebnisse zur SOLL-Planung nach landesinterner Abstimmung - in Differenzierung nach den fünf Versorgungsregionen in NÖ sowie für NÖ insgesamt - „**Regionsportraits**“:

- Tab. 1 - NÖ insgesamt
- Tab. 2 - VR 31 NÖ Mitte
- Tab. 3 - VR 32 Waldviertel
- Tab. 4 - VR 33 Weinviertel
- Tab. 5 - VR 34 Industrieviertel
- Tab. 6 - VR 35 Mostviertel

Fußnoten Niederösterreich insgesamt

Akut –Krankenanstalten (FKA)

- ¹ INT: Bettenempfehlungen inkl. AN sowie sämtlicher fachspezifischer INT –Betten, exkl. SU
- ² CH: Planungsempfehlungen inkl. HCH, TCH und GCH
- ³ NEU: Planungsempfehlungen inkl. NEU –Akutnachbehandlung Phase B und C sowie SU
- ⁴ PSY: inkl. 90 Betten für Abhängigkeitserkrankungen in der VR 35 Abstimmungsergebnis zur Bettenvorhaltung nur nach vollständigem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar.
PSY/KJP: Abstimmung mit dem NÖ PSY-Plan ist erfolgt.
- ⁵ OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen
- ⁶ MKG: Im stationären Bereich Darstellung von MKG (FC2=24) und ZMK (FC2=48) bis auf Weiteres gemeinsam unter "MKG"
- ⁷ SRN: Abstimmungsergebnis nur unter Voraussetzung eines 4. LIN-Gerätes in der VR 31 (ggf. langfristig zu realisieren)
- ⁸ GEM: beinhaltend IAS, TK, WK
- ⁹ RNS: beinhaltend RNS im Sinne des ÖSG 2008 (daher sind RNS-Betten Akutbetten) sowie IES
- ¹⁰ PSO: Inkl. 100 Betten im KH Eggenburg.
PSO: Abstimmungsergebnisse beinhaltend 135 Betten für PSOE bzw. 14 Betten für PSOK
- ¹¹ IAS: Sofern IAS –Betten im-Stand in der Kostenstellenstatistik als interdisziplinäre Betten (FC 119111xx) dargestellt sind, sind diese in den Abstimmungsergebnissen der GEM enthalten.
- ¹³ Langfristige Entwicklung in Richtung reduzierte Organisationsformen bzw. alternative Versorgungsformen ist anzustreben.
- ¹⁴ ONK: für VR 31 und VR 34 Vorhaltung von ONKZ

Ambulante ärztliche Versorgung

- ¹⁸ PSY inkl. KJP; CH inkl. KCH und PCH
- ¹⁹ Insgesamt: Summenangaben in der Spalte "insg." exkl. Fachrichtungen PMR und LAB (somit Angaben zur Versorgungssituation 2007 und zum Abstimmungsergebnis für 2015 in dieser Spalte unmittelbar vergleichbar)
- ²¹ AM: Allfällige Effekte im Sinne der Kompressionstheorie ("compression of morbidity") auf den künftigen Bedarf in der weiterführenden Diskussion zu berücksichtigen.
- ²² GGH: Besondere Situation hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit von Wahlärzten/ –innen in weiterführenden Diskussionen zu berücksichtigen.
- ²³ OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen
- ²⁴ RAD: Abstimmungsergebnisse exkl. Institute
- ²⁵ NEU, PSY: flexible Handhabung bei der Zuordnung der ambulanten Versorgungskapazitäten auf NEU bzw. PSY vorgesehen (unter Berücksichtigung des Verhältnisses der tatsächlich abgerechneten maßgeblichen Leistungspositionen der NÖGKK von 34 % für NEU und 66 % für PSY). Generell besteht in ganz NÖ ein Mangel an Fachärzten für PSY (intra- und extramural).
- ²⁶ Die konkrete Umsetzung von regionalen Verlagerungen ist noch abzustimmen.
- ²⁷ Generell besteht Handlungsbedarf bezüglich
- a) erheblicher Disparitäten in der niedergelassenen Versorgung, da keine abgestimmten Öffnungszeiten zwischen den Leistungsanbietern
 - b) nicht ausreichender Inanspruchnahme des (auch an Fenstertagen und Wochenenden) verfügbaren AM sowie des Notrufdienstes 14

Großgeräteplanung

- ²⁸ CT, GG im extram. B.: inkl. 1 Kooperation mit Akut –KA (LK Mostviertel Amstetten, K303); exkl. 2 Kooperationen mit Akut –KA (LK Mostviertel Waidhofen/Ybbs, K354; LK Waldviertel Horn, K377)
- ²⁹ MR, GG im extram. B.: exkl. 2 Kooperationen mit Akut –KA (LK Mostviertel Amstetten, K303; LK Waldviertel Horn, K377)
- ³⁰ STR, GG FKA insg.: im Rahmen der rollierenden Planung ist Aufstockung um zumindest ein STR-Gerät zu prüfen
- ³¹ ECT, GG im extram. B.: inkl. 2 Kooperationen mit Akut –KA (LK Weinviertel Mistelbach, K335; LK Thermenregion Neunkirchen, K338)

Versorgungsregion 31: NÖ Mitte

EW insgesamt (2007):	372.843	EW > 75a (2007):	30.669
----------------------	---------	------------------	--------

Akut-Krankenanstalten (FKA)	INT ¹	KI	KCH	KJP	CH ²	NC	IM	GGH	NEU ³	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR ⁵	UC ⁵	MKG ⁶	SRN ⁷	GEM	RNS	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2007	134	113	0	30	307	36	536	223	217	281	73	72	94	92	19	29	97	197	20	19	8	0	7	0	2.604
Akutbetten (svst. Betten)	130	116	0	30	328	45	525	170	220	281	54	57	97	75	25	30	97	197	15	19	9	0	7	0	2.527
Akutbettendichte (svst. Betten/1.000 EW)	0,36	0,30	0,00	0,08	0,82	0,10	1,44	0,60	0,58	0,75	0,20	0,19	0,25	0,25	0,05	0,08	0,26	0,53	0,05	0,05	0,02	0,00	0,02	0,00	6,98
Akutbettendichte (tats. Betten/1.000 EW)	0,35	0,31	0,00	0,08	0,88	0,12	1,41	0,46	0,59	0,75	0,14	0,15	0,26	0,20	0,07	0,08	0,26	0,53	0,04	0,05	0,02	0,00	0,02	0,00	6,78

Abstimmungsergebnisse für 2015	INT ¹	KI	KCH	KJP ⁴	CH ²	NC	IM	GGH	NEU ³	PSY ⁴	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR ⁵	UC ⁵	MKG ⁶	SRN ⁷	GEM ⁸	RNS ⁹	PAL	PSO ¹⁰	Summe
PLAN Betten 2015 in VR 31	130	94	0	34	268	46	492	115	131	170	50	42	69	52	20	42	49	141	15	30	40	201	22	6	2.259

Angebotsstruktur K321 Klosterneuburg	A/I/B	A	-	A	A/TK ¹²	A	A/TK	A ¹²	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A/D	A	A	B	D	S	B
Angebotsstruktur K326 Krems																								
Angebotsstruktur K379 Tulln																								
Angebotsstruktur K382 St. Pölten-Lilienfeld																								

Abstimmungsergebnisse für RFZ 2015	HCH	TCH	GCH	TXC	ONK ¹³	KAR	KKAR	SZT	NUKT	NEP
Referenzzentren K321 Klosterneuburg										
Referenzzentren K326 Krems	ja	ja	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein	ja
Referenzzentren K379 Tulln										
Referenzzentren K382 St. Pölten-Lilienfeld										

Abstimmungsergebnisse für LAP 2015	SU	NANB	IAS	IES	DIA
Spezielle Leistungsbereiche K321 Klosterneuburg					
Spezielle Leistungsbereiche K326 Krems	ja	ja	ja	ja	ja
Spezielle Leistungsbereiche K379 Tulln					
Spezielle Leistungsbereiche K382 St. Pölten-Lilienf.					

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ¹⁷	KJP ¹⁷	CH ¹⁷	NC	IM	GGH	NEU	PSY ¹⁷	DER	AU	HNO	URO	PCH ¹⁷	PUL	OR	UC	ZMK	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	insg. ¹⁸
Versorgungssituation 2007	187,5	10,9	-	-	8,8	n. v.	19,7	16,7	3,5	7,8	10,8	18,7	9,3	8,1	-	5,6	10,4	1,1	n. r.	11,5	n. v.	0,0	n. v.	0,0	330,2
Niederreg. Vertragsärztinnen/Ärzte (VZA)	3,5	1,8	-	-	0,7	n. v.	1,2	4,5	0,0	0,0	0,7	0,5	0,5	0,6	-	0,1	2,0	0,3	n. r.	0,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	16,3
Niederreg. Wahlärztinnen/Ärzte (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n. r.	0,0	n. v.	1,4	n. v.	0,0	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambul. (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n. r.	0,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n. r.	0,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	0,0
Summe AVZA im extram. Bereich	191,0	12,7	-	-	9,5	n. v.	20,9	21,1	3,5	7,8	11,4	19,2	9,8	8,7	-	5,6	12,4	1,4	n. r.	11,5	n. v.	1,4	n. v.	0,0	346,5
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsambul. (VZA)	0,0	12,9	-	-	13,8	n. v.	26,5	10,1	2,6	0,5	5,5	6,0	3,5	2,4	-	0,9	3,7	17,1	n. r.	5,8	n. v.	6,9	n. v.	3,7	111,3
Summe AVZA im amb. Bereich	191,0	25,6	-	-	23,3	n. v.	47,4	31,2	6,1	8,3	16,9	25,2	13,2	11,1	-	6,5	16,1	18,5	n. r.	17,3	n. v.	8,3	n. v.	3,7	457,8

Abstimmungsergebnisse für 2015	AM ²⁰	KI ²⁴	KCH ¹⁷	KJP ¹⁷	CH ¹⁷	NC	IM	GGH ²¹	NEU	PSY ¹⁷	DER	AU	HNO	URO	PCH ¹⁷	PUL	OR ²²	UC ²²	ZMK	RAD ²³	NUK	PMR	PAT	LAB	insg.
Summe AVZA im amb. Bereich	191,0	24,6	-	-	23,3	n. v.	46,4	31,5	7,2	9,0	16,4	25,2	13,2	11,1	-	6,5	15,3	19,3	n. r.	18,3	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	458,3



Großgeräteplanung						
GG FKA insg.	CT ^{25,26}	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	7	4	3	2	1	2
GGP	6	4	3	3	2	2
GG Akut-KA insg.	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	7	4	3	2	1	2
GGP	6	4	3	3	2	2
GG im extram. B.	CT	MR	COR	STR	ECT	PET ²⁸
GG 2007	4	4	0	0	1	1
GGP	3	3	0	0	1	0
GG in RZ	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	0	0	0	0	0	0
GGP	0	0	0	0	0	0
GG insgesamt	CT ²⁷	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	11	8	3	2	2	3
GGP	9	7	3	3	3	2

Fußnoten zur VR 31 NÖ Mitte

Akut-Krankenanstalten (FKA)

- ¹ INT: inkl. AN sowie sämtlicher fachspezifischer INT-Betten, exkl. SU
² CH: inkl. HCH, TCH und GCH
³ NEU: inkl. NEU-Akutnachbehandlung Phase B sowie SU
⁴ PSY: Abstimmungsergebnis zur Bettenvorhaltung nur nach vollständigem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar.
PSY/KJP: Abstimmung mit dem NÖ PSY-Plan ist erfolgt.
⁵ OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen
⁶ MKG: Im stationären Bereich Darstellung von MKG (FC2=24) und ZMK (FC2=48) bis auf Weiteres gemeinsam unter "MKG"
⁷ SRN: Abstimmungsergebnis nur unter Voraussetzung eines 4. LIN-Gerätes in der VR 31 (ggf. langfristig zu realisieren)
⁸ GEM: beinhaltend IAS, TK, WK
⁹ RNS: beinhaltend RNS im Sinne des ÖSG 2008 (daher sind RNS-Betten Akutbetten) sowie IES
¹⁰ PSO: ausschließlich PSO-Kinder
¹² Langfristige Entwicklung in Richtung reduzierte Organisationsformen bzw. alternative Versorgungsformen ist anzustreben.
¹³ ONK: Vorhaltung von ONKZ

Ambulante ärztliche Versorgung

- ¹⁷ PSY inkl. KJP; CH inkl. KCH und PCH, errechneter Reduktionsbedarf bei CH vermutlich auf Datenunschärfen zurück zu führen, daher Verbleib beim Ist-Stand
¹⁸ Insgesamt: Summenangaben in der Spalte "insg." exkl. Fachrichtungen PMR und LAB (somit Angaben zur Versorgungssituation 2007 und zum Abstimmungsergebnis für 2015 in dieser Spalte unmittelbar vergleichbar)
²⁰ AM: Allfällige Effekte im Sinne der Kompressionstheorie ("compression of morbidity") auf den künftigen Bedarf in der weiterführenden Diskussion zu berücksichtigen. Gemeinsame Diskussion mit IM und KI zu empfehlen.
²¹ GGH: Besondere Situation hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit von Wahlärzten/-innen in weiterführenden Diskussionen zu berücksichtigen.
²² OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen; in diesem Sinne ist insbesondere eine Verlagerung von 0,8 VZÄ von OR zu UC gesamthaft (stationär und ambulant) zu diskutieren
²³ RAD: Abstimmungsergebnisse exkl. Institute
²⁴ KI: weitere Detailanalysen (inkl. Betrachtung organisatorischer Maßnahmen) erforderlich

Großgeräteplanung

- ²⁵ CT, GG FKA insg.: Angaben exkl. Planungs-CT für STR
²⁶ CT, GG FKA insg.: 1 CT im IST-Stand zwischenzeitlich reduziert
²⁷ CT, GG insgesamt: CT-Vorhaltung im Raum Tulln/Klosterneuburg in Abstimmung mit VR 33 hinsichtlich etwaiger Kooperationsmöglichkeiten zu diskutieren.
Versorgungssituation im Großraum Krems im Zuge der rollierenden Planung näher zu analysieren
²⁸ PET, GG im extram. B.: Gemäß ÖSG 2008 für PET keine Vergabe von §-2-Kassenverträgen vorzusehen

Versorgungsregion 32: Waldviertel

EW insgesamt (2007):	142.806	EW > 75a (2007):	13.987
----------------------	---------	------------------	--------

Akut-Krankenanstalten (FKA)	INT ¹	KI	KCH	KJP	CH ²	NC	IM	GGH	NEU ³	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR ⁵	UC ⁵	MKG	SRN	GEM	RNS	PAL	PSO ⁹	Summe
Versorgungssituation 2007	51	21	0	0	203	0	280	93	95	35	0	30	0	25	0	0	97	65	0	0	27	0	8	100	1.130
Akutbetten (svst. Betten)	51	21	0	0	203	0	280	93	95	35	0	30	0	25	0	0	97	65	0	0	27	0	8	100	1.130
Akutbetten (tats. Betten)	52	27	0	0	206	0	283	90	60	35	0	30	0	28	0	0	117	66	0	0	35	0	8	100	1.137
Akutbettendichte (svst. Betten/1.000 EW)	0,36	0,15	0,00	0,00	1,42	0,00	1,96	0,65	0,67	0,25	0,00	0,21	0,00	0,18	0,00	0,00	0,68	0,46	0,00	0,00	0,19	0,00	0,06	0,70	7,91
Akutbettendichte (tats. Betten/1.000 EW)	0,36	0,19	0,00	0,00	1,44	0,00	1,98	0,63	0,42	0,25	0,00	0,21	0,00	0,20	0,00	0,00	0,82	0,46	0,00	0,00	0,25	0,00	0,06	0,70	7,96

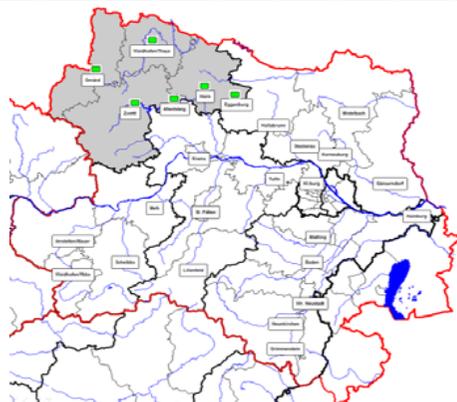
Abstimmungsergebnisse für 2015	INT ¹	KI	KCH	KJP ⁴	CH ²	NC	IM	GGH	NEU ³	PSY ⁴	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR ⁵	UC ⁵	MKG	SRN	GEM ⁶	RNS ⁸	PAL	PSO ⁹	Summe
PLANBetten 2015 in VR 32	48	21	0	10	140	0	242	60	109	60	0	25	4	25	0	0	110	50	0	0	36	75	8	100	1.123

Angebotsstruktur K377 Horn-Allentsteig	A/IB	A	-	TK	A/TK ¹¹	-	A/TK	A ¹¹	A	A	-	A	TK	A	-	-	A	A	-	-	B	D	S	A
Angebotsstruktur K383 Zwettl-Gmünd-W/T																								

Abstimmungsergebnisse für RFZ 2015	HCH	TCH	GCH	TXC	ONK	KAR	KKAR	SZT	NUKT	NEP	Abstimmungsergebnisse für LAP 2015				
Referenzzentren K377 Horn-Allentsteig	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein					
Referenzzentren K383 Zwettl-Gmünd-W/T	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein					
Spezielle Leistungsbereiche K377 Horn-Allentsteig						ja	ja	ja	ja	ja					
Spezielle Leistungsbereiche K383						ja	ja	ja	ja	ja					

Ambulante ärztliche Versorgung	AM ¹⁸	KI	KCH ¹⁵	KJP ¹⁵	CH ¹⁵	NC	IM	GGH	NEU	PSY ¹⁵	DER	AU	HNO	URO	PCH ¹⁵	PUL	OR	UC	ZMK	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	insg. ¹⁶
Versorgungssituation 2007	78,6	3,8	-	-	3,0	n. v.	4,3	5,4	1,0	3,2	3,4	5,9	3,9	4,2	-	3,4	5,4	0,3	n. r.	4,9	n. v.	0,0	n. v.	0,0	130,6
Niederreg. Vertragsärztinnen/Ärzte (VZA)	1,4	0,5	-	-	0,3	n. v.	0,8	2,4	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	-	0,0	0,5	0,4	n. r.	0,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	6,5
Niederreg. Wahlärztinnen/Ärzte (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n. r.	0,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambul. (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n. r.	0,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (VZA)	80,0	4,4	-	-	3,3	n. v.	5,1	7,9	1,0	3,2	3,4	6,1	3,9	4,2	-	3,4	5,9	0,7	n. r.	4,9	n. v.	0,0	n. v.	0,0	137,1
Summe AVZA im extram. Bereich	0,0	1,0	-	-	7,8	n. v.	5,1	2,9	1,4	0,1	0,0	2,2	0,0	0,0	-	0,0	1,4	6,1	n. r.	3,9	n. v.	1,5	n. v.	0,1	31,9
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsambul. (VZA)	80,0	5,4	-	-	11,1	n. v.	10,2	10,8	2,4	3,3	3,4	8,3	3,9	4,2	-	3,4	7,3	6,8	n. r.	8,8	n. v.	1,5	n. v.	0,1	169,1
Summe AVZA im amb. Bereich																									

Abstimmungsergebnisse für 2015	AM ¹⁸	KI	KCH ¹⁵	KJP ¹⁵	CH ^{15, 22}	NC	IM	GGH ¹⁹	NEU ²²	PSY ¹⁵	DER	AU	HNO	URO ²³	PCH ¹⁵	PUL	OR ²⁰	UC ²⁰	ZMK	RAD ²¹	NUK	PMR	PAT	LAB	insg.	
Summe AVZA im amb. Bereich	80,0	5,8	-	-	11,1	n. v.	12,0	11,4	2,8	3,7	3,9	8,3	3,9	4,2	-	3,4	7,3	7,6	n. r.	8,8	n. v.	174,1				



Großgeräteplanung						
GG FKA insg.	CT ²⁴	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	3	1	0	0	2	0
GGP	3	1	0	0	2	0
GG Akut-KA insg.	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	3	1	0	0	2	0
GGP	3	1	0	0	2	0
GG im extram. B.	CT ²⁵	MR ^{27, 28}	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	3	2	0	0	0	0
GGP	2	2	0	0	0	0
GG in RZ	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	0	0	0	0	0	0
GGP	0	0	0	0	0	0
GG insgesamt	CT ²⁶	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	6	3	0	0	2	0
GGP	5	3	0	0	2	0

Fußnoten zur VR 32 Waldviertel

Akut-Krankenanstalten (FKA)

- ¹ INT: inkl. AN sowie sämtlicher fachspezifischer INT-Betten, exkl. SU
- ² CH: inkl. GCH
- ³ NEU: inkl. NEU-Akutnachbehandlung Phase B und C sowie SU. Eine Finanzierung von 35 Betten in Allentsteig durch die PVA wird angestrebt, damit wäre eine Reduktion der fondsfinanzierten Betten um eben diese Anzahl möglich.
- ⁴ PSY: Abstimmungsergebnis zur Bettenvorhaltung nur nach vollständigem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar.
PSY/KJP: Abstimmung mit dem NÖ PSY-Plan ist erfolgt.
- ⁵ OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen
- ⁶ GEM: beinhaltend IAS, TK, WK
- ⁷ IAS: Die im Ist-Stand in der Kostenstellenstatistik als interdisziplinäre Betten (FC 119111xx) dargestellten IAS-Betten sind in den Abstimmungsergebnissen der GEM zugeordnet
- ⁸ RNS: beinhaltend RNS im Sinne des ÖSG 2008 (daher sind RNS-Betten Akutbetten) sowie IES
- ⁹ PSO: Ausschließlich PSO-Erwachsene.
- ¹¹ Langfristige Entwicklung in Richtung reduzierte Organisationsformen bzw. alternative Versorgungsformen ist anzustreben.

Ambulante ärztliche Versorgung

- ¹⁵ PSY inkl. KJP; CH inkl. KCH und PCH
- ¹⁶ Ingesamt: Summenangaben in der Spalte "insg." exkl. Fachrichtungen PMR und LAB (somit Angaben zur Versorgungssituation 2007 und zum Abstimmungsergebnis für 2015 in dieser Spalte unmittelbar vergleichbar)
- ¹⁸ AM: Allfällige Effekte im Sinne der Kompressionstheorie ("compression of morbidity") auf den künftigen Bedarf in der weiterführenden Diskussion zu berücksichtigen.
- ¹⁹ GH: Besondere Situation hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit von Wahlärzten/-innen in weiterführenden Diskussionen zu berücksichtigen.
- ²⁰ OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen
- ²¹ RAD: Abstimmungsergebnisse exkl. Institute
- ²² NEU, CH: aufgrund einer möglicherweise bestehenden Überversorgung in der CH ist ein Fächertausch mit NEU angedacht
- ²³ URO: es ist geplant, in Waidhofen/Thaya spitalsambulante Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Erfordernisse durchzuführen

Großgeräteplanung

- ²⁴ CT, GG FKA insg.: Möglichkeiten der Restressourcennutzung des CT am Standort Zwettl zu prüfen
- ²⁵ CT, GG im extram. B.: exkl. eine Kooperationen mit Akut-KA (LK Waldviertel Horn, K377)
- ²⁶ CT, GG insgesamt: Vor etwaiger Reinvestition eines CT am Standort Waidhofen/Thaya (dzt. je ein CT intra- und extramural) Prüfung hinsichtlich etwaiger Kooperationsmöglichkeit und damit verbundene Gerätreduktion vorzunehmen.
- ²⁷ MR, GG im extram. B.: exkl. eine Kooperationen mit Akut-KA (LK Waldviertel Horn, K377)
- ²⁸ MR, GG im extram. B.: ein weiterer MR wurde zwischenzeitlich eingerichtet

Versorgungsregion 33: Weinviertel

EW insgesamt (2007):	298.183	EW > 75a (2007):	23.648
----------------------	---------	------------------	--------

Akut-Krankenanstalten (FKA)	INT ¹	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU ²	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR ⁴	UC ⁴	MKG	SRN	GEM ⁵	RNS	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2007	52	21	0	0	158	0	384	95	35	71	0	18	25	70	0	0	35	101	0	0	0	0	0	0	1.065
Akutbetten (svst. Betten)	55	21	0	0	155	0	376	95	35	71	0	18	27	69	0	0	35	99	0	0	28	0	0	0	1.084
Akutbetten (tats. Betten)	0,17	0,07	0,00	0,00	0,53	0,00	1,29	0,32	0,12	0,24	0,00	0,06	0,08	0,23	0,00	0,00	0,12	0,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,57
Akutbettendichte (svst. Betten/1.000 EW)	0,18	0,07	0,00	0,00	0,52	0,00	1,26	0,32	0,12	0,24	0,00	0,06	0,09	0,23	0,00	0,00	0,12	0,33	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	3,64
Akutbettendichte (tats. Betten/1.000 EW)																									

Abstimmungsergebnisse für 2015	INT ¹	KI	KCH	KJP ³	CH	NC	IM	GGH	NEU ²	PSY ³	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR ⁴	UC ⁴	MKG	SRN	GEM ⁵	RNS ⁶	PAL	PSO	Summe
PLANBetten 2015 in VR 33	46	21	0	6	125	0	323	63	42	105	0	18	25	47	0	0	33	78	0	0	76	83	12	0	1.103

Angebotsstruktur K319 Hollabrunn																									
Angebotsstruktur K335 Mistelbach	A/B	A	-	TK	A/TK ¹⁰	-	A/TK	A ¹⁰	A	A/TK	-	A ¹⁰	A	A ¹⁰	-	-	A	A	-	-	TK/B	D	B	-	
Angebotsstruktur K378 Korneuburg-Stockerau																									

Abstimmungsergebnisse für RFZ 2015	HCH	TCH	GCH	TXC	ONK	KAR ¹¹	KKAR	SZT	NUKT	NEP	Abstimmungsergebnisse für LAP 2015					SU	NANB	IAS ⁷	IES	DIA
Referenzzentren K319 Hollabrunn											Spezielle Leistungsbereiche K319 Hollabrunn									
Referenzzentren K335 Mistelbach	nein	nein	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein	ja	Spezielle Leistungsbereiche K335 Mistelbach					ja	ja	ja	ja	ja
Referenzzentren K378 Korneuburg-Stockerau											Spezielle Leistungsbereiche K378									

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ¹⁵	KJP ¹⁵	CH ¹⁵	NC	IM	GGH	NEU	PSY ¹⁵	DER	AU	HNO	URO	PCH ¹⁵	PUL	OR	UC	ZMK	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	insg. ¹⁶
Versorgungssituation 2007	151,4	5,2	-	-	3,9	n. v.	8,9	9,7	1,9	2,6	7,7	10,4	6,2	5,1	-	3,4	4,6	0,0	n. r.	8,3	n. v.	0,0	n. v.	0,0	229,2
Niederreg. Vertragsärztinnen/Ärzte (VZA)	2,4	0,5	-	-	0,2	n. v.	1,5	2,2	0,0	0,0	0,5	0,7	0,3	0,5	-	0,3	1,0	0,2	n. r.	0,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	10,3
Niederreg. Wahlärztinnen/Ärzte (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n. r.	0,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulanz (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n. r.	0,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n. r.	0,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	0,0
Summe AVZA im extram. Bereich	153,8	5,7	-	-	4,1	n. v.	10,4	11,9	1,9	2,6	8,1	11,1	6,5	5,6	-	3,7	5,5	0,2	n. r.	8,3	n. v.	0,0	n. v.	0,0	239,4
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsambul. (VZA)	5,4	3,6	-	-	8,6	n. v.	11,0	12,2	1,1	0,6	0,0	2,0	1,6	5,1	-	0,0	2,6	12,0	n. r.	3,2	n. v.	1,0	n. v.	0,5	69,0
Summe AVZA im amb. Bereich	159,2	9,3	-	-	12,7	n. v.	21,4	24,0	3,0	3,1	8,1	13,2	8,1	10,7	-	3,7	8,2	12,2	n. r.	11,5	n. v.	1,0	n. v.	0,5	308,3

Abstimmungsergebnisse für 2015	AM ¹⁸	KI	KCH ¹⁵	KJP ¹⁵	CH ¹⁵	NC	IM	GGH ¹⁹	NEU	PSY ¹⁵	DER	AU	HNO	URO ²²	PCH ¹⁵	PUL	OR ²⁰	UC ²⁰	ZMK	RAD ²¹	NUK	PMR	PAT	LAB	insg.
Summe AVZA im amb. Bereich	159,2	9,7	-	-	12,7	n. v.	22,4	24,0	3,9	4,3	8,1	13,2	8,1	10,7	-	3,7	8,2	12,4	n. r.	11,5	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	312,1



Großgeräteplanung						
GG FKA insg.	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	4	1	1	0	0	0
GGP	4	1	1	0	0	0
GG Akut-KA insg.	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	4	1	1	0	0	0
GGP	4	1	1	0	0	0
GG im extram. B.	CT	MR	COR	STR	ECT ²⁴	PET
GG 2007	2	2	0	0	1	0
GGP	2	2	0	0	2	0
GG in RZ	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	0	0	0	0	0	0
GGP	0	0	0	0	0	0
GG insgesamt	CT ²³	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	6	3	1	0	1	0
GGP	6	3	1	0	2	0

Fußnoten zur VR 33 Weinviertel

Akut-Krankenanstalten (FKA)

- ¹ INT: inkl. AN sowie sämtlicher fachspezifischer INT-Betten, exkl. SU
- ² NEU: inkl. NEU-Akutnachbehandlung Phase B und C sowie SU
- ³ PSY: Abstimmungsergebnis zur Bettenvorhaltung nur nach vollständigem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar.
PSY/KJP: Abstimmung mit dem NÖ PSY-Plan ist erfolgt.
- ⁴ OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen
- ⁵ GEM: Im Ist-Stand beinhaltet sind die IAS-Betten mit dem interdisziplinärem FC (119111xx) sowie die TK Gänserndorf.
- ⁶ GEM: beinhaltend IAS, TK, WK
- ⁷ IAS: Die im Ist-Stand in der Kostenstellenstatistik als interdisziplinäre Betten (FC 119111xx) dargestellten 14 IAS-Betten sind in den Abstimmungsergebnissen der GEM zugeordnet
- ⁸ RNS: beinhaltend RNS im Sinne des ÖSG 2008 (daher sind RNS-Betten Akutbetten) sowie IES
- ¹⁰ Langfristige Entwicklung in Richtung reduzierte Organisationsformen bzw. alternative Versorgungsformen ist anzustreben.
- ¹¹ KAR: Aufgrund Anpassung auf 1 COR Eintrag mit "ja" festgelegt

Ambulante ärztliche Versorgung

- ¹⁵ PSY inkl. KJP; CH inkl. KCH und PCH
- ¹⁶ Insgesamt: Summenangaben in der Spalte "insg." exkl. Fachrichtungen PMR und LAB (somit Angaben zur Versorgungssituation 2007 und um Abstimmungsergebnis für 2015 in dieser Spalte unmittelbar vergleichbar)
- ¹⁸ AM: Allfällige Effekte im Sinne der Kompressionstheorie ("compression of morbidity") auf den künftigen Bedarf in der weiterführenden Diskussion zu berücksichtigen.
- ¹⁹ GGH: Besondere Situation hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit von Wahlärzten/-innen in weiterführenden Diskussionen zu berücksichtigen.
- ²⁰ OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen
- ²¹ RAD: Abstimmungsergebnisse exkl. Institute
- ²² URO: derzeit kein Abbau vorgesehen, da weitere Entwicklungen im stationären Bereich abzuwarten sind

Großgeräteplanung

- ²³ CT, GG insgesamt: Verschiebung eines CT am Standort Stockerau nach Mistelbach vor nächster Reinvestition am Standort Stockerau zu prüfen
- ²⁴ ECT, GG im extram. B.: inkl. eine Kooperationen mit Akut-KA (LK Weinviertel Mistelbach, K335)

Versorgungsregion 34: Industrieviertel

EW insgesamt (2007):	534.950	EW > 75a (2007):	41.787
----------------------	---------	------------------	--------

Akut-Krankenanstellen (FKA)	INT ¹	KI	KCH	KJP	CH ²	NC	IM	GGH	NEU ³	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR ⁵	UC ⁵	MKG	SRN	GEM	RNS	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2007	108	44	0	51	403	26	672	234	100	114	30	40	41	76	0	94	125	184	0	30	0	0	0	0	2.372
Akutbetten (syst. Betten)	107	44	0	52	368	26	665	202	106	67	26	39	50	81	0	90	143	180	0	32	0	0	0	0	2.278
Akutbetten (fats. Betten)	0,20	0,08	0,00	0,10	0,75	0,05	1,26	0,44	0,19	0,21	0,06	0,07	0,08	0,14	0,00	0,18	0,23	0,34	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	4,43
Akutbettendichte (syst. Betten/1.000 EW)	0,20	0,08	0,00	0,10	0,69	0,05	1,24	0,38	0,20	0,13	0,05	0,07	0,09	0,15	0,00	0,17	0,27	0,34	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	4,26

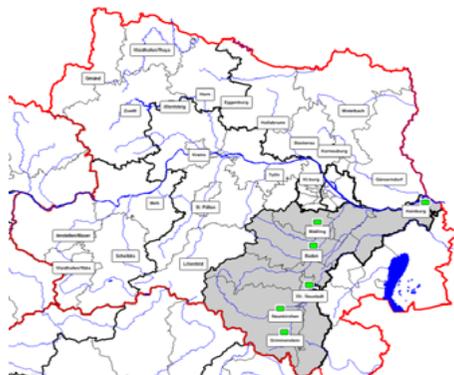
Abstimmungsergebnisse für 2015	INT ¹	KI	KCH	KJP ⁴	CH ²	NC	IM	GGH	NEU ³	PSY ⁴	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR ⁵	UC ⁵	MKG	SRN	GEM ⁶	RNS ⁷	PAL	PSO ⁸	Summe
PLANBetten 2015 in VR 34	131	62	0	48	295	40	610	148	197	175	25	39	38	66	0	80	112	156	0	32	120	32	18	20	2.444

Angebotsstruktur K315 Hohegg																									
Angebotsstruktur K316 Hainburg	A/I/B	A	-	A/TK	A/TK ¹⁰	A	A/TK	A ¹⁰	A	A/TK	A	A/TK	A	A	-	A	A	A ¹⁰	-	A	B	D	S	D	
Angebotsstruktur K338 Neunkirchen																									
Angebotsstruktur K356 Wiener Neustadt																									
Angebotsstruktur K380 Baden-Mödling																									

Abstimmungsergebnisse für RFZ 2015	HCH	TCH	GCH	TXC	ONK ¹¹	KAR	KKAR	SZT	NUKT	NEP	Abstimmungsergebnisse für LAP 2015					SU	NANB	IAS	IES	DIA					
Referenzzentren K315 Hohegg																									
Referenzzentren K316 Hainburg																									
Referenzzentren K338 Neunkirchen	nein	ja	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein	ja									ja	ja	ja	ja	ja		
Referenzzentren K356 Wiener Neustadt																									
Referenzzentren K380 Baden-Mödling																									
Spezielle Leistungsbereiche K315 Hohegg																									
Spezielle Leistungsbereiche K316 Hainburg																									
Spezielle Leistungsbereiche K338 Neunkirchen																									
Spezielle Leistungsbereiche K356 Wiener Neustadt																									
Spezielle Leistungsbereiche K380 Baden-Mödling																									

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ¹⁵	KJP ¹⁵	CH ¹⁵	NC	IM	GGH	NEU	PSY ¹⁵	DER	AU	HNO	URO	PCH ¹⁵	PUL	OR	UC	ZMK	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	insg. ¹⁶
Versorgungssituation 2007	269,5	14,1	-	-	12,7	n. v.	25,5	28,1	6,5	6,7	14,6	26,7	16,3	9,8	-	8,0	12,3	0,8	n. r.	17,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	468,4
Niederreg. Vertragsärztinnen/Ärzte (VZA)	3,2	1,5	-	-	0,4	n. v.	5,2	3,2	0,0	0,0	1,0	0,3	0,5	1,4	-	0,2	2,4	0,4	n. r.	0,1	n. v.	0,0	n. v.	0,0	19,8
Niederreg. Wahlärztinnen/Ärzte (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n. r.	0,0	n. v.	1,0	n. v.	0,0	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambul. (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n. v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n. r.	0,0	n. v.	0,0	n. v.	0,0	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (VZA)	272,7	15,6	-	-	13,0	n. v.	30,6	31,3	6,5	6,7	15,5	27,0	16,7	11,2	-	8,2	14,7	1,2	n. r.	17,1	n. v.	1,0	n. v.	0,0	488,2
Summe ÄVZA im extram. Bereich	0,0	8,4	-	-	16,4	n. v.	18,1	12,0	2,9	3,7	6,9	7,4	4,6	3,0	-	0,6	9,7	24,3	n. r.	28,8	n. v.	10,8	n. v.	2,7	147,0
Ärztinnen/Ärzte in Spitalsambul. (VZA)	272,7	24,1	-	-	29,4	n. v.	48,7	43,6	10,4	10,4	22,4	34,4	21,3	14,3	-	8,8	24,4	25,5	n. r.	45,9	n. v.	11,8	n. v.	2,7	635,2
Summe ÄVZA im amb. Bereich																									

Abstimmungsergebnisse für 2015	AM ¹⁸	KI	KCH ¹⁵	KJP ¹⁵	CH ¹⁵	NC	IM	GGH ¹⁹	NEU	PSY ¹⁵	DER	AU	HNO	URO	PCH ¹⁵	PUL	OR ²⁰	UC ²⁰	ZMK	RAD ²¹	NUK	PMR	PAT	LAB	insg.
Summe ÄVZA im amb. Bereich	272,7	24,5	-	-	29,4	n. v.	50,0	43,6	10,4	11,7	21,4	33,4	20,3	14,3	-	8,8	23,4	27,6	n. r.	43,9	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	635,3



Großgeräteplanung						
GG FKA insg.	CT ²²	MR ^{23,24}	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	6	2	2	3	1	0
GGP	6	3	2	3	2	1
GG Akut-KA insg.	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	6	2	2	3	1	0
GGP	6	3	2	3	2	1
GG im extram. B.	CT	MR	COR	STR	ECT ²⁶	PET
GG 2007	6	3	0	0	2	0
GGP	5	3	0	0	2	0
GG in RZ	CT	MR	COR ²⁵	STR	ECT	PET
GG 2007	0	0	1	0	1	0
GGP	0	0	1	0	1	0
GG insgesamt	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	12	5	3	3	4	0
GGP	11	6	3	3	5	1

Fußnoten zur VR 34 Industrieviertel

Akut-Krankenanstalten (FKA)

- ¹ INT: inkl. AN sowie sämtlicher fachspezifischer INT-Betten, exkl. SU
² CH: inkl. GCH und TCH
³ NEU: inkl. NEU-Akutnachbehandlung Phase B und C sowie SU
⁴ PSY: Abstimmungsergebnis zur Bettenvorhaltung nur nach vollständigem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar.
PSY/KJP: Abstimmung mit dem NÖ PSY-Plan ist erfolgt.
⁵ OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen
⁶ GEM: beinhaltend IAS, TK, WK
⁷ RNS: beinhaltend RNS im Sinne des ÖSG 2008 (daher sind RNS-Betten Akutbetten) sowie IES
⁸ PSO: ausschließlich PSO-Erwachsene
¹⁰ Langfristige Entwicklung in Richtung reduzierte Organisationsformen bzw. alternative Versorgungsformen ist anzustreben.
¹¹ ONK: Vorhaltung von ONKZ

Ambulante ärztliche Versorgung

- ¹⁵ PSY inkl. KJP; CH inkl. KCH und PCH
¹⁶ Insgesamt: Summenangaben in der Spalte "insg." exkl. Fachrichtungen PMR und LAB (somit Angaben zur Versorgungssituation 2007 und zum Abstimmungsergebnis für 2015 in dieser Spalte unmittelbar vergleichbar)
¹⁸ AM: Allfällige Effekte im Sinne der Kompressionstheorie ("compression of morbidity") auf den künftigen Bedarf in der weiterführenden Diskussion zu berücksichtigen.
¹⁹ GGH: Besondere Situation hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit von Wahlärzten/-innen in weiterführenden Diskussionen zu berücksichtigen.
²⁰ OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen; in diesem Sinne ist insbesondere eine Verlagerung von 1 VZÄ von OR zu UC gesamthaft (stationär und ambulant) zu diskutieren
²¹ RAD: Abstimmungsergebnisse exkl. Institute

Großgeräteplanung

- ²² CT, GG FKA insg.: Angaben exkl. Planungs-CT für STR
²³ MR, GG FKA insg.: Möglichkeiten der Restressourcennutzung des MR am Standort Neunkirchen zu prüfen
²⁴ MR, GG FKA insg.: dritter MR zwischenzeitlich eingerichtet
²⁵ COR, GG in RZ: keine Reinvestition der COR im RZ Hochegg vorgesehen
²⁶ ECT, GG im extram. B.: inkl. eine Kooperationen mit Akut-KA (LK Thermenregion Neunkirchen, K338)

Versorgungsregion 35: Mostviertel

EW insgesamt (2007):	240.816	EW > 75a (2007):	18.993
----------------------	---------	------------------	--------

Akut-Krankenanstellen (FKA)	INT ¹	KI	KCH	KJP	CH ²	NC	IM	GGH	NEU ³	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR ⁵	UC ⁵	MKG	SRN	GEM	RNS	PAL	PSO	Summe
Versorgungssituation 2007	50	26	0	15	234	0	362	116	131	148	0	10	0	10	0	0	52	65	0	0	0	0	8	17	1.244
Akutbetten (syst. Betten)	50	26	0	20	219	0	361	108	129	170	0	10	0	10	0	0	62	64	0	0	0	0	8	17	1.254
Akutbetten (fats. Betten)	0,21	0,11	0,00	0,06	0,97	0,00	1,50	0,48	0,54	0,61	0,00	0,04	0,00	0,04	0,00	0,00	0,22	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,07	5,16
Akutbettendichte (syst. Betten/1.000 EW)	0,21	0,11	0,00	0,06	0,91	0,00	1,50	0,45	0,54	0,71	0,00	0,04	0,00	0,04	0,00	0,00	0,26	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,07	5,21

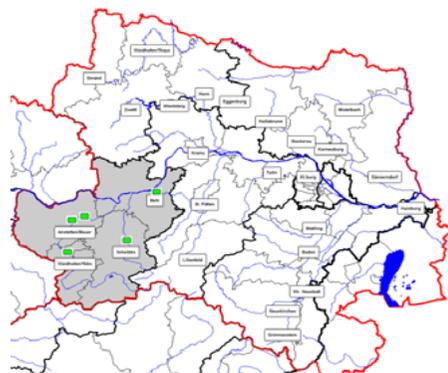
Abstimmungsergebnisse für 2015	INT ¹	KI	KCH	KJP ⁴	CH ²	NC	IM	GGH	NEU ³	PSY ⁴	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR ⁵	UC ⁵	MKG	SRN	GEM ⁶	RNS ⁷	PAL	PSO ⁸	Summe
PLANBetten 2015 in VR 35	44	34	0	30	150	0	296	77	124	220	0	8	0	8	0	0	64	55	0	0	48	78	16	23	1.275

Angebotsstruktur K303 Amstetten																									
Angebotsstruktur K333 Amstetten-Mauer	A/IB	A	-	A	A/TK ¹⁰	-	A/TK	A ¹⁰	A	A	-	F	-	F	-	-	A/F	A/D	-	-	B	D	S/B	D	
Angebotsstruktur K334 Melk																									
Angebotsstruktur K347 Scheibbs																									
Angebotsstruktur K354 Waidhofen/Ybbs																									

Abstimmungsergebnisse für RFZ 2015	HCH	TCH	GCH	TXC	ONK	KAR	KKAR	SZT	NUKT	NEP	Abstimmungsergebnisse für LAP 2015					SU	NANB	IAS	IES	DIA					
Referenzzentren K303 Amstetten																									
Referenzzentren K333 Amstetten-Mauer	nein	nein	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein							ja	ja	ja	ja	ja				
Referenzzentren K334 Melk																									
Referenzzentren K347 Scheibbs																									
Referenzzentren K354 Waidhofen/Ybbs																									

Ambulante ärztliche Versorgung	AM	KI	KCH ¹⁴	KJP ¹⁴	CH ¹⁴	NC	IM	GGH	NEU	PSY ¹⁴	DER	AU	HNO	URO	PCH ¹⁴	PUL	OR	UC	ZMK	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	insg. ¹⁵
Versorgungssituation 2007	130,3	4,6	-	-	5,3	n.v.	6,2	9,1	2,1	2,8	4,3	9,3	3,3	3,5	-	4,3	4,4	0,0	n.r.	7,4	n.v.	0,0	n.v.	0,0	196,9
Niedererel. Vertragsärztinnen/Ärzte (VZA)	0,5	1,1	-	-	0,2	n.v.	0,3	2,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,2	0,1	-	0,0	0,2	0,0	n.r.	0,1	n.v.	0,0	n.v.	0,0	5,3
Niedererel. Wahlärztinnen/Ärzte (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n.r.	0,0	n.v.	0,0	n.v.	0,0	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Kassenambul. (VZA)	0,0	0,0	-	-	0,0	n.v.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	n.r.	0,0	n.v.	0,0	n.v.	0,0	0,0
Ärztinnen/Ärzte in Instituten (VZA)	130,8	5,7	-	-	5,5	n.v.	6,5	11,1	2,1	2,9	4,6	9,3	3,5	3,7	-	4,3	4,6	0,0	n.r.	7,6	n.v.	0,0	n.v.	0,0	202,1
Summe ÄVZA im extram. Bereich	0,0	4,1	-	-	11,4	n.v.	10,7	7,6	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	3,8	11,5	n.r.	3,5	n.v.	0,3	n.v.	0,0	54,8
Summe ÄVZA im amb. Bereich	130,8	9,8	-	-	17,0	n.v.	17,2	18,7	2,1	5,1	4,6	9,3	3,5	3,7	-	4,3	8,3	11,5	n.r.	11,0	n.v.	0,3	n.v.	0,0	256,9

Abstimmungsergebnisse für 2015	AM ¹⁷	KI	KCH ¹⁴	KJP ¹⁴	CH ¹⁴	NC	IM	GGH ¹⁸	NEU	PSY ¹⁴	DER ¹⁹	AU	HNO ¹⁹	URO ¹⁹	PCH ¹⁴	PUL	OR ²⁰	UC ²⁰	ZMK	RAD ²¹	NUK	PMR	PAT	LAB	insg.
Summe ÄVZA im amb. Bereich	130,8	10,8	-	-	17,0	n.v.	19,0	19,5	3,2	5,7	5,6	10,3	4,5	3,7	-	4,3	8,3	12,0	n.r.	12,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	266,7



Großgeräteplanung	CT	MR ²⁴	COR ²⁶	STR	ECT	PET
GG FKA insg.	5	2	0	0	1	0
GG 2007	5	2	0	0	1	0
GGP	5	2	1	0	1	0
GG Akut-KA insg.	5	2	0	0	1	0
GG 2007	5	2	0	0	1	0
GGP	5	2	1	0	1	0
GG im extram. B.	CT ²²	MR ²⁵	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	3	1	0	0	1	0
GGP	3	1	0	0	1	0
GG in RZ	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	0	0	0	0	0	0
GGP	0	0	0	0	0	0
GG insgesamt	CT ²³	MR	COR	STR	ECT	PET
GG 2007	8	3	0	0	2	0
GGP	8	3	1	0	2	0

Fußnoten zur VR 35 Mostviertel

Akut-Krankenanstalten (FKA)

- ¹ INT: inkl. AN sowie sämtlicher fachspezifischer INT-Betten, exkl. SU
² CH: inkl. GCH
³ NEU: inkl. NEU-Akutnachbehandlung Phase B und C sowie SU
⁴ PSY: inkl. 90 Betten für Abhängigkeitserkrankungen; Abstimmungsergebnis zur Bettenvorhaltung nur nach vollständigem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar.
PSY/KJP: Abstimmung mit dem NÖ PSY-Plan ist erfolgt.
⁵ OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen
⁶ GEM: beinhaltend IAS, TK, WK
⁷ RNS: beinhaltend RNS im Sinne des ÖSG 2008 (daher sind RNS-Betten Akutbetten) sowie IES
⁸ PSO: 15 PSO-Erwachsene und 8 PSO-Kinder
¹⁰ Langfristige Entwicklung in Richtung reduzierte Organisationsformen bzw. alternative Versorgungsformen ist anzustreben.

Ambulante ärztliche Versorgung

- ¹⁴ PSY inkl. KJP; CH inkl. KCH und PCH, errechneter Aufbaubedarf bei CH vermutlich auf Datenunschärfen zurück zu führen, daher Verbleib beim Ist-Stand
¹⁵ Insgesamt: Summenangaben in der Spalte "insg." exkl. Fachrichtungen PMR und LAB (somit Angaben zur Versorgungssituation 2007 und zum Abstimmungsergebnis für 2015 in dieser Spalte unmittelbar vergleichbar)
¹⁷ AM: Allfällige Effekte im Sinne der Kompressionstheorie ("compression of morbidity") auf den künftigen Bedarf in der weiterführenden Diskussion zu berücksichtigen.
¹⁸ GGH: Besondere Situation hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit von Wahlärzten/-innen in weiterführenden Diskussionen zu berücksichtigen.
¹⁹ DER, HNO, URO: Weitere Diskussion im Kontext mit OÖ empfehlenswert (erhebliche Mitversorgungswirkung durch OÖ KA im akutstationären Bereich gegeben, jedoch im amb. Bereich aufgrund der Datenlage nur beschränkt abbildbar).
²⁰ OR, UC: Gemeinsame Betrachtung von OR und UC unter Berücksichtigung allfälliger wechselseitiger Substitutionen zu empfehlen
²¹ RAD: Abstimmungsergebnisse exkl. Institute

Großgeräteplanung

- ²² CT, GG im extram. B.: inkl. eine Kooperation mit Akut-KA (LK Mostviertel Amstetten, K303); exkl. eine Kooperationen mit Akut-KA (LK Mostviertel Waidhofen/Ybbs)
²³ CT, GG insgesamt: Vor etwaiger Reinvestition eines CT am Standort Scheibbs (dzt. je ein CT intra- und extramural) Prüfung hinsichtlich etwaiger Kooperationsmöglichkeit und damit verbundene Gerätreduktion vorzunehmen.
Vor etwaiger CT-Reinvest. am Standort Waidhofen/Ybbs (dzt. je ein CT intra- und extramural; intram. eingerichteter CT bereits in Koop. mit weiterem extram. Anbieter) Prüfung hinsichtlich etwaiger (weiterführender) Kooperationsmöglichkeit und damit verbundene Gerätreduktion vorzunehmen.
²⁴ MR, GG FKA insg.: 1 MR im IST-Stand zwischenzeitlich reduziert
²⁵ MR, GG im extram. B.: exkl. eine Kooperationen mit Akut-KA (LK Mostviertel Amstetten, K303)
²⁶ COR, GG FKA insg.: 1 COR in VR 35 zwischenzeitlich eingerichtet