

Regionaler Strukturplan Gesundheit für Niederösterreich 2025 – Teil 1

Ergebnisse der landesinternen Abstimmung

Ergebnisbericht

Im Auftrag des
Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds und der NÖ Gebietskrankenkasse
(in Vertretung für die NÖ KV Träger)

Regionaler Strukturplan Gesundheit für Niederösterreich 2025 – Teil 1

Ergebnisse der landesinternen Abstimmung

Ergebnisbericht

Autoren:

Andreas Birner
Gerhard Fülöp
Stephan Mildschuh
Thomas Neruda
Florian Röthlin

Unter Mitarbeit von:

Ines Czásny
Karin Eglau
Petra Paretta

Fachliche Begleitung:

Andreas Stoppacher
David Wachabauer
Manfred Willinger

Projektassistenz:

Susanne Glück
Verena Paschek

Wien, im Dezember 2018

Im Auftrag

des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds und der NÖ Gebietskrankenkasse
(in Vertretung für die NÖ KV Träger)

Zitiervorschlag: Fülöp, Gerhard, Mildschuh, Stephan; Birner, Andreas; Neruda, Thomas; Röhlin, Florian (2018): Regionaler Strukturplan Gesundheit für Niederösterreich 2025 (Teil1), Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien

Kurzfassung

Hintergrund

Der Regionale Strukturplan Gesundheit für Niederösterreich 2025 – Teil 1 (RSG NÖ 2025 – Teil 1) stellt das zentrale Instrument für die integrative Planung der Gesundheitsversorgung in Niederösterreich dar. Die rechtliche Grundlage des RSG NÖ 2025 – Teil 1 bildet der in Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens etablierte Österreichische Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017) bzw. die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des ÖSG (ÖSG-VO 2018).

Ziele

Als Planungsziele gelten eine möglichst gleichmäßige und wohnortnah bzw. bestmöglich erreichbare, medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvolle und regional abgestimmte Versorgung mit entsprechender Qualitätssicherung sowie möglichst rasche und lückenlose Behandlungsketten. Dabei gilt es, auf einen möglichst effektiven und effizienten Ressourceneinsatz zu achten.

Methoden

Die Analyse der IST-Versorgungssituation zu den im RSG NÖ 2025 – Teil 1 zu behandelnden Bereichen wurde differenziert nach Fachbereichen und Versorgungssektoren sowie auf jeweils regionaler Ebene durchgeführt, um den nachfolgenden Planungsarbeiten unter anderem Versorgungsdichten, Inanspruchnahmehäufigkeiten, quell- und zielbezogene Eigenversorgungsquoten – jeweils im Vergleich zum Bundes- bzw. Landesdurchschnitt – zu unterlegen. Die Durchführung der prognostischen Bedarfsabschätzung für die Erstellung von Planungsempfehlungen erfolgte anhand eines von der Auftragnehmerin entwickelten Planungs-, Prognose- und Modellierungswerkzeugs, das je nach Anforderung des zu bearbeitenden Versorgungsbereichs individuell eingesetzt wird.

Ergebnisse

Im Zuge der Erstellung des RSG NÖ 2025 – Teil 1 konnte eine Reihe von Festlegungen getroffen werden, die eine Optimierung bereits bestehender Angebote und auch die Schaffung neuer Angebote implizieren und gleichzeitig im Sinne des integrativen Planungsansatzes für eine künftige Umsetzung als richtungweisend gelten.

Eine Beschreibung der Ergebnisse befindet sich für den ambulanten Versorgungsbereich in Kapitel 4.1, für den Bereich der LGF-finanzierten Krankenanstalten in Kapitel 4.2 sowie in Kapitel 4.3 zur Dialyse.

Inhalt

Kurzfassung	III
Abkürzungen.....	VI
1 Einleitung	1
2 Sequentielle Vorgangsweise in der Regionalen Strukturplanung in NÖ	3
3 Allgemeine Planungsgrundsätze und Ziele	4
4 Datengrundlagen/Methodik	5
4.1 Planung des ambulanten Versorgungsbereichs	5
4.1.1 Datengrundlagen	5
4.1.2 Planungsmethoden.....	6
4.1.3 Darstellung der Planungsaussagen	8
4.1.4 Wesentliche Planungsergebnisse	9
4.2 Planung der LGF-finanzierten Krankenanstalten	9
4.2.1 Datengrundlagen	9
4.2.2 Planungsmethoden.....	10
4.2.3 Darstellung der Planungsaussagen	11
4.2.4 Wesentliche Planungsergebnisse	12
4.2.5 Abweichungen der Planungsempfehlungen von ÖSG- Planungsrichtwerten.....	13
4.3 Planung der Dialyseversorgung	14
4.3.1 Datengrundlagen	14
4.3.2 Planungsmethoden.....	14
4.3.3 Inhalt der Planungsempfehlungen	15
4.3.4 Wesentliche Planungsergebnisse	16
4.4 Weitere Inhalte des RSG NÖ 2025 - Teil 1	16
4.5 Abstimmungsprozess	16
5 RSG NÖ 2025 -Teil 1 - Planungsmatrix	18

Abkürzungen

AA	Akut-Ambulanz
ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
ADok	Programmpaket des BMASGK zur Unterstützung der Datenmeldung gemäß der Verordnung zur Dokumentation im ambulanten Bereich
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AM	(Arzt/Ärztin für) Allgemeinmedizin
AN/INT	Anästhesiologie und Intensivmedizin
AU	Augenheilkunde und Optometrie
BDoW	Bundesdurchschnitt ohne Wien
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMZ	Bettenmessziffer
BRA	Schwerbrandverletzten-Versorgung
BRZ	Brustgesundheitszentrum
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CH	Chirurgie bzw. Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
DER	Dermatologie (Haut- und Geschlechtskrankheiten)
DF	Demografiefaktor
DIA	Dialyseeinheit (für chronische Hämodialyse)
EAPF	Ein- und Auspendlerfaktor
EVQ	Eigenversorgungsquote
FC	Funktionscode gem. KA-Statistik
GCH	Gefäßchirurgie
GEM	gemischter Belag
GGH	Frauenheilkunde (Gynäkologie) und Geburtshilfe
GGP	Großgeräteplan
GH	Geburtshilfe
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planung GmbH
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HCH	Herzchirurgie
HDia	(chronische) Hämodialyse
HDG	Hauptdiagnosen-Gruppe
HKLE	hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICU	Intensive Care Unit
IDB	Interdisziplinärer Bereich
IM	Innere Medizin
IMCU	Intermediate Care Unit
INT	intensivmedizinische Versorgung bzw. Intensivbereich
KA	Krankenanstalt
KAR	Kardiologie – endovaskulär

KBRA	Schwerbrandverletzten-Versorgung für Kinder
KDok	Krankenanstalten-Dokumentation
KFO	Kieferorthopädie
KHZ	Kinderherzzentrum
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
KJC	Kinder- und Jugendchirurgie
KJINT	intensivmedizinische Versorgung bzw. Intensivbereich für Kinder und Jugendliche
KJONK	Kinder- und Jugendonkologie
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
KSZT	Stammzellentransplantation für Kinder
KV	Krankenversicherung
LGF	Landesgesundheitsfonds
LKF	leistungsorientierte KA-Finanzierung
LKL	Landeskrankenhaus
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
NCH	Neurochirurgie
NEO	Neonatologie
NEP	Nephrologische Versorgung
NET	Nierenersatztherapie
NEU	Neurologie
NEU-ANB/B	neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe B
NEU-ANB/C	neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe C
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
NTX	Nierentransplantation
NUK	Nuklearmedizin
NUKT	Nuklearmedizinische stationäre Therapie (Bettenstation)
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖGIS	Österreichisches Gesundheitsinformationssystem
ONK	Onkologische Versorgung
ONKA	Assoziierte onkologische Versorgung
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
ORTR	Orthopädie und Traumatologie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAL	Palliativmedizin
PCH	Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie
PDia	Peritonealdialyse
PSO-E	Psychosomatik für Erwachsene
PSO-KJ	Psychosomatik für Kinder und Jugendliche
PSY	Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
PUL	Pulmologie, Lungenkrankheiten, siehe auch → <i>IM-PUL</i>
PV	Primärversorgung

RFZ	Referenzzentrum
RNS	Remobilisation/Nachsorge
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SKA	Sonderkrankenanstalt
SPKA	Schwerpunkt-Krankenanstalt
SPZ	Spezialzentrum
STKA	Standard-Krankenanstalt
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie / Hochvolttherapie; STR-Geräte
SU	Stroke Unit
SV	Sozialversicherung
SZT	Stammzelltransplantation
TA	Terminambulanz
TCH	Thoraxchirurgie
TR	Trauma-Versorgung
TXC	Transplantationschirurgie
UCH	Unfallchirurgie
ULF	Umlagerungsfaktor
ÜRVP	Überregionale Versorgungsplanung
URO	Urologie
VMMHG	Obergruppen der MHG in der Versorgungsmatrix
VO	Verordnung
VR	Versorgungsregion
ZAE	zentrale ambulante Erstversorgung
ZÄK	Zahnärztekammer
ZKA	Zentralkrankenanstalt
ZMG	Zentrum für Medizinische Genetik
ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
ZNA	Zentrale Notaufnahme
Z/S	Zentrum/Schwerpunkt (zugeordnete Versorgungsstufe)

1 Einleitung

Der Regionale Strukturplan Gesundheit für Niederösterreich 2025 – Teil 1 (RSG NÖ 2025 – Teil 1) ist das zentrale Instrument für die **integrative Planung** der Gesundheitsversorgung in Niederösterreich. Neben einer umfassenden Darstellung des IST-Stands für alle Teilbereiche der niederösterreichischen Gesundheitsversorgung beinhaltet er in seinen Planungsaussagen zum einen den **ambulanten Bereich** (beschränkt auf das Segment der Sachleistungsversorgung, bestehend aus niedergelassene Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien jeweils mit Kassenverträgen, SV-eigene Einrichtungen und den spitalsambulanten Bereich umfassend). Zum anderen werden Planungsaussagen für den **akutstationären** inkl. tagesklinischen **Bereich** der NÖ Fondskrankenanstalten getroffen.

Der RSG NÖ 2025 – Teil 1 hat sich an den Rahmenvorgaben des **ÖSG 2017** sowie an der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des ÖSG 2017 (**ÖSG-VO 2018**)¹ zu orientieren. Während die Festlegungen, Richtwerte und Strukturqualitätskriterien des ÖSG 2017 eine bundesweite Rahmenplanung darstellen, erfolgt im RSG eine detaillierte Bedarfschätzung und Angebotsplanung auf regionaler Ebene. Dabei werden regionale Spezifika ebenso berücksichtigt wie Wechselwirkungen und Austauschbeziehungen zwischen Regionen. Um sicherzustellen, dass die konkreten Planungen über unterschiedliche Zuständigkeiten hinweg aufeinander abgestimmt und integrativ erfolgen können, erfolgte die Erstellung des RSG NÖ 2025 – Teil 1 in **enger Zusammenarbeit** mit dem Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) und der NÖ GKK sowie bundesweiter KV-Träger.

Mit den Planungsarbeiten zum RSG NÖ 2025 – Teil 1 wurde die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (**GÖ FP**) beauftragt, die im Rahmen der Projektarbeiten Planungsempfehlungen für die ambulante Versorgung (Allgemeinmedizin bzw. Primärversorgung sowie ambulante Fachversorgung inkl. ZMK), für Akut-Krankenanstalten (spitalsambulanter und akutstationärer Bereich) sowie für die Dialyseversorgung in NÖ als Grundlage für eine nachfolgende Abstimmung erstellte. Andere Versorgungsbereiche wie die medizinisch-technischen Großgeräte, die Rehabilitation und die überregionale Versorgungsplanung sind durch die ÖSG-VO 2018 bereits bundesweit einheitlich geregelt und dementsprechend keiner weiteren Planung zuzuführen.

¹ https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?ResultFunctionToken=1f5d7e4d-6305-4b19-a1db-8875c9fc2822&Position=1&Abfrage=Spg&VonDatum=&BisDatum=&FassungVom=14.11.2018&VonKundmachungsdatum=01.01.2017&BisKundmachungsdatum=14.11.2018&VonInkrafttredatum=&BisInkrafttredatum=&VonAusserkrafttredatum=&BisAusserkrafttredatum=&Titel=&Spgnummer=&SucheNachOsgGutachten=False&SucheNachOsgVerordnung=True&SucheNachRsgGutachten=False&SucheNachRsgVerordnung=False&Land=&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=&Dokumentnummer=SPG_AT_OSG_V_20180710_1_2018

Nachstehend werden die für die Erarbeitung von Planungsempfehlungen des RSG NÖ 2025 – Teil 1 herangezogenen Datengrundlagen und Methoden ebenso dargestellt wie die zwischen den Projektpartnern abgestimmten Planungsergebnisse und Festlegungen.

2 Sequentielle Vorgangsweise in der Regionalen Strukturplanung in NÖ

Der vorliegende RSG NÖ 2025 – Teil 1 stellt den ersten Teil der regionalen Strukturplanung in Niederösterreich dar. Dieser erste Teil beinhaltet umfassende und sehr genaue Vorbereitungsarbeiten, um schlussendlich den zweiten Teil auszuarbeiten und damit den RSG NÖ 2025 zu vervollständigen.

Der erste Teil wird in der 11. Sitzung der NÖ Landeszielsteuerungskommission am 17. Dezember 2018 zur Beschlussfassung vorgelegt.

Der zweite Teil der regionalen Strukturplanung in Niederösterreich umfasst im intramuralen Bereich die standortgenaue Planung gemäß den Vorgaben Art. 5 Abs. 7 Ziffer 1 der Vereinbarung gemäß Art.15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Der gesamthafte RSG NÖ 2025 besteht somit aus dem ersten und dem zweiten Teil. Seine vollumfassende Gültigkeit erlangt er mit der Beschlussfassung beider Teile in der NÖ Landeszielsteuerungskommission. Damit ist auch die Gesetzeskonformität sichergestellt. Der zweite Teil der regionalen Strukturplanung in Niederösterreich wird spätestens im Jahr 2020 der NÖ Landes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorgelegt.

3 Allgemeine Planungsgrundsätze und Ziele

Die Strukturplanung im RSG NÖ 2025 – Teil 1 stellt im Sinne eines integrativen Planungsansatzes und unter Berücksichtigung der Vorgaben in der Rahmenplanung des ÖSG 2017 eine bedarfsgerechte und allgemein zugängliche, qualitativ hochwertige Versorgung bei möglichst effektivem und effizientem Einsatz öffentlicher Mittel – auch aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive – sicher.

Als **Planungsziele** gelten eine möglichst gleichmäßige und wohnortnahe bzw. bestmöglich erreichbare, medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvolle und regional abgestimmte Versorgung mit entsprechender Qualitätssicherung sowie möglichst rasche und lückenlose Behandlungsketten. Um einen möglichst effektiven und effizienten Ressourceneinsatz zu gewährleisten, wird unter Sicherstellung hochwertiger Qualität und in Übereinstimmung mit dem strategischen Ziel 1 des Bundeszielsteuerungsvertrags eine Optimierung der akutstationären Versorgungsstrukturen in Form einer Reduktion der Krankenhaushäufigkeit und der durchschnittlichen Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß durch Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich angestrebt.

Als primäre Ebene für die gegenständlichen Arbeiten wurden die **fünf Versorgungsregionen Niederösterreichs** im Sinne des ÖSG 2017 herangezogen (Niederösterreich Mitte – VR 31, Waldviertel – VR 32, Weinviertel – VR 33, Thermenregion – VR 34 sowie Mostviertel – VR 35).

Der RSG NÖ 2025 – Teil 1 trägt damit im intramuralen Bereich in NÖ dem Umstand Rechnung, dass in NÖ mit nur einem einzigen Krankenanstaltenträger bundesweit eine einzigartige Situation vorliegt, die eine homogene Versorgungsstruktur im Land sicherstellt. Deshalb und um eine gewisse Flexibilität für die Zukunft im Lichte der sich abzeichnenden medizinischen und prozessualen Fortschritte in der Versorgung zu wahren, fokussiert dieser RSG NÖ 2025 – Teil 1 auf die Versorgungsregionen; die Detaildarstellung folgt, sodass eine standortgenaue Umsetzung erfolgen kann. Die dafür notwendige Detaildarstellung auf Standortebene wird spätestens 2020 den Gremien vorgelegt.

Der **Planungshorizont** des RSG NÖ 2025 – Teil 1 wird mit dem Jahr **2025** festgelegt. Die Planungsvorgaben 2025 sollen jedenfalls auf Basis der jeweils bestehenden Kompetenzen sukzessive umgesetzt werden, wobei die Zielsteuerungspartner übereingekommen sind, am Ende der laufenden Zielsteuerungsperiode den Grad der Zielerreichung zu überprüfen.

4 Datengrundlagen/Methodik

Als Planungshorizont für die Arbeiten zum RSG NÖ 2025 – Teil 1 gilt das Jahr 2025, womit auf die bis dahin zu erwartenden demografischen, epidemiologischen und medizinisch-technischen Entwicklungen Bedacht zu nehmen war.

In den nachstehenden Kapiteln werden die für die jeweiligen Planungsbereiche verwendeten Datengrundlagen und Methoden beschrieben, die den Planungsempfehlungen der GÖ FP zugrunde liegen. Für alle Planungsbereiche gilt, dass für die Zusammenführung und Verarbeitung der jeweils relevanten Datenbestände das an der GÖG bzw. GÖ FP verfügbare Österreichische Gesundheitsinformationssystem (ÖGIS) genutzt wurde. ÖGIS ist als geografisches Informationssystem in Verbindung mit SQL-Server/ODBC konzipiert, das bundesweite wie auch kleinräumige Analysen der Versorgungssituation bzw. der Inanspruchnahme erlaubt. Neben den angeführten Datengrundlagen wurden auch konkrete Planungsvorhaben (z.B. Bauvorhaben) der Projektpartner berücksichtigt.

Im Rahmen der Erarbeitung der im RSG NÖ 2025 – Teil 1 festgehaltenen planerischen Festlegungen wurden die von der GÖ FP anhand der nachfolgend beschriebenen Datengrundlagen und Methoden erarbeiteten Planungsempfehlungen im Sinne einer integrativen und sektorenübergreifenden Planung in mehreren Diskussions-/Rückkoppelungs-Schleifen zwischen den Projektpartnern in Abstimmung gebracht.

4.1 Planung des ambulanten Versorgungsbereichs

4.1.1 Datengrundlagen

Für die Analyse- und Planungsarbeiten im ambulanten Bereich wurden folgende Datenbestände aus ÖGIS herangezogen:

- » Anzahl der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) gemäß Regiomed 2016 auf Ebene der Versorgungsregionen und der Bezirke (HVSVT; zur Methodenbeschreibung von Regiomed vgl. Regelwerk im Tabellenband zum ÖSG 2017, Anhang 5 zur „Planungsgrundlagenmatrix“)
- » demografische und epidemiologische Basisdaten 1980–2017 sowie Bevölkerungsprognose 2018–2076 (Statistik Austria, ÖROK)
- » Inanspruchnahmedaten gemäß Verordnung zur Dokumentation im ambulanten Bereich 2015–2016 (BMASGK, „ADok“)
- » Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik 1994–2016 (BMASGK, „KDok“)
- » Österreichische Ärzteliste 1999–2016 (ÖÄK, ZÄK)
- » Verzeichnis der selbstständigen Ambulatorien 2016/2017 (BMASGK)
- » Ärztekostenstatistik 1991–2016 (HVSVT)
- » Erreichbarkeit (Reisezeit) im Straßenindividualverkehr 2017/2018 (GeoMagis GmbH)

Ergänzende Informationen der NÖGKK (sowie der bundesweiten SV-Träger) wurden ebenso für die Arbeiten berücksichtigt:

- » §2 Kassenplanstellen inkl. unbesetzte Planstellen, Gruppenpraxenaufstellung, Ordinationsstunden
- » Darstellung der Zahnbehandlungsstühle in den SV-eigenen Einrichtungen
- » Trennung NEU/PSY für die Berechnung der ÄAVE
- » Grundlagen für die Berechnung der ÄAVE in PVE

4.1.2 Planungsmethoden

Die Entwicklung der Planungsempfehlungen für den ambulanten Versorgungsbereich erfolgte pro Fachbereich und Versorgungsregion in nachstehend beschriebenen Schritten.

Schritt I: Analyse der IST-Versorgungssituation

In einem ersten Schritt wurde ein Gesamtüberblick über die Versorgungssituation im gesamten ambulanten Bereich (intra- und extramural) in NÖ im Jahr 2016 erarbeitet. Ausgehend von der Anzahl der ÄAVE aus Regiomed 2016 wurden pro Versorgungsregion Versorgungsdichten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ohne Wien sowie zum Landesdurchschnitt ermittelt. Darüber hinaus wurden Indikatoren zu den fachbereichsspezifischen Kontakthäufigkeiten sowie – aufbauend auf regionalen Patientenstromanalysen – quell- und zielbezogene EVQ berechnet. Die Betrachtungen erfolgten differenziert nach fachärztlichem Bereich und allgemeinmedizinischem Bereich.

Schritt II: Bedarfsschätzung der ambulanten Kapazitäten 2025

Für die Bedarfsschätzung der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich wurde ein für diesen Zweck von GÖG bzw. GÖ FP entwickeltes mehrstufiges Modell herangezogen. Dieses Modell geht vom IST-Stand an ÄAVE in NÖ im Basisjahr 2016 (Quelle: Regiomed) aus und ermittelt unter Berücksichtigung der ambulanten Kontaktzahlen (entnommen der gemäß Verordnung zur Dokumentation im ambulanten Bereich verpflichtenden ambulanten Datenmeldung) sukzessive die Effekte der als „entwicklungsbestimmend“ angenommenen nachstehenden Faktoren:

- » Referenzwert für die Versorgungsdichte (VD)
Als Referenzwert werden für alle im Rahmen des RSG NÖ 2025 – Teil 1, ambulanter Versorgungsbereich, zu berücksichtigende Fachbereiche (mit Ausnahmen der KJP, s. u.) die ÄAVE pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner im Bundesdurchschnitt ohne Wien (BDow) für das Jahr 2016 herangezogen.
- » Einpendler–Auspendler–Faktor (EAPF)
Ausgehend von den im Jahr 2016 fachbereichsspezifisch beobachteten tatsächlichen regionalen Patientenströmen (Kontaktzahlen), wird der jeweilige regionsspezifische Wanderungssaldo (Einpenderkontakte minus Auspendlerkontakte) ermittelt, um nachfolgend jene Men-

ge an ÄAVE abzuschätzen, die in der betrachteten Region aufgrund der bestehenden Patientenströme zusätzlich (bei positivem Saldo) bzw. in geringerem Ausmaß (bei negativem Saldo) erforderlich ist.

- » Umlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich – Umlagerungsfaktor (ULF)
Mit diesem Faktor werden die durch das neue ab 1. 1. 2019 gültige ambulante LKF-Abrechnungssystem („spitalsambulantes Bepunktungsmodell“) bedingten Umlagerungen vom stationären in den spitalsambulanten Bereich berücksichtigt. Damit werden in den NÖ Akutspitälern bislang stationäre Leistungen ambulant erbracht, entsprechend findet prospektiv auch eine Umlagerung der ärztlichen Kapazitäten vom stationären in den spitalsambulanten Bereich statt. Nachdem in NÖ die erwähnten Umlagerungen sich bereits im Jahr 2016 (Datenbasis für die gegenständlichen Arbeiten) auswirken, war die rechnerische Ausprägung des ULF nur für wenige Fachbereiche bzw. nur in geringem Ausmaß ersichtlich.

Für die Fachbereiche KJP und PSY wurden ergänzend erwartete bzw. bereits konkret vorgesehene Verlagerungen aus dem tagesstrukturierenden bzw. halbstationären Bereich in das ambulante Setting berücksichtigt, inkl. Einbeziehung von LKF-Vorgaben bezüglich der Personalausstattungen.

- » Demografische Entwicklung – Demografiefaktor (DF)
Das alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahmeverhalten der Patientinnen und Patienten (differenziert nach intra- und extramuralem Bereich) wird anhand der alters- und geschlechtsspezifischen demografischen Entwicklung bis zum Planungshorizont 2025 hochgerechnet.

Die Berechnungen erfolgten nach intra- und extramuralem Bereich getrennt, die Ergebnisse wurden nachfolgend zu Zielwerten 2025 für den gesamten ambulanten Bereich als Grundlage für die gemeinsame Abstimmung zusammengeführt, die sektorale Zuordnung der ausgewiesenen Kapazitäten orientierte sich dabei an den jeweilig fachbereichsspezifischen Relationen zum IST-Stand 2016. Neben der beschriebenen grundsätzlich einheitlichen Herangehensweise wurden erforderlichenfalls fachbereichs- bzw. versorgungssektorenbezogen ergänzende Arbeitsschritte gesetzt:

- » KJP: Für die österreichweit erst im Aufbau befindliche KJP wurde der BDoW als Referenzwert für die Versorgungsdichte nicht für geeignet erachtet, daher wurde der für diesen Fachbereich ausgewiesene ÖSG-Richtwert herangezogen.
- » ZMK: Aus den SV-eigenen Einrichtungen lagen für die Entwicklung der oben erwähnten inanspruchnahmebezogenen Faktoren keine Datengrundlagen vor; die Berechnungen der entsprechenden Faktoren erfolgten somit ohne Berücksichtigung der erwähnten Einrichtungen, deren planerische Ausprägung nachfolgend im Rahmen der Abstimmung der Planungsempfehlungen (inkl. Behandlungsstühle) berücksichtigt wurde.
- » AM (spitalsambulant): Abweichend von der oben beschriebenen generellen Vorgehensweise wurde in Ermangelung von Kontaktzahlen und aufgrund einer generell als unsicher einzuschätzenden Datenlage als Bedarfsschätzung der spitalsambulanten ÄAVE für AM der Bestand an intramuralen ÄAVE im Jahr 2016 in das Jahr 2025 übernommen.

- » STR: Für den Bereich STR erfolgte die Bedarfsschätzung für ÄAVE vorwiegend unter kalkulatorischer Einbeziehung der zu erwartenden Auswirkungen des geplanten Bettenaufbaus sowie der Erhöhung der Geräteanzahl an Linearbeschleunigern in NÖ.

Wie für den Bereich STR exemplarisch ausgeführt, erfolgte für alle Fachbereiche eine grundsätzlich Abstimmung zwischen stationären und spitalsambulanten Bereich, um entsprechende Entwicklungen für den Planungshorizont 2025 zu harmonisieren.

Die Berechnungen und Darstellungen berücksichtigen nicht den wahlärztlichen Bereich, zumal sowohl in Hinblick auf die Kompetenzlage als auch aufgrund der Datenverfügbarkeit eine planerische Berücksichtigung dieses Bereichs gegenwärtig nicht angezeigt ist.

Schritt III: Erstellung bedarfsgerechter Planungsempfehlungen 2025

In einem abschließenden Schritt wurden konkrete Planungsempfehlungen 2025 für den ambulanten Versorgungsbereich für die fünf VR in NÖ sowie für NÖ gesamt entwickelt und für die nachfolgende Abstimmung bereitgestellt. Dabei wurden allfällige Auswirkungen und Wechselwirkungen der Planungsempfehlungen für den akutstationären Bereich ebenso berücksichtigt wie Planungsvorhaben (etwa hinsichtlich ambulanter Betreuungsplätze für KJP und PSY) oder spitalsambulante Organisationsformen.

4.1.3 Darstellung der Planungsaussagen

Der RSG NÖ 2025 – Teil 1, ambulanter Versorgungsbereich, enthält auf VR-Ebene sowie für NÖ gesamt für den Planungshorizont 2025 Planungsaussagen zu nachstehend angeführten Rubriken. Die Aussagen werden pro abzubildendem Fachbereich in Orientierung an die im ÖSG 2017 in Anhang 9 enthaltene RSG-Planungsmatrix getätigt:

- » „ÄAVE spitalsambulant“: für ambulante Patientinnen/Patienten versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte in Spitalsambulanzen – Anzahl der ambulanten Versorgungseinheiten im Jahr 2025
- » „ÄAVE niedergelassene ÄrztInnen und in selbstständigen Ambulatorien (mit Vertrag) gesamt“: niedergelassene Ärztinnen/Ärzte mit Kassenvertrag (alle KV-Träger) sowie Ärztinnen/Ärzte in selbstständigen Ambulatorien (mit Kassenvertrag und kasseneigene) – Anzahl der ambulanten Versorgungseinheiten im Jahr 2025
- » „ÄAVE insgesamt“: fachbereichsspezifische Summe an ÄAVE über die oben angeführten Rubriken hinweg
- » „davon in PV-Einheiten“: Darstellung der für AM gemäß PLAN-Stand vorgesehenen Anzahl der ÄAVE in Primärversorgungseinheiten (in Abhängigkeit von der Anzahl der pro VR vorgesehenen PV-Einheiten bzw. PV-Netzwerke)

4.1.4 Wesentliche Planungsergebnisse

Für den gesamten ambulanten Bereich (intra- und extramural) in NÖ zeigen sich folgende wesentliche Ergebnisse:

- » Die Planungsvorgaben für das Jahr 2025 weisen für alle fünf Versorgungsregionen in NÖ einen Mehrbedarf an ÄAVE aus, wobei die nach VR ausgewiesenen Steigerungen zwischen 2,5 Prozent (VR 31, NÖ-Mitte) und rund 9 Prozent (VR 32, Waldviertel) liegen.
- » Für die zu bearbeitenden Fachbereiche sind bis 2025 insgesamt 2.424 ÄAVE (exklusive des wahlärztlichen Bereichs) vorzusehen, das sind knapp 132 ÄAVE bzw. knapp 6 Prozent mehr als im Basisjahr 2016 (2.292 ÄAVE).

Differenziert nach Fachbereichen werden folgende Ergebnisse ersichtlich:

- » Die mit Abstand stärkste ausgewiesene Bedarfssteigerung findet sich in der AM mit rund 56 zusätzlichen ÄAVE im Jahr 2025 (entspricht +7%), gefolgt von PSY mit einem Plus von 23 ÄAVE, KIJU mit einem Plus von 15 ÄAVE und KJP mit einem Anstieg um 13 ÄAVE. Ebenso werden Anstiege für STR, IM, NEU, HNO, AU, URO, ORTR (zusammenfassende Darstellung OR und UCH) und ZMK ersichtlich.
- » Ausweisung von Primärversorgungseinheiten als Teil der Allgemeinmedizin.
- » Fachbereiche mit (leicht) negativer ÄAVE-Entwicklung sind CH, GGH, PUL und DER.
- » Die laut ÖSG 2017 aufgrund ihrer substituierenden Wirkung auch im Aggregat zu betrachtenden Fachbereiche AM, KIJU und IM weisen in Summe einen Mehrbedarf von knapp 78 ÄAVE auf. Das sind 59 Prozent des gesamten ausgewiesenen Mehrbedarfs 2025.

Als Grundlage für eine künftige Evaluierung der Zielerreichung am Ende der laufenden Zielsteuerungsperiode sowie bei Erreichen des Planungshorizonts 2025 ist für einen rein quantitativen Vergleich von IST-Stand 2016 zu den Plan-Werten 2025 die dem IST-Stand 2016 unterlegte Datenbasis (gem. Regiomed-Regelwerk, vgl. ÖSG 2017) heranzuziehen. Dies ermöglicht einen Vergleich 2016 mit 2025 auch bei allfälligen Anpassungen und Weiterentwicklungen in Berechnung und Darstellung der ÄAVE 2025.

4.2 Planung der LGF-finanzierten Krankenanstalten

4.2.1 Datengrundlagen

Für die Analyse- und Planungsarbeiten im stationären Bereich wurden folgende Datenbestände aus ÖGIS herangezogen:

- » Demografische und epidemiologische Basisdaten 1980–2017 sowie Bevölkerungsprognose 2018–2076 (Statistik Austria, ÖROK)

- » Diagnosen-/Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1992–2016 (BMASGK, „KDok“)
- » Bettenberichte der österreichischen KA 1988–2016 (BMASGK, „KDok“)
- » Krankenanstalten–Kostenstellenstatistik 1994–2016 (BMASGK, „KDok“)
- » Erreichbarkeit (Reisezeit) im Straßenindividualverkehr 2017/2018 (GeoMagis GmbH)

Ergänzende Informationen des NÖGUS wurden ebenso für die Arbeiten berücksichtigt, wie etwa die „NÖ Psychiatrieplan–Evaluation 2014“. Mit Unterstützung des NÖGUS wurden folgende – vor allem für die IST–Stand–Darstellung des intramuralen Bereichs relevante – Informationen aufbereitet und in die Planungsmatrix zum RSG NÖ 2025 – Teil 1 integriert:

- » Betriebsformen von Spitalsambulanzen (Terminambulanzen, Akutambulanzen) je Fach–/ Versorgungsbereich (inkl. ZAE) (Plan–Stand 2025)
- » Anzahl an Leistungsstandorten für abgestufte Versorgungsbereiche (TR, GH/NEO, INT, ONK, KIJU inkl. KJINT, NEP, KAR, GCH)
- » Referenzzentren, Spezialzentren und spezielle Versorgungsbereiche, soweit diese aus den o. e. Datenquellen nicht ableitbar sind.

4.2.2 Planungsmethoden

Die Entwicklung der Planungsempfehlungen für den akutstationären Bereich erfolgte pro Fachbereich und auf Basis von Analysen auf Ebene der KA–Standorte in mehreren aufeinander aufbauenden Schritten.

Schritt I: Analyse der stationären IST–Versorgungssituation bzw. IST–Versorgungsstruktur

In einem ersten Schritt wurde ein Gesamtüberblick über die Versorgungssituation in den NÖ Fondskrankenanstalten im Jahr 2016 erarbeitet, um regional unter– oder überdurchschnittlich vorgehaltene Versorgungsstrukturen (im Vergleich zum Bundes– bzw. auch Landesdurchschnitt) zu identifizieren und in den weiteren Planungsschritten berücksichtigen zu können. Dazu wurden unter anderem fachbereichsbezogene Indikatoren in den Bereichen Akutbettendichte, Krankenhaushäufigkeit, Leistungsdichte, durchschnittliche Belagsdauer, tatsächlich belegte Betten und Eigenversorgungsquoten berechnet. Außerdem wurden Analysen der Patientenströme, der Bettenauslastung und –inanspruchnahme zusammen mit kartografischen Analysen tatsächlicher und natürlicher Einzugsbereiche und Erreichbarkeiten vorgenommen. Alle Indikatoren und Analysen wurden regional differenziert bzw. auf Ebene der einzelnen NÖ Fondskrankenanstalten und Fachbereiche erstellt und mit niederösterreichischen und bundesweiten Vergleichs– und Planungsrichtwerten in Beziehung gesetzt.

Schritt II: Modellierung des idealtypischen stationären Kapazitätsbedarfs 2025

Die idealtypische Kapazitätsprognose erfolgte mittels eines durch die Auftragnehmerin entwickelten Planungs–, Prognose– und Modellierungswerkzeugs auf der Ebene der einzelnen

Krankenanstalten und pro Fachbereich. Als Datenbasis für die Modellierung dienten die in den NÖ Fondskrankenanstalten dokumentierten altersgruppen- und geschlechtsspezifischen stationären Aufenthalte im Jahr 2016 pro VMMHG² und differenziert nach Herkunftsregion der Patientinnen und Patienten.

Die Kapazitätsprognose erfolgte unter Berücksichtigung der aktuellen altersgruppen- und geschlechtsspezifischen Bevölkerungsprognosen 2025 der Statistik Austria. Weitere in der Modellierung berücksichtigte Faktoren waren die künftighin zu erwartenden durchschnittlichen Belagsdauern je VMMHG, die zu erwartenden Anteile an Nulltagesaufenthalten je VMMHG und die damit verbundenen Tagesklinikpotenziale bzw. Verlagerungspotenziale in den ambulanten Bereich. Ebenfalls berücksichtigt wurden medizinische, technische oder systemische Entwicklungen, die sich auf das zu erwartende Inanspruchnahmeverhalten in spezifischen VMMHG auswirken. Der für ausländische Gastpatientinnen und Gastpatienten vorzuhaltende Kapazitätsbedarf im Jahr 2025 wurde durch die Fortschreibung des IST-Stands 2016 berücksichtigt.

Zur Prognose des fachbereichsspezifischen Kapazitätsbedarfs wurden darüber hinaus der durchschnittliche in österreichischen Akutkrankenanstalten übliche fachbereichsspezifische Versorgungsanteil je VMMHG (Anteil der Pflgetage je VMMHG und Fachbereich) sowie eine fachbereichsspezifische und ÖSG-konforme Soll-Auslastung herangezogen.

Schritt III: Erstellung bedarfsgerechter Planungsempfehlungen 2025

Im letzten Schritt wurden die Planungsempfehlungen 2025 pro Fachbereich und NÖ Fondskrankenanstalten gemäß der o. g. und auch im ÖSG 2017 festgehaltenen „Prinzipien der integrativen regionalen Versorgungsplanung“ (z. B. Bedarfsgerechtigkeit, regionale Versorgungsgerechtigkeit, Qualitätsprinzip: vgl. ÖSG 2017, S. 26) entwickelt. Dazu wurden die Ergebnisse der ersten beiden Schritte im Sinne einer Daten- und Methodentriangulation reflektiert, um eine entsprechende Validität der Planungsaussagen zu erreichen. Dabei wurde insbesondere auch sichergestellt, dass im Zuge der Planungskonkretisierung die fachbereichsspezifischen Planungsrichtwerte des ÖSG 2017 (Bettenmessziffern-Soll-Intervalle, Mindestbettenzahlen und Mindestreichbarkeiten) für ganz NÖ eingehalten werden bzw. von diesen nur in genau begründeten Einzelfällen abgewichen wird (siehe Punkt 4.2.5).

4.2.3 Darstellung der Planungsaussagen

Der RSG NÖ 2025 – Teil 1, stationärer Versorgungsbereich, enthält auf VR-Ebene sowie für NÖ gesamt für den Planungshorizont 2025 Planungsaussagen zu nachstehend angeführten Rubriken. Die Aussagen werden pro abzubildendem Fachbereich in Orientierung an die im ÖSG 2017 in Anhang 9 enthaltene RSG-Planungsmatrix getätigt:

² VMMHG = die in der Versorgungsmatrix des ÖSG 2017 verwendeten homogenen Obergruppen der MHG

- » KA-Typ (Standard-KA, Schwerpunkt-KA, Zentral-KA, Sonder-KA)
- » Betriebsformen und Anzahl von Spitalsambulanzen (Terminambulanzen, Akutambulanzen, 7/24-Ambulanzbetrieb)
- » Anzahl der ambulanten Betreuungsplätze für KJP bzw. PSY
- » Anzahl der PLAN-Betten (Normal- und Intensivpflege)
- » Anzahl der Leistungsstandorte entsprechend den Rubriken „RFZ/Versorgungsstellen/ÜRVP/Module/Spezialzentren“; die Planungsaussagen zur ÜRVP sind aus dem ÖSG 2017 übernommen.

4.2.4 Wesentliche Planungsergebnisse

Im Zuge der Erstellung des RSG NÖ 2025 – Teil 1 wurde eine Reihe richtungsweisender Festlegungen getroffen, die eine Verbesserung bereits bestehender Angebote oder aber auch die Schaffung neuer Angebote beinhalten:

- » Stärkung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung
- » Fokussierung auf abgestufte Versorgung
- » Ausbau der palliativen Versorgungsstruktur
- » Reduktion von Betten in ausgewählten Bereichen, in denen ein Trend zu kürzeren Belagsdauern bzw. tagesklinischer Leistungserbringung festgestellt wurde bzw. in denen ein Abbau von strukturellen Überkapazitäten sinnvollerweise erfolgen kann.
- » Sicherstellung und Ausbau wohnortnaher ambulanter PSY- bzw. KJP-Versorgung (Verlagerung vom stationären Bereich in das spitalsambulante Setting in Form ambulanter Betreuungsplätze) in allen fünf VR durch Einrichtung diesbezüglicher Strukturen in jenen VR, die derzeit noch über keine derartigen Angebote verfügen
- » Planungsaussagen zu den Betriebsformen der Spitalsambulanzen, wobei an jedem Standort mit Akutversorgungsfunktion eine ambulante 7/24-Versorgung im Sinne einer ZAE oder ersatzweise eine 7/24-Ambulanz im Fachbereich Innere Medizin oder Chirurgie vorgesehen ist. Zumindest an allen Standorten mit einer Vollabteilung für GGH, KIJU, IM, CH bzw. mit einer ORTR-Versorgung werden fachspezifische Akutambulanzen vorgehalten. In anderen Fachbereichen werden grundsätzlich Terminambulanzen vorgehalten. Es wird festgehalten, dass – sofern ärztliche Anwesenheit im Rahmen der stationären Versorgung vorhanden/notwendig ist – auch Akutpatientinnen/Akutpatienten ohne Terminvereinbarung (erst)versorgt werden.
- » Aufbau von Versorgungsstrukturen für geriatrische Patientinnen und Patienten schrittweise durch das Ausweisen von Planbetten mit geriatrischem Schwerpunkt im Fachbereich IM.

4.2.5 Abweichungen der Planungsempfehlungen von ÖSG-Planungsrichtwerten

Bettenmessziffern-Soll-Intervall

Weicht die Planungsempfehlung von der für die Einhaltung des Bettenmessziffern-Soll-Intervalls gemäß ÖSG 2017 erforderliche Bettenzahl ab, so steht dies vor allem mit den in NÖ häufig festzustellenden niedrigen quellbezogenen Eigenversorgungsquoten (EVQ) bzw. mit den an NÖ Akut-KA-Standorten tatsächlich versorgten Patientinnen und Patienten in Zusammenhang. Die quellbezogene Eigenversorgungsquote gibt Auskunft darüber, wie viel Prozent der stationären Patientinnen/Patienten mit Wohnsitz in Niederösterreich auch in NÖ Fondskrankenanstalten versorgt werden. Je niedriger diese Quote ist, umso mehr aus NÖ stammende Patientinnen/Patienten werden in anderen Bundesländern versorgt.

So liegt für die NÖ Wohnbevölkerung in der NCH eine niedrige EVQ vor, wobei weder aus medizinischen noch aus ökonomischen Überlegungen der Aufbau weiterer NCH-Strukturen in NÖ (für ein Erreichen des BMZ-Soll-Intervalls im ÖSG) sinnvoll wäre.

Für den Fachbereich INT ist die EVQ in Niederösterreich ebenfalls niedrig, zusätzlich ist die in den niederösterreichischen FKA erbrachte Versorgung vergleichsweise selten hochspezialisiert und dementsprechend durch einen insgesamt geringeren INT-Bedarf gekennzeichnet.

In den Fachbereichen KIJU und DER, die zusätzlich zur niedrigen Eigenversorgungsquote auch eine besonders niedrige Auslastung aufweisen, ist es weder aus medizinischen noch aus ökonomischen Überlegungen heraus sinnvoll oder erforderlich, die derzeit vorgehaltenen und nicht ausgelasteten Kapazitäten noch zusätzlich auszubauen, um die Untergrenze des ÖSG-BMZ-Soll-Intervalls zu erreichen. In der PSO-KJ findet sich die gleiche Situation (niedrige EVQ und niedrige Auslastung). Hier erscheint jedoch die Entwicklung in Richtung BMZmin des ÖSG sinnvoll. Zunächst sind jedoch die bestehenden Strukturen bestmöglich auszulasten (wodurch sich die EVQ entsprechend erhöhen würde), bevor ein weiterer Kapazitätsausbau zur Erreichung der BMZmin erfolgt.

In der KJP ist zwar ein Kapazitätsaufbau vorgesehen, allerdings nicht in Form zentralisierter, stationärer Strukturen, sondern durch die Errichtung insgesamt 50 zusätzlicher ambulanter Betreuungsplätze, verteilt auf alle fünf Versorgungsregionen. Dadurch erfolgt nicht nur ein Strukturaufbau, sondern auch eine Verbesserung der Versorgungssituation durch bessere räumliche Verteilung und somit auch bessere Zugänglichkeit des Angebots. Da es sich dabei um ein stationär ersetzendes ambulantes Angebot handelt, wird die fachbereichsspezifische Soll-BMZmin nicht erreicht. Diese ist allerdings gemäß ÖSG auch nur „bis zum Aufbau stationär ersetzender ambulanter Versorgungsstrukturen“ gültig (vgl. ÖSG 2017, S. 28, Fußnote 1) und daher bezüglich der erwähnten Planungsperspektiven für NÖ nicht zur Anwendung zu bringen.

Die Versorgung im Bereich Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) steht in Niederösterreich am Beginn des landesweiten Aufbaus, wobei die entsprechende Versorgung bis 2025 durch eine entsprechende Spezialisierung im Bereich der Innere Medizin realisiert wird.

4.3 Planung der Dialyseversorgung

4.3.1 Datengrundlagen

Nachstehende Datengrundlagen wurden für die Entwicklung von Planungsempfehlungen für die Dialyseversorgung herangezogen:

- » Demografische und epidemiologische Basisdaten 1980–2017 sowie Bevölkerungsprognose 2018–2076 (Statistik Austria, ÖROK)
- » Inanspruchnahmedaten gemäß Verordnung zur Dokumentation im ambulanten Bereich 2015–2016 (BMSGK, „ADok“)
- » Krankenanstalten–Kostenstellenstatistik 1994–2016 (BMSGK, „KDok“)
- » Jahresberichte des Österreichischen Dialyse- und Transplantationsregisters (ÖDTR) 2000–2015 (für 2016: vorläufige Daten)
- » Erreichbarkeit (Reisezeit) im Straßenindividualverkehr 2017/2018 (GeoMagis GmbH)
- » Erhebung in den DIA–Einheiten der NÖ Landeskliniken gemeinsam mit NÖGUS
- » Anzahl der PDia–Patienten wurden seitens der NÖGKK zur Verfügung gestellt

4.3.2 Planungsmethoden

Die Entwicklung der Planungsempfehlungen für die Dialyseversorgung in NÖ erfolgte pro Standort mit Angebot an chronischer Hämodialysebehandlung in aufeinander aufbauenden Schritten.

Schritt I: Analyse der IST–Versorgungssituation

Zu Beginn der Planungsarbeiten zur DIA–Versorgung wurde ein Überblick über die niederösterreichische Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten im Bereich der Nierenersatztherapie im Jahr 2016 erarbeitet. Dabei wurden die standortbezogene Vorhaltung von Plätzen zur chronischen Hämodialyseversorgung (jeweils inkl. Information zum Schichtbetrieb) in NÖ, die Auslastungssituation (anhand einer separaten Fragebogenerhebung), die anteilige Versorgung von Patientinnen/Patienten mit Wohnsitz NÖ mit Verfahren der Nierenersatztherapie (chronische Hämodialysebehandlung, Heimdialyseverfahren; Nierentransplantation) sowie die Patientenströme differenziert nach Hämodialyse- und Peritonealdialyseverfahren analysiert.

Schritt II: Bedarfsschätzung der Kapazitäten für Dialyseversorgung in NÖ 2025

In NÖ ist – wie auch österreichweit – gemäß den vorliegenden Trends eine Zunahme der entsprechenden Patientenklientel in Nierenersatztherapie (NET) zu erwarten. Die im Zuge der Arbeiten zum ÖSG 2017 erarbeiteten bundesländerspezifischen HDia-Platz-Richtwerte (2020) wurden im Rahmen der gegenständlichen Projektarbeiten aktualisiert (ergänzende Datenbasis für 2015 und 2016 verfügbar), weiters wurde der Planungshorizont auf 2025 erstreckt.

Für die Erarbeitung eines NÖ-spezifischen HDia-Platz-Richtwertes 2025 wurden nachstehende Parameter herangezogen:

- » Entwicklung der Anzahl von NET-Patientinnen und -Patienten (1993–2016)
- » Differenzierung der NET-Patientinnen und -Patienten nach Behandlungsform (Hämodialyse [HDia], Peritonealdialyse [PDia], Patienten mit funktionierendem Nierentransplantat [NTX])
- » Differenzierung der NET-Patientinnen und -Patienten nach Alterskategorien

Darauf aufbauend erfolgten eine Trendberechnung der Morbiditätsrate pro Einwohnerin/Einwohner für die einzelnen Altersklassen und eine Rückrechnung auf Absolutzahlen unter Heranziehung der demografischen Entwicklung bis 2025.

Auf Basis der prognostizierten Anzahl an NET-Patientinnen und -Patienten wurde nachfolgend der HDia-Platz-Richtwert für NÖ berechnet, und zwar unter

- » Heranziehung eines anzustrebenden 15-prozentigen PDia-Anteils am DIA-Geschehen,
- » Annahme eines 3-2-Schichtbetriebs (15 Schichten/Woche) und
- » Berücksichtigung des NTX-Anteils an NET (Mittelwert der letzten 5 Jahre).

Schritt III: Erstellung bedarfsgerechter Planungsempfehlungen 2025

In einem abschließenden Schritt wurden konkrete Planungsempfehlungen 2025 für die Dialyseversorgung in NÖ entwickelt. Dabei wurde für den Planungshorizont 2025 der per ÖSG 2017 festgehaltene Grundsatz „Ausbau vor Neubau“ (vgl. ÖSG 2017, Pkt. 2.2.4) berücksichtigt. Im Rahmen der Erarbeitung der Planungsempfehlungen für die Hämodialyseversorgung in NÖ wurden standortbezogene HDia-Platzanpassungen geprüft; für DIA-Einheiten, für die rechnerisch ein möglicher Rückbau von Hämodialyseplätzen ermittelt wurde, konnte eine Beibehaltung der aktuellen Kapazitäten empfohlen werden (keine Reduktion, die dem langjährigen Trend folgend langfristig ggf. wiederum einen Aufbau nach sich ziehen würde).

4.3.3 Inhalt der Planungsempfehlungen

Der RSG NÖ 2025 – Teil 1, Dialyseversorgung, enthält auf VR-Ebene sowie für NÖ gesamt für den Planungshorizont 2025 Planungsaussagen zu den vorzuhaltenden Plätzen für chronische Hämodialyseversorgung. Als Schichtbetrieb ist den Planungsvorgaben ein sogenannter 3-2-Schichtbetrieb (15 Schichten wöchentlich) unterlegt.

4.3.4 Wesentliche Planungsergebnisse

Für den Bereich der Dialyseversorgung lassen sich folgende Planungsergebnisse festhalten:

- » Der Bedarf an Hämodialysekapazitäten in NÖ wird für das Jahr 2025 mit 139 HDia-Plätzen ausgewiesen. Das sind 17 HDia-Plätze oder knapp 14 Prozent mehr als im Basisjahr 2016 (122 HDia-Plätze, teilweise mit höherem Schichtbetrieb).
- » Aufstockungen werden in den VR 31, 34 und 35 vorgesehen, während die Anzahl an HDia-Plätzen in den Dialyseeinheiten in den VR 32 und 33 konstant bleibt.

Wie erwähnt, wird den Berechnungen des HDia-Richtwertes gem. ÖSG unter anderem ein PDia-Anteil von 15 % am DIA-Geschehen unterlegt. Auch wenn NÖ einen im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlichen PDia-Anteil aufweist, ist der angestrebte Anteil von 15 % mit zuletzt knapp 12 % noch nicht erreicht.

4.4 Weitere Inhalte des RSG NÖ 2025 – Teil 1

Über die Planung des akutstationären Bereichs, des ambulanten Bereichs und der Dialyseversorgung hinaus sind gemäß § 5 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des ÖSG 2017 (ÖSG-VO 2018)³ weitere Bereiche in gemeinsamer Betrachtung von intra- und extramuralem Sektor im RSG zu regeln, wobei diese Regelungen im Rahmen des RSG NÖ 2025 – Teil 1 wie folgt festgelegt werden:

- » Medizinisch-technische Großgeräte (extra- und intramural) – Festlegungen zum Großgeräteplan: Regelung gemäß § 4 der ÖSG-VO bzw. gemäß Anlage 2 zur ÖSG-VO.
- » Stationäre und ambulante Rehabilitation für Erwachsene: Regelung gemäß § 2 der ÖSG-VO

Die Versorgungsbereiche der medizinisch-technischen Großgeräte, der Rehabilitation wie auch der ÜRVVP waren somit im Zuge der Arbeiten zum RSG NÖ 2025 – Teil 1 aus der ÖSG-VO zu übernehmen und daher auch nicht von den Planungsarbeiten umfasst.

4.5 Abstimmungsprozess

Die gemäß obiger Darstellung kalkulatorisch und idealtypisch ermittelten Planungsempfehlungen 2025 für den stationären und ambulanten Versorgungsbereich sowie für die Dialyseversorgung wurden den Auftraggebern für eine nachfolgende inhaltliche Diskussion und Abstimmung

³ https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/SpG/SPG_AT_OSG_V_20180710_1_2018/SPG_AT_OSG_V_20180710_1_2018.pdfsig

im Kernteam sowie im Projektlenkungsausschuss zur Verfügung gestellt. Neben diesen Abstimmungen wurde ergänzend ein eigens eingerichteter Projektbeirat über die Arbeiten informiert.

Projektgremien

Im Interesse einer laufenden Abstimmung zwischen den von der Planung sowie der Erreichung der Projektziele Betroffenen wurden folgende Projektgremien eingerichtet:

- » Projektlenkungsausschuss: Besetzung mit Vertreterinnen/Vertretern des NÖGUS , der Sozialversicherung (insbesondere der NÖ Krankenversicherungsträger).
Zielsetzung: Insbesondere Abklärung inhaltlicher und zeitlicher Aspekte bzw. projektbezogen zu beachtender Rahmenbedingungen. Dem Projektlenkungsausschuss wurde von der Auftragnehmerin bezüglich der Projektzwischenergebnisse berichtet, er hatte die Ergebnisse abzustimmen und abzunehmen.
- » „Kernteam“: Besetzung mit Vertreterinnen/Vertretern des NÖGUS bzw. des NÖGUS, der Sozialversicherung und der Auftragnehmerin.
Zielsetzung: Insbesondere Organisation erforderlicher Daten, Diskussion und vorbereitende Abstimmung der Ergebnisse (IST-Darstellung sowie Planungsempfehlungen) für den Projektlenkungsausschuss unter Begleitung durch die Auftragnehmerin.
- » Projektbeirat: Die Besetzung erfolgte neben den im Projektlenkungsausschuss vertretenen Mitgliedern durch Institutionen wie Ärztekammer für NÖ, Landes Zahnärztekammer für NÖ, Wirtschaftskammer NÖ, NÖ Landeskliniken-Holding, NÖ Patientenanwaltschaft, Amt der NÖ Landesregierung sowie BMASGK.
Zielsetzung: Die Einbeziehung der angeführten Institutionen hatte zum Ziel, die Arbeiten am RSG NÖ 2025 – Teil 1 bereits im Zuge der Erstellungsphase vorzustellen, die Herangehensweise inkl. Zeitplänen zu erläutern sowie Verständnisfragen abzuklären.

Die auf Basis der entwickelten Planungsempfehlungen und der erfolgten Diskussion und Abstimmung in den Projektgremien akkordierten Planungsvorgaben werden in der „RSG-Planungsmatrix“ (siehe nachfolgendes Kapitel) abgebildet.

5 RSG NÖ 2025 –Teil 1 – Planungsmatrix

In der nachstehenden RSG-Planungsmatrix für NÖ werden die Versorgungssituationen im ambulanten und akutstationären Versorgungsbereich sowie für Dialyse dargestellt. Für die weiteren oben beschriebenen aus dem ÖSG 2017 zu übernehmenden Inhalte erfolgt ein Verweis auf die ÖSG-Verordnung in der jeweils geltenden Fassung.

Die Bestandsanalyse der IST-Situation und die Planung der Angebotsstruktur in jeder Versorgungsregion oder auch in kleineren Planungsräumen sind Ausgangspunkte für die Zuordnung der Planungsgrößen zu einzelnen Anbieterstrukturen (bzw. Gruppen von Anbieterstrukturen) und in der Folge auch für die Summendarstellung für NÖ.

Die RSG-Planungsmatrix für NÖ weist Tabellen für folgende Ebenen aus:

- » Bundesland NÖ (eine Tabelle)
- » Versorgungsregionen (eine Tabelle pro VR)

Die Planungsgrößen beziehen sich dabei auf den IST-Stand gemäß Datenbasis 2016. Die Darstellung des SOLL-Standes betrifft den Planungshorizont 2025. Jene Teile, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, sind als solche gekennzeichnet.

Die Planwerte 2025 gelten im Bereich der PV-Einheiten als Minimumwerte und im Übrigen wie festgelegt.