

Methodenband zum ÖSG 2017

Ergänzende methodische
Erläuterungen zum ÖSG 2017
(i. d. F. Dezember 2020)

Impressum

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Stubenring 1, 1010 Wien

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Andreas Birner
Karin Eglau
Gerhard Fülöp
Stephan Mildschuh
Thomas Neruda
Petra Paretta
Florian Röthlin
Andreas Stoppacher
Manfred Willinger

Fachliche Begleitung durch die Arbeitsgruppe Gesundheitsplanung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

unter Leitung von Gerhard Embacher (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Gruppe VII/B)

Zitiervorschlag:

BMSGPK (2021): Methodenband zum ÖSG 2017. Ergänzende methodische Erläuterungen zum ÖSG 2017. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Erscheinungsdatum:

März 2021

Kurzfassung

Hintergrund

Der vorliegende Methodenband zum ÖSG 2017 in der Fassung nach der ÖSG-Wartung im Jahr 2020 ist der genaueren Erläuterung der Methoden gewidmet, die zur Ermittlung der ÖSG-Planungsrichtwerte zu den verschiedenen Versorgungsbereichen angewandt wurden. Der Methodenband wurde auch deswegen gemeinsam mit der Fertigstellung der ÖSG-Wartung 2020 konzipiert, weil die Weiterentwicklung der Planungs- und Finanzierungssysteme in den letzten Jahren die Komplexität der Planungs-/Modellierungsansätze tendenziell erhöht hat (z. B. infolge des spitalsambulanten LKF-Modells) und daher eine genauere Erläuterung der im ÖSG angewandten Methoden zur Planung bzw. Bedarfsschätzung erforderlich erscheint.

Methoden

Der Aufbau des Methodenbands orientiert sich an der Abfolge der Abschnitte zu den einzelnen Versorgungsbereichen im ÖSG 2017 selbst (Akutversorgung, ÖSG-Matrizen, überregionale Versorgungsplanung, Rehabilitationsbereich sowie medizinisch-technische Großgeräte). Ausgehend von einer Übersicht über die Grundlagen und Komponenten des ÖSG (Datengrundlagen, Modellierungen, ÖSG-Matrizen, Planungsrichtwerte) bzw. über die Zusammenhänge zwischen diesen Elementen, werden die angewandten Methoden samt entsprechender inhaltlicher Begründung für jeden Versorgungsbereich im Sinne des ÖSG detailliert erläutert.

Ergebnisse

Planungsmethoden erfassen zunehmend den ambulanten und stationären Bereich gemeinsam. Diese fortschreitende planerische Engführung der beiden Bereiche erhöht die Komplexität der Planungsmethoden und Planungsrichtwerte (insbesondere im Bereich der Akutkrankenanstalten bzw. infolge der Einführung des spitalsambulanten LKF-Modells) und erfordert somit präzise Erläuterungen zu den Hintergründen und zur Anwendung. Der vorliegende (erste) Methodenband zum ÖSG soll diesen Bedarf abdecken und in den nächsten Jahren entsprechend der Weiterentwicklung der Strukturplanung analog dieser kontinuierlich optimiert werden.

Der Methodenband bietet zudem auch Hinweise für Anwender/-innen der Planungsrichtwerte zur praktischen Umsetzung.

Schlüsselwörter

Gesundheitsplanung, Strukturplanung, Planungsrichtwerte, Methoden, Simulationsmodelle

Inhalt

Kurzfassung.....	III
Abbildungen und Tabellen.....	VI
Abkürzungen.....	VII
1 Einleitung	1
2 Planungsgrundlagen Akutversorgung.....	5
2.1 Planungsrichtwerte zum ambulanten Bereich.....	9
2.2 Planungsmodell für den intramuralen Bereich.....	12
2.3 Planungsrichtwerte zum akutstationären Bereich inklusive des tagesklinischen und tagesambulanten Bereichs.....	15
3 Planungsgrundlagenmatrix	18
4 Versorgungsmatrix	21
5 Überregionale Versorgungsplanung (ÜRVP)	22
6 Planungsgrundlagen Rehabilitationsbereich	24
6.1 Planungsrichtwerte Rehabilitation stationär	26
6.2 Planungsrichtwerte Rehabilitation ambulant	26
6.3 Anwendung der Planungsrichtwerte zur Bedarfsermittlung	27
7 Großgeräteplanung.....	29
Anhang	33

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2.1: Verschiebungswirkung durch Einführung LKF ambulant.....	6
Abbildung 2.2: Auswirkungen der Verlagerungen vom akutstationären in den ambulanten Bereich auf die Strukturgrößen in den Funktionsbereichen.....	7
Abbildung 2.3: Übersicht über das vereinheitlichte integrative Planungsmodell (VIP) sowie über dessen Zusammenhänge mit den Instrumenten der intramuralen Versorgungsplanung des ÖSG (Versorgungsmatrix, Planungsgrundlagenmatrix, akutstationäre Planungsrichtwerte).....	14
Abbildung 2.4: Entwicklung der Planungsrichtwerte für den intramuralen bzw. akutstationären Bereich vor, während und nach Einführung des LKF-Modells ambulant	17

Tabellen

Tabelle 1.1: Grundlagen und Komponenten des ÖSG 2017 i. d. F. nach ÖSG-Wartung 2020 nach ÖSG-Versorgungsbereichen – Übersicht.....	3
Tabelle 4.1: VMMHG – Neustrukturierung aufgrund der Aufnahme ambulanter MEL-Gruppen sowie ambulanter Pauschalgruppen in die Versorgungsmatrix	20
Tabelle 4.2: Erläuterungen für ausgewählte VMMHG der Versorgungsmatrix.....	21
Tabelle 5.1: ÜRVP-Bereiche mit ausgewiesenen Planungszahlen zum spezifischen Bettenbedarf zum Planungshorizont	22
Tabelle 5.2: Kriterien der Zuordnung in der DLD dokumentierter Aufenthalte/Belagstage zu ÜRVP-Bereichen.....	23

Abkürzungen

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
ABT	Abteilung (in einer KA)
AEEG	Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen im Rehabilitationsbereich
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
ambBP	ambulanter Betreuungsplatz
ambTP	ambulanter Therapieplatz
AMG	ambulante MEL-Gruppen
APG	ambulante Pauschalgruppen
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BÄ	Bettenäquivalent
BD	Bundesdurchschnitt
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMZ	Bettenmessziffer
BMZvs	Bettenmessziffer vollstationär
BRA	Schwerbrandverletztenversorgung
BSR	Bewegungs-/Stützapparat bzw. Rheumatologie
BV	Basisversorgung gemäß LM-stat
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
dBD	durchschnittliche Belagsdauer
DEP	Department
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
dTK	dislozierte Tagesklinik
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
dWK	dislozierte Wochenklinik
EW	Einwohnerinnen/Einwohner
EZ	Expertisezentrum (für seltene Erkrankungen)
FC	Funktionscode
FKA	landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt
FSP	Fachschwerpunkt
GCHZ	Gefäßchirurgisches Zentrum
GGP	Großgeräteplan
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HCH	Herzchirurgie
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
ICD-10	International Classification of Diseases, 10 th Revision
INT	Intensivüberwachungs- und -behandlungseinheiten
i. V. m.	in Verbindung mit
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KARS	kardiologischer Schwerpunkt

KARZ	Kardiologisches Zentrum
KHCH	Herzchirurgie für Kinder und Jugendliche
KJONK	Pädiatrische Onkologie
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KMZ	Kapazitätsmessziffer
LAB	medizinische und chemische Labordiagnostik
LGF	Landesgesundheitsfonds
LKF	leistungsorientierte KA-Finanzierung
LM-amb	Leistungsmatrix ambulant
LM-stat	Leistungsmatrix stationär
LYMPH	Spezialbereich Lymphologie (Rehabilitationsindikationsgruppe)
L-ZK	Landes-Zielsteuerungskommission
MEL	medizinische Einzelleistung gemäß LKF-Modell
MFL	Mindestfrequenz (Leistungen/Leistungserbringer)
MFS	Mindestfallzahl pro Standort (Leistungen/KA-Standort)
MHG	MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell
MPV	multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich
NCHa	Neurochirurgie akut
NEU	zentrales und peripheres Nervensystem (Rehabilitationsindikationsgruppe)
NTA	Nulltagesaufenthalte
NUK	Nuklearmedizin
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ONK	onkologische Rehabilitation (Rehabilitationsindikationsgruppe)
ÖoW	Österreich ohne Wien
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ORTR	Orthopädie und Traumatologie
QR	Quellregion
PAL	Palliativmedizin
PAT	Pathologie
PM	Planungsgrundlagenmatrix (ÖSG), Planungsmatrix (RSG)
PMR	Physikalische Medizin und Rehabilitation
PMZ	Platzmessziffer
PRW	Planungsrichtwert
PSO	Psychosomatik
PSY	Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin; Psychiatrische Rehabilitation
PUL	Atmungsorgane (Rehabilitationsindikationsgruppe)
RAD	Radiologie
RFZ	Referenzzentrum
RIG	Rehabilitationsindikationsgruppe
RNS	Remobilisation/Nachsorge
ROF	reduzierte Organisationsform
RP	Rehabilitationsplan
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit

RV	Rehabilitationsverfahren
RZ	Rehabilitationszentrum
S	Entlassungsart „Sterbefall“
SAN	Sanatorium
SE	seltene Erkrankungen
SKA	Sonderkrankenanstalt
SQK	Strukturqualitätskriterien
STV	Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (Rehabilitationsindikationsgruppe)
SV	Sozialversicherung
SZT	Stammzelltransplantation
T	Entlassungsart „Transfer“
tats.	tatsächlich
TK	Tagesklinik
TKA	Tagesklinikaufenthalt
TKP	Tagesklinikplätze
TXC	Transplantationschirurgie
UC	Unfallchirurgie
UCNC	Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (RIG)
ÜRVP	überregionale Versorgungsplanung
UKH	Unfallkrankenhaus
VD	Versorgungsdichte
VIP	vereinheitlichtes integriertes Planungsmodell
VM	Versorgungsmatrix
VMMHG	Obergruppen der MHG in der Versorgungsmatrix
VO	Verordnung
VR	Versorgungsregion
VZ	Versorgungszone
VZÄ	Vollzeitäquivalent
ZAE	zentrale ambulante Erstversorgung
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit

1 Einleitung

Der vorliegende Methodenband zum ÖSG 2017 in der Fassung nach der ÖSG-Wartung im Jahr 2020 ist der genaueren Erläuterung der Methoden gewidmet, die zur Ermittlung der ÖSG-Planungsrichtwerte zu den verschiedenen Versorgungsbereichen angewandt wurden und bietet außerdem für Anwender/-innen der Planungsrichtwerte Hinweise zur praktischen Umsetzung (z. B. bei der Erstellung von RSG oder bei Bedarfsprüfungen, insbesondere im Rehabilitationsbereich).

Hintergrund, Zielsetzungen und Aufbau des Methodenbands

Der Methodenband wurde auch deswegen gemeinsam mit der Fertigstellung der ÖSG-Wartung 2020 konzipiert, weil die Weiterentwicklung der Planungs- und Finanzierungssysteme in den letzten Jahren die Komplexität der Planungs-/Modellierungsansätze tendenziell erhöht hat (z. B. infolge des spitalsambulanten LKF-Modells) und daher eine genauere Erläuterung der im ÖSG angewandten Methoden zur Planung bzw. Bedarfsschätzung erforderlich erscheint. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die mit den hier beschriebenen Methoden erstellten Planungsrichtwerte und -instrumente den Arbeitsgremien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) vorgelegt werden. Dort werden sie zunächst geprüft, bewertet, konsensualisiert und gegebenenfalls angepasst, bevor sie von der Bundeszielsteuerungskommission beschlossen und in den ÖSG übernommen werden.

Der Aufbau des Methodenbands orientiert sich an der Abfolge der Abschnitte zu den einzelnen Versorgungsbereichen im ÖSG 2017 selbst:

- » Methoden und Planungsrichtwerte im Bereich der **Akutversorgung** (gesamte ambulante Versorgung bzw. akutstationäre inkl. tagesklinischer/tagesambulanter Versorgung; vgl. Kap. 2).
- » Erläuterungen zu den v. a. für die Akutversorgung relevanten **ÖSG-Matrizen** (Planungsgrundlagenmatrix zur umfassenden Darstellung der Ist-Situation für alle Versorgungsbereiche sowie Versorgungsmatrix zur regionalisierten Darstellung von Ist und Soll im Rahmen der regionalen ÖSG-Leistungsmengen-Rahmenplanung im intramuralen Bereich; vgl. Kap. 3 und 4).
- » Erläuterungen zur **überregionalen Versorgungsplanung** (ÜRVP, betreffend hochkomplexe, überregional abstimmungsbedürftige akutstationäre Leistungen; vgl. Kap. 5)
- » Erläuterungen zum Bereich der stationären und der ambulanten **Rehabilitation** der Phase II sowie zur Planung im Bereich medizinisch-technischer **Großgeräte** (vgl. Kap. 6 und 7)

Der ÖSG basiert auf detaillierten, für jeden vom ÖSG umfassten Versorgungsbereich speziell aufbereiteten Datengrundlagen, die für die Modellierung des derzeitigen und künftigen Bedarfs in diesen Versorgungsbereichen eingesetzt werden. Der aktuelle Ist-Stand wird in überblicksartiger Form über alle Versorgungsbereiche gemäß Art. 4 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens hinweg in der Planungsgrundlagenmatrix dargestellt (medizinisch-technische Großgeräte gemäß Art. 5 Abs. 10 und 11 der o. e. Vereinbarung werden im Ist-Stand und auch im Soll-Stand separat im Großgeräteplan [GGP] dargestellt). Die Bedarfsschätzung für den aktuellen Planungshorizont 2025 erfolgt in Form von – zunehmend den stationären und den ambulanten Bereich gemeinsam erfassenden – Simulations-/Planungsmodellen auf Basis der o. e. Datengrundlagen (vgl. Tabelle 1.1, grau markierte Rubriken).

Deren Ergebnisse werden in Matrizen (Planungsgrundlagenmatrix und Versorgungsmatrix auf Bundesebene, RSG-Planungsmatrix zur Konkretisierung der Planungsfestlegungen auf Landesebene) sowie in Form von Planungsrichtwerten dargestellt.

Grundlagen und Komponenten der integrativen Gesamtkonzeption des ÖSG – Überblick

Entsprechend der integrativen Gesamtkonzeption des ÖSG sind mehrere der o. e. Elemente zunehmend sektorenübergreifend angelegt, wobei entsprechende Überlappungen bzw. Abhängigkeiten zwischen diesen Elementen in einer Übersicht über die nachfolgend stichwortartig erklärten Grundlagen und Komponenten des ÖSG erkennbar werden (vgl. nachfolgende Tabelle 1.1):

- » **Datengrundlagen:** Diagnosen- und Leistungsdokumentation für den stationären und ambulanten Bereich (XDok) sowie Krankenanstaltenstatistik für den intramuralen Bereich als zentrale und mehrere Versorgungsbereiche (inkl. stationärer Rehabilitation) umfassende Datengrundlagen; ergänzt durch Daten der SV zum gesamten ambulanten Bereich (Regiomed) und zum „Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehen“ im stationären und ambulanten Rehabilitationsbereich sowie durch GÖG-eigene Erhebungen und weitere spezielle Datenquellen für die Bereiche „extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung“ und „Alten-/Langzeitversorgung“.
- » **Modellierung/Bedarfsschätzung:** Zentrale Rollen des Simulations-/Planungsmodells für den akutstationären inkl. des tagesklinischen/tagesambulanten bzw. des spitalsambulanten Bereichs („vereinheitlichtes integriertes Planungsmodell“ [VIP]) sowie des Bandbreitenmodells für den gesamten ambulanten Bereich auf Basis von Regiomed; Abstimmung der Planungsaussagen zum spitalsambulanten Bereich zwischen diesen beiden Modellen unter Berücksichtigung des spitalsambulanten LKF-Modells (vgl. Pfeilsymbol in Abb. 1); spezielles Simulations-/Planungsmodell mit gemeinsamer Konzeption für den stationären und ambulanten Rehabilitationsbereich der Phase II; geräteartspezifisches Bandbreitenmodell zum GGP.
- » **ÖSG-Matrizen:** Planungsgrundlagenmatrix zur integrativen Abbildung des Ist-Standes über alle Versorgungsbereiche hinweg auf Ebene der 32 Versorgungsregionen und der Bundesländer; Versorgungsmatrix zur regionalen Soll-Leistungsmengen-Rahmenplanung auf Ebene der 32 ÖSG-Versorgungsregionen sowie der Bundesländer für den akutstationären und tagesklinischen bzw. tagesambulanten/spitalsambulanten Bereich (auf Basis von mit Expertinnen/Experten abgestimmten Modellrechnungen im o. e. Planungsmodell VIP); Leistungsmatrizen für den stationären und ambulanten Bereich zur Festlegung von Mindestkriterien der Strukturqualität (in bestimmten Bereichen auch von Mindestmengen pro Jahr/Standort); Struktur der „RSG-Planungsmatrix“, die einheitlich von allen Bundesländern zur Konkretisierung der Planungsfestlegungen pro Region bzw. pro Leistungserbringerstandort anzuwenden ist.
- » **Planungsrichtwerte:** Planungsrichtwerte zur Erreichbarkeit und zur Versorgungsdichte im gesamten ambulanten Bereich pro Fachbereich bzw. zur Betten- und Platzmessziffer pro Fachbereich im intramuralen Akutbereich sowie zu „Mindestgrößen“ in beiden Bereichen; Planungsrichtwerte im Sinne von Soll-Vorgaben zur stationären und ambulanten Rehabilitation der Phase II (regionalisierte Soll-Zielgrößen 2025) sowie zum GGP (Soll-Intervalle).

Tabelle 1.1:

Grundlagen und Komponenten des ÖSG 2017 i. d. F. nach ÖSG-Wartung 2020 nach ÖSG-Versorgungsbereichen – Übersicht

ÖSG-Versorgungsbereich	Datengrundlagen*****)	Modellierung/ Bedarfsschätzung	ÖSG-Matrizen	Planungsrichtwerte
ambulanter Bereich*)	Diagnosen- und Leistungsdokumentation XDok (BMSGPK); KA-Statistik (BMSGPK); Regiomed (DVSU)	Bandbreitenmodell (+/-30 % um BDoW); Korrektur im spitalsambulanten Bereich (ambulantes LKF-Modell)	Planungsgrundlagen-Matrix (PM); Leistungsmatrix ambulant; RSG-Planungsmatrix (RSG-PM)	PRW für den gesamten ambulanten Bereich*) pro Fachbereich (Erreichbarkeit, Versorgungsdichte-Soll-Intervalle, Mindest-Einwohnerzahl)
akutstationärer Bereich**)	Diagnosen- und Leistungsdokumentation XDok (BMSGPK); KA-Statistik (BMSGPK); GÖG-Expertengruppen zu fachspezifisch primär relevanten MHCs	Simulations-/Planungsmodell akutstationärer Bereich (vereinheitlichtes integriertes Planungsmodell [VIP])	Planungsgrundlagen-Matrix (PM); Leistungsmatrix stationär; Versorgungsmatrix (VM); RSG-Planungsmatrix (RSG-PM)	PRW für den akutstationären Bereich**) pro Fachbereich (Erreichbarkeit, BMZ-Soll-Intervalle, Mindestbettenzahl)
Rehabilitationsbereich / Phase II***)	Diagnosen- und Leistungsdokumentation XDok (BMSGPK); KA-Statistik (BMSGPK); Inanspruchnahme (PVA); AEEG*****) (DVSU); Rehabilitationsevidenz (GÖG)	Simulations-/Planungsmodell Rehabilitationsbereich	Planungsgrundlagen-Matrix (PM); RSG-Planungsmatrix (RSG-PM)	PRW für den stationären (Erwachsene bzw. Kiju) und ambulanten (Erwachsene) Rehabilitationsbereich pro RIG (Bedarf Betten und ambulante RV)
medizinisch-technische Großgeräte (GGP)	KA-Statistik (BMSGPK); Großgeräteevidenz (GÖG); Diagnosen- und Leistungsdokumentation XDok (BMSGPK)	geräteartspezifisches Bandbreitenmodell (unter Berücksichtigung der medizinisch-technischen Entwicklung)	Großgeräteplan (GGP; ÖSG-Anhang 10; Festlegungen zum GGP in Kap. 4.4 und ÖSG-VO); RSG-Planungsmatrix (RSG-PM)	PRW für Großgeräte pro Gerätegruppe (Erreichbarkeit, Kapazitätsdichte-Soll-Intervalle)
extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung	GÖG-eigene Erhebungen; Psychotherapeutenliste (BMSGPK); Liste der Klinischen Psychologinnen/Psychologen (BMSGPK); Ärzteliste/PSY-III-Diplome (ÖÄK)	—	Planungsgrundlagen-Matrix (PM)	—
Alten-/Langzeitversorgung	Pflegedienstleistungsstatistik (Statistik Austria); GÖG-eigene Erhebungen (bis 2014)	—	Planungsgrundlagen-Matrix (PM)	—

Legende:

■ integrative Modellierung (zunehmend sowohl den stationären wie auch den ambulanten Bereich umfassende Modellierungsansätze)

*) inkl. niedergelassener Ärztinnen/Ärzte, selbstständiger Ambulatorien, Spitalsambulanzen

**) inkl. des tagesklinischen Bereichs mit TKP und des tagesambulanten Bereichs mit ambBP; inkl. Bereich der überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP)

***) inkl. stationärer Rehabilitation für Erwachsene bzw. für Kinder/Jugendliche sowie ambulanter Rehabilitation der Phase II für Erwachsene

*****) AEEG = Dokumentation des Antrags-, Erledigungs- und Einweisungsgeschehens pro SV-Träger und RIG im stationären und ambulanten Rehabilitationsbereich

*****) grundsätzlich für alle Versorgungsbereiche von Relevanz: Bevölkerungsstatistik 2018; Bevölkerungsprognose 2019–2076 (Statistik Austria, ÖROK)

Korrektur/Abstimmung zur Berücksichtigung der Auswirkungen des spitalsambulanten LKF-Modells

Quelle: BMSGPK – ÖSG 2017 i.d.F. nach ÖSG-Wartung 2020; GÖG – eigener Entwurf

Anpassungen des ÖSG, der ÖSG VO und des Methodenbands zum ÖSG

Änderungen zu den Inhalten des ÖSG bzw. der ÖSG VO erfolgen in der Regel einmal jährlich nach einem von der B-ZK festgelegten Prozedere bzw. Zeitplan, wobei die inhaltliche Diskussion solcher Änderungen in den Arbeitsgremien grundsätzlich kontinuierlich über das gesamte Jahr hinweg erfolgt.

Dieser „jährliche Aktualisierungszyklus“ beginnt und endet mit der Diskussion von Änderungshinweisen bzw. -erfordernissen durch die Zielsteuerungs-Partner bzw. aus den Begutachtungsverfahren in den dafür zuständigen ZS-G-Gremien. Die dazu von den befassten Gremien erarbeiteten Empfehlungen werden an den StKA bzw. an die B-ZK zur Beschlussfassung bezüglich Änderungen des ÖSG bzw. der ÖSG VO weitergeleitet (Erledigung bis zur Jahresmitte) und schließlich durch die Publikation des ÖSG sowie durch die Erlassung der Novelle zur ÖSG VO nach entsprechender Begutachtung abgeschlossen (Erledigung bis Oktober des Jahres). In begründeten Ausnahmefällen werden Anpassungen des ÖSG auch abweichend von diesem Zeitplan durchgeführt, die ÖSG VO wird aus Gründen der Rechtssicherheit allerdings höchstens einmal jährlich geändert.

Im Rahmen des o.e. „jährlichen Aktualisierungszyklus“ wird pro futuro auch der **Methodenband** zum ÖSG auf Kompatibilität mit den Neuerungen im ÖSG geprüft und im Fall methodischer Änderungen ebenfalls aktualisiert.

2 Planungsgrundlagen Akutversorgung

Grundlagen zu ÖSG 2017 i.d.F. Dezember 2020, Kapitel 2.2.2 und 2.2.3

Als Planungsgrundlage für den ÖSG werden grundsätzlich Routinedaten aus unterschiedlichen Datenquellen herangezogen (vgl. Tabelle 1.1). Dabei sind die mit dem LKF-Modell generierten Daten für Akut-Krankenanstalten (bis 2017 nur für den stationären Bereich anzuwenden) von besonderer Bedeutung.

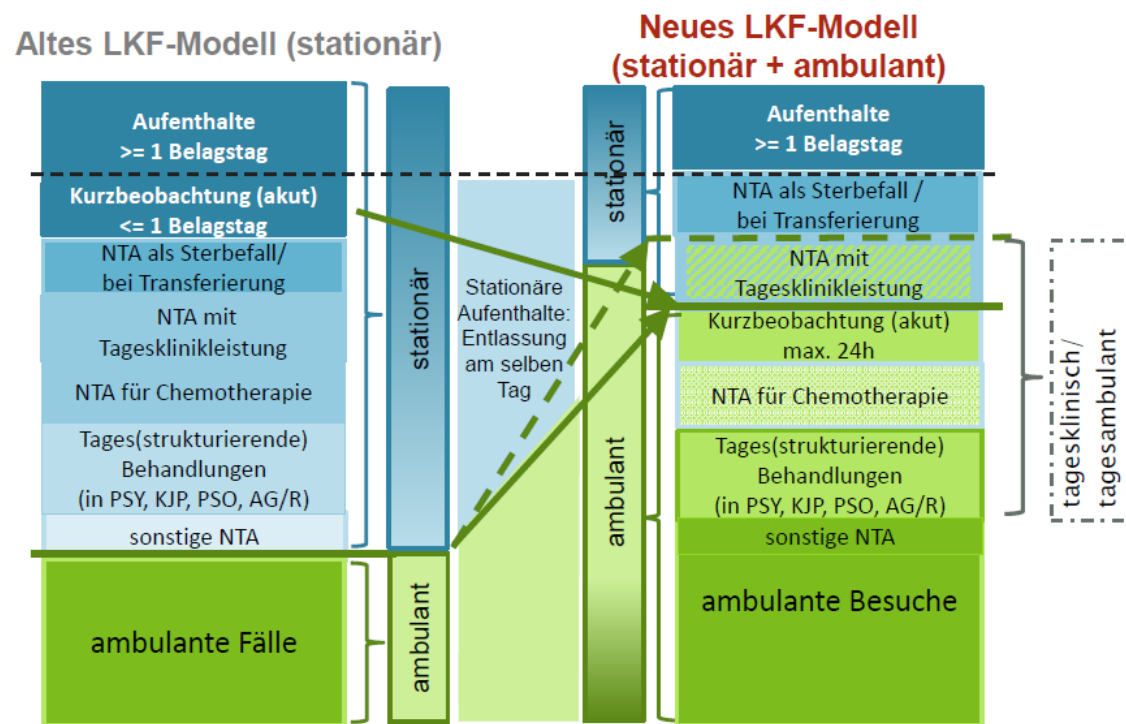
Die Einführung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells wurde als Abrechnungsmodell „LKF ambulant“ während einer Übergangsfrist 2017–2019 in den Bundesländern in unterschiedlicher Weise gestaltet bzw. umgesetzt. So hat z. B. Kärnten das Modell bereits 2017 vollständig eingeführt, manche Bundesländer haben es stufenweise etabliert. Wiederum andere Bundesländer führten das Modell im Jahr 2018 ein (z. B. Wien), in den meisten Fällen erst im Jahr 2019.

Jede Abrechnungsmöglichkeit nimmt Einfluss auf die Leistungserbringung und deren administrative Abwicklung. Obwohl für die „Ambulantisierung“ von Behandlungen vormals im Rahmen von Null- und Eintagesaufenthalten auch abrechnungstechnische Anreize im LKF-Modell gesetzt wurden, werden die Möglichkeiten der Verlagerung vom stationären in den spitalsambulanten Bereich in den Bundesländern in sehr unterschiedlichem Ausmaß genutzt (Ausnahmen: Tagesbehandlungen in PSY, KJP, PSO und AG/R, diese wurden vormals im sogenannten halbstationären Bereich erbracht und sind nunmehr ausschließlich als ambulant definiert).

Aufgrund der Möglichkeit, dieselben Leistungen sowohl im spitalsambulanten als auch im stationären Bereich zu erbringen bzw. abzurechnen, müssen beide Bereiche in den Blick genommen werden, um einen Überblick über das gesamte Leistungsgeschehen zu erhalten. Für die Planung ausreichender Kapazitäten zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung bedarf es daher einer Gleichbehandlung der Leistungserbringung, unabhängig davon, ob diese im spitalsambulanten oder aber weiterhin im stationären Bereich erfolgt.

Zielsetzung ist, medizinisch nichtindizierte stationäre Aufenthalte weitgehend zu vermeiden und die Behandlungserfordernisse so weit wie möglich im (spitals)ambulanten Bereich abzudecken. Das Verlagerungspotenzial kann anhand der Abbildung 2.1 dargestellt werden.

Abbildung 2.1:
Verschiebungswirkung durch Einführung LKF ambulant



Quelle: GÖG-eigene Darstellung (in Anlehnung an SOLVE Consulting)

Mit Umstellung des LKF-Modells ab 2017 auf österreichweit einheitliche LKF-technische Abrechenbarkeit von Behandlungen ergänzend zum stationären Bereich (in Abb.1 blau markiert) auch im ambulanten Bereich (in Abb. 1 grün markiert), wurden Anreize gesetzt, viele vormals v. a. im Rahmen von Nulltagesaufenthalten (NTA) erbrachten Leistungen nun (auch) im Rahmen ambulanter Besuche durchzuführen. Für jene mehrstündigen Leistungen, die „stationärerersetzend“ im ambulanten durchgeführt werden können und einem der vier im ÖSG Anhang 2 definierten Versorgungsbereiche zuzurechnen sind (zusammengefasst unter „tagesklinische bzw. tagesambulante Versorgung“) ist zu erwarten, dass sie zukünftig vermehrt im ambulanten Bereich erbracht werden. Tages(strukturierende) Behandlungen sind nach der neuen LKF-Systematik nur mehr dem ambulanten Bereich zugeordnet. Die Behandlungen im Rahmen von ehemaligen „sonstigen Nulltagesaufenthalten“ werden im Zuge der Ambulantisierung dem nicht weiter differenzierten ambulanten Bereich zugerechnet. Zusätzlich können auch Kurzbeobachtungen (vormals nach stationärer Aufnahme mit einem Belagstag) ab Einführung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells für AkutpatientInnen bis zu max. 24 Stunden auch in dafür vorgesehenen ambulanten Erstversorgungseinheiten (ohne Erfordernis einer stationären Aufnahme) erfolgen.

Durch diese zunächst im intramuralen Bereich zu erwartenden quantitativen Verschiebungen entstehen neue Verhältnisse zwischen dem akutstationären und dem spitalsambulanten Bereich, die in den Prognosen und in den Planungsrichtwerten zu berücksichtigen sind.

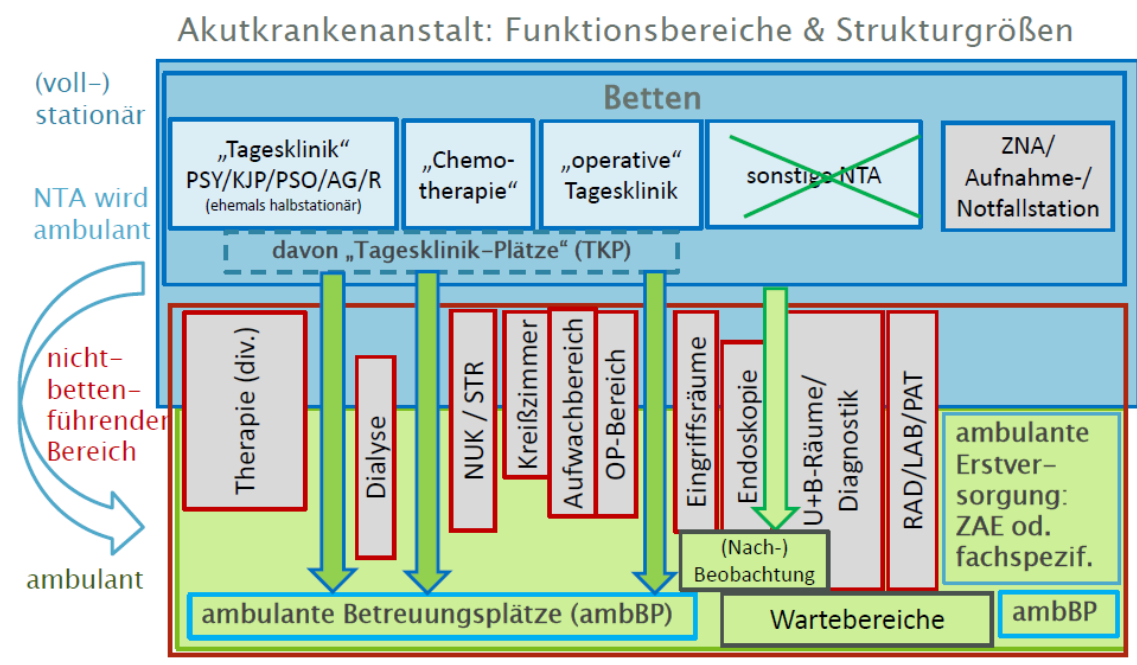
In das Verlagerungspotenzial wurden auch die im Katalog der tagesklinisch abrechenbaren Leistungen gemäß LKF-Modell angeführten „Tagesklinik-Leistungen“ integriert (vgl. Abb. 2.1, linke Säule). Das Ambulantisierungspotenzial wird durch Einbeziehung von ambulant erbringbaren Tagesklinikleistungen (gefördert ab dem LKF-Modell 2020 mit gleicher LKF-Bepunktung unabhängig davon, ob im stationären oder ambulanten Bereich erbracht) insgesamt deutlich erhöht (vgl. Abb. 2.1, strichlierte Linie).

Für potenziell verlagerbare Leistungen besteht jedoch – mit Ausnahme der o. a. Tagesbehandlungen im vormals „halbstationären Bereich“ – weiterhin eine Aufnahmemöglichkeit, um den v. a. medizinischen Erfordernissen jeweils patientenbezogen zu entsprechen. Es ist zu erwarten, dass – auch aus Gründen der Akzeptanz durch alle Betroffenen – die Umstellung auf die ambulante Durchführung vormals im akutstationären Bereich erbrachter Leistungen nicht überall kurzfristig erfolgen wird, sondern sukzessive eingeführt wird, sodass die gewünschte Wirkung zumindest mittelfristig (bis 2025) erzielt werden kann. Unabhängig von der administrativen Zuordnung der Leistungserbringung (ambulant bzw. akutstationär) sind daher für den Überlappungsbereich „tagesklinisch/tagesambulant“ dieselben Planungsansätze zu wählen.

Der Überlappungsbereich wird als „tagesklinischer/tagesambulanter“ Bereich für die Ermittlung der Planungsrichtwerte gesondert betrachtet, für den auch sogenannte ambulante Betreuungsplätze (ambBP) vorgesehen sind, die auch in der Kapazitätsplanung berücksichtigt werden.

Abbildung 2.2:

Auswirkungen der Verlagerungen vom akutstationären in den ambulanten Bereich auf die Strukturgrößen in den Funktionsbereichen



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Die nicht-bettenführenden Funktionsbereiche in einer Krankenanstalt (in Abb. 2.2 rot gerahmt stehen für div. Behandlungen organisatorisch sowohl dem stationären Bereich (vgl. Abb. 2.2; blaue Fläche) als auch dem ambulanten Bereich (vgl. Abb. 2.2; grüne Fläche) zur Verfügung.

Durch Verlagerung von Nulltagesaufenthalten (NTA) mit "stationärerersetzender" Leistungserbringung in den tagesambulantem Bereich, werden anstatt *Tagesklinikplätze als Teil der Betten* (für Pflege während stationärem Aufenthalt) nun *ambulante Betreuungsplätze* (für Patientenbetreuung während ambulantem Besuch) als Strukturgrößen planungsrelevant (vgl. Abb. 2.2; s. blau gerahmte Pfeile).

Für bereits vor Einführung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells ambulant erbringbare Behandlungen (zum Teil mit Verwendung von Funktionsplätzen z. B. für Aufwachphase nach Sedierung bzw. allfällige Nachbeobachtung) sind keine ambulanten Betreuungsplätze vorgesehen – auch dann nicht, wenn diese in manchen KA zuvor im Rahmen „sonstiger Nulltagesaufenthalte“ stationär erbracht wurden und dafür Tagesklinikplätze genutzt wurden (vgl. Abb. 2.2; s. grün gerahmter Pfeil).

Diese Neuerungen haben Konsequenzen für die Ermittlung der Planungsrichtwerte sowohl im intramuralen Bereich (durch Verschiebungen von Kapazitäten im vollstationären und tagesklinischen zum tagesambulantem bzw. spitalsambulantem Bereich) als auch für den gesamten ambulanten Bereich, der sich aus dem (weitgehend unveränderten) extramuralen und dem (sich durch die „Ambulantisierungseffekte“ stark verändernden) spitalsambulantem Bereich zusammensetzt. Die mit der „ambulantisierten“, vormals im stationären Bereich erfolgten Leistungserbringung verbundenen und verlagerten Arztkapazitäten in den spitalsambulantem Bereich sind daher auch zusätzlich in den Planungsrichtwerten für den ambulanten Bereich zu berücksichtigen und erhöhen diese entsprechend (vgl. auch Pfeilsymbol in o. s. Abb. 2.1).

Nachfolgend werden die methodischen Schritte der Herleitung der Planungsrichtwerte unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Situation und der entsprechend veränderten Datenlage beschrieben.

2.1 Planungsrichtwerte zum ambulanten Bereich

Grundlagen zu ÖSG 2017 i.d.F. Dezember 2020, Kapitel 2.2.2

Ermittlung der Planungsrichtwerte zum gesamten ambulanten Bereich pro Fachrichtung/ Fachbereich

Schritt 1: Ermittlung der aktuellen Versorgungsdichte (VD 2018 = $\ddot{A}AVE/100.000$ EW) pro Fachrichtung/Fachbereich für Österreich ohne Wien (ÖoW)¹ anhand der Datengrundlagen aus Regio-med 2018.

Schritt 2: Aus dieser – mit Ausnahme von Wien – „bundesweiten“ Versorgungsdichte pro Fachrichtung/Fachbereich werden auf Basis der für das Jahr 2025 prognostizierten Einwohneranzahl und der Indikatoren für ÖoW die sich **ergebenden $\ddot{A}AVE$ für das Jahr 2025** ermittelt ($\ddot{A}AVE\ 2025 = VD\ 2018 \times \text{ÖoW-Einwohner}\ 2025 / 100.000$).

Schritt 3: Zu diesen **$\ddot{A}AVE\ 2025$** werden pro Fachrichtung/Fachbereich die sich aus der Umlagerung aus dem stationären in den spitalsambulanten Bereich ergebenden **zusätzlichen spitalsambulanten $\ddot{A}AVE$** addiert (zur Berechnungsmethode siehe Methodenbeschreibung unten).

Schritt 4: Mit den in Schritt 3 berechneten $\ddot{A}AVE\ 2025$ (also inkl. in den spitalsambulanten Bereich umgelagerter $\ddot{A}AVE$) wird mit der für das Jahr 2025 prognostizierten Bevölkerungszahl für ÖoW ein **neuer Mittelwert zum Planungsrichtwerte-Intervall 2025** ($\ddot{A}AVE / 100.000$ EW) pro Fachrichtung/Fachbereich ermittelt.

Schritt 5: Die oberen und unteren Grenzen der **Planungsrichtwerte-Intervalle 2025** pro Fachrichtung/Fachbereich ergeben sich durch die bereits bisher verwendete Bandbreite von **+/-30 Prozent** (ausgehend vom in Schritt 4 ermittelten Mittelwert zum Planungsrichtwerte-Intervall 2025).

Exkurs: Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP): In diesem Fachbereich erfolgte die Festlegung der Planungsrichtwerte im ambulanten Bereich in Anlehnung an die Bedarfsplanungsrichtlinie in Deutschland, da sich dieser Fachbereich in Österreich noch im Aufbau befindet. Ein Umlagerungseffekt wurde daher hier nicht berücksichtigt.

¹ Sowohl das Patientenverhalten im ambulanten Bereich als auch die grundsätzlichen Anforderungen einer Großstadt an die ambulante Versorgungsstruktur unterscheiden sich nachgewiesenermaßen zum Teil sehr deutlich von anderen Regionstypen. Das Bundesland Wien ist mit knapp mehr als einem Fünftel der österreichischen Wohnbevölkerung das einwohnerstärkste Bundesland. Der Einbezug des Bundeslandes Wien in die Ermittlung der ambulanten Planungsrichtwerte würde daher für die anderen acht Bundesländer mit deutlich höherem Bedarf an Flächenversorgung und zum Teil auch stark ländlichem Charakter zu für diese Bundesländer völlig ungeeigneten Vorgaben zur Gestaltung ihrer ambulanten Versorgungsstruktur führen.

Berechnung des Potenzials der Umlagerung in den spitalsambulanten Bereich – Methodenbeschreibung

Im Rahmen der Ermittlung der Soll-Werte 2025 für die Versorgungsmatrix des ÖSG wurden auf der Datenbasis 2018 auch die Anzahl jener im Jahr 2025 pro Fachbereich entstehenden Krankenhaus-aufenthalte, die im Jahr 2025 in ambulante Besuche überführbare Nulltagesaufenthalte (NTA-alt) zur Erbringung onkologischer Leistungen und tagesklinischer Leistungen sowie NTA ohne onkologische oder tagesklinische Leistungserbringung erzeugen werden, und außerdem auch die Zahl jener Aufenthalte ermittelt, die 2018 noch im sogenannten halbstationären Bereich erbracht worden waren. Diese auf Datenbasis 2018 für 2025 ermittelten NTA stellen die Basis für die Ermittlung der für 2025 zu eruiierenden Verlagerungen vom akutstationären in den spitalsambulanten Bereich dar.

MHG-bezogene Umlagerung pro Fachbereich

Die für das Jahr 2025 pro Fachbereich ermittelte Anzahl von NTA-alt zur Erbringung onkologischer Leistungen wurde ebenso wie die pro Fachbereich ermittelte Anzahl von NTA-alt zur Erbringung tagesklinischer Leistungen zu jeweils 75 Prozent in den spitalsambulanten Bereich verlagert. Dahinter steht die Annahme, dass 25 Prozent dieser Aufenthalte auch im Jahr 2025 noch stationär erbracht werden. Dieser Prozentsatz wird daraus abgeleitet, dass Patientinnen und Patienten mit sogenannter Sonderklasse aufgrund ökonomischer Anreize bis 2025 auch weiterhin stationär behandelt werden. § 16 Abs. 1 lit g KAKuG normiert, dass „die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt“.

Diese bettenspezifische Regelung wird nun gemäß Annahme auf die hier relevante Leistungserbringung umgelegt, sodass die Annahme von 25 Prozent im stationären Bereich verbleibenden onkologischen und tagesklinischen NTA ausgeht. Nulltagesaufenthalte ohne onkologische oder tagesklinische Leistungserbringung werden hingegen zu 100 Prozent in den spitalsambulanten Bereich verlagert, da erwartet wird, dass diese Leistungen aufgrund der aufeinander abgestimmten LKF-Modelle stationär und ambulant (spätestens seit 2019 in allen Ländern als Abrechnungsgrundlage verpflichtend eingeführt) nur mehr im spitalsambulanten Bereich erbracht werden.

Bezüglich des hiermit pro MHG ermittelten Umlagerungspotenzials wurde weiters von der Annahme ausgegangen, dass ein solcher NTA-alt als zukünftig „ambulanter Besuch“ genau einem spitalsambulanten ärztlichen Kontakt entspricht. Die daraus pro Fachrichtung/Fachbereich sich ergebenden spitalsambulanten ärztlichen Kontakte wurden nachfolgend (entsprechend dem jeweiligen Durchschnitt für das fachrichtungsspezifische Verhältnis „spitalsambulante ärztliche Kontakte pro ÄAVE im Basisjahr 2018“) in spitalsambulante ÄAVE für den Planungshorizont 2025 umgerechnet.

Zur Verdeutlichung der an Bedeutung gewinnenden Funktion **zentraler Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE)** im Bereich der spitalsambulanten Leistungserbringung wurde für das Jahr

2025 das diesbezügliche Potenzial für ZAE-relevante spitalsambulante ÄAVE errechnet und aufgrund der Funktion „Erstversorgung auf allgemeinmedizinischem Niveau“ **im Fachbereich Allgemeinmedizin ergänzt**. Dies erfolgte in folgenden Schritten:

Schritt 1: Für das Basisjahr 2018 wurden an den diesbezüglich relevanten Kostenstellen² der KA-Kostenstellenstatistik die ÄAVE und spitalsambulant Kontakte aus den in Regiomed zugewiesenen Fachbereichen herausgelöst und in einem Aggregat „ZAE“ zusammengefasst.

Schritt 2: Die Anzahl der ÄAVE und der spitalsambulant ärztlichen Kontakte wurde in den von dieser Herauslösung betroffenen Fachbereichen für die weitere Berechnung entsprechend reduziert.

Schritt 3: Daraus lassen sich dann für das Aggregat „ZAE“ und pro von der Herauslösung betroffenen Fachbereich wieder spezifische Verhältnisse spitalsambulant ärztlicher Kontakte pro ÄAVE im Basisjahr 2018 errechnen, welche die Grundlage für die Umrechnung in spitalsambulante ÄAVE pro Fachbereich im Jahr 2025 bilden.

Schritt 4: Für den Planungshorizont 2025 wurden dann mit diesem ZAE-spezifischen Verhältnis spitalsambulant ärztlicher Kontakte pro ÄAVE auch jene für das Jahr 2025 prognostizierten NTA-alt in den spitalsambulant Bereich verschoben und in ÄAVE umgerechnet, die für das Jahr 2025 als ZAE-relevant definiert wurden. Das sind im Wesentlichen jene Kontakte, die nach zwölf Stunden Beobachtung auf einer ZAE bzw. ZNA stationär aufgenommen wurden. Die damit für das Jahr 2025 errechneten ÄAVE für die ZAE sind in der Planungsrichtwerttabelle bei der Allgemeinmedizin eingerechnet, was dort in einer Fußnote dokumentiert ist.

Umlagerung aus dem halbstationären Bereich

In jenen Bereichen, in denen es eine eindeutige und vollständige Zuordnung zu Kostenstellen gemäß der KA-Kostenstellenstatistik gab (halbstationärer Bereich, insbesondere in der PSY), konnte rechnerisch eine direkte Übernahme der für diese Kostenstellen ausgewiesenen ärztlichen VZÄ in den spitalsambulant Versorgungsbereich (intramurale ÄAVE) erfolgen.

² Das sind jene Kostenstellen, die in der Kostenstellenbezeichnung ZAE oder AEE oder ein entsprechendes Synonym (z. B. eine zu ZAE bzw. AEE ähnliche textliche Bezeichnung der jeweiligen Kostenstelle) **und** zusätzlich einen Funktionscode 169144, -45, -46 oder auch 169111xx) führen oder aber in der Kostenstellenbezeichnung eindeutig als ZAE oder AEE benannt sind. Herangezogen wurden dabei nur jene derart definierten Kostenstellen, deren spitalsambulant VZÄ auch in die ÄAVE-Berechnung von Regiomed einfließen.

2.2 Planungsmodell für den intramuralen Bereich

Grundlagen zu ÖSG 2017 i.d.F. Dezember 2020, Kapitel 2.2.3

In Bezug auf den intramuralen Bereich enthält der ÖSG eine Reihe von Planungsaussagen und -instrumenten zur stationären und ambulanten Versorgungsplanung. Die unterschiedlichen Instrumentarien ergänzen sich im Rahmen des im ÖSG angewandten integrativen Planungsansatzes und erlauben eine differenzierte Analyse und Planung des komplexen intramuralen Versorgungsgeschehens aus unterschiedlichen Perspektiven. Neben den schon im ÖSG 2017 angeführten Planungsgrundsätzen und -zielen und der Berücksichtigung wichtiger Einflussfaktoren muss deshalb bei der Erarbeitung von Planungsinstrumentarien insbesondere auf die Konsistenz der unterschiedlichen Planungsaussagen und -instrumente geachtet werden.

Die Erstellung der Planungszahlen und -instrumente für den intramuralen Bereich erfolgt deshalb im Rahmen eines vereinheitlichten, integrierten Planungsmodells (VIP). Das VIP umfasst mehrere Prozess- und Parametrisierungsschritte, wobei auf unterschiedlichen Ebenen jeweils unterschiedliche Planungsrichtwerte und -instrumente abgeleitet werden können (vgl. Abbildung 2.3).

Die Parametrisierungen des VIP erfolgen mithilfe medizinischer Expertinnen/Experten aus unterschiedlichen für das stationäre Versorgungsgeschehen und damit verbundene Strukturbedarfe relevanten Fachbereichen. Detaillierte Informationen zum Auswahlverfahren, zur Verfahrensordnung und den einzelnen involvierten Fachbereichen finden sich auf der Website der GÖG³. Die Expertinnen/Experten treffen dabei Einschätzungen bezüglich einer Reihe von Modellparametern (siehe unten) im Zusammenhang mit den für ihr jeweiliges Fach struktur- bzw. bettenrelevanten MH-Gruppen (MHG).⁴

Schritt 1: Einschätzung der aus Sicht medizinischer Expertinnen/Experten zum Planungshorizont realistischen bzw. notwendigerweise anzustrebenden Prozentanteile an Tagesbehandlungen (ohne Übernachtung) je MHG, unabhängig davon, ob diese zukünftig im stationären (als NTA) oder im ambulanten Bereich (als ambulante Besuche) administriert werden. Dabei ist zu beachten, dass sich für stationär abgewickelte NTA ein Bedarf an Tagesklinikplätzen (d. s. für Tagesklinikaufenthalte gewidmete systemisierte Betten) ergibt. Für ambulante Besuche sind, in definierten Versorgungsbereichen (vgl. ÖSG, Anhang 2), analog dazu ambulante Betreuungsplätze vorgesehen. Für die integrative Gesamtplanung werden beide Arten dieses Versorgungsgeschehens bzw. der dafür benötigten Versorgungsstrukturen zusammengefasst. Sie sind in der schematischen Darstellung (vgl. Abbildung 2.3) mit den Oberbegriffen „platz erzeugende NTA/Besuche“ bzw. „Betreuungsplätze (ambulant/TK)“ angeführt. Die dem VIP zugrunde liegenden Daten umfassen dementsprechend neben den stationär geführten Aufenthalten auch platz erzeugende ambulante Besuche, die

³ online: https://goeg.at/Expertengruppen_OESG; Zugriff am 11. 11. 2020

⁴ Aufgrund der großen Anzahl von MH-Gruppen kann nicht jede einzelne MH-Gruppe in einem Expertengremium diskutiert werden. Deshalb wurden die Parameter für MH-Gruppen mit geringer Struktur- bzw. Bettenrelevanz aus dem letztverfügbaren Datenstand der DLD-Daten errechnet und übernommen.

bereits zum Basisjahr 2018 in den DLD-Daten dokumentiert sind. Gemeinsam mit den aus den letztverfügbaren DLD-Daten entnommenen Anteilen der „platzerzeugenden“ NTA an allen stationären NTA bilden die Expertenschätzungen zu den Soll-NTA/Besucheanteilen die Basis für die zukünftig erforderlichen Betten-, Platz-, oder Ambulanzkapazitäten.

Schritt 2: Demografische Hochrechnung des Versorgungsgeschehens von der aktuellen Bevölkerung auf die zum Planungshorizont prognostizierte Bevölkerung. Diese Hochrechnung erfolgt für alle MHG pro Altersgruppe/Geschlecht auf Gemeindeebene. Damit kann die erwartbare Veränderung des Versorgungsgeschehens, die mit den Veränderungen der Bevölkerungsstruktur einhergeht, abgeschätzt werden.

Schritt 3: Abschätzung der von medizinischen Expertinnen/Experten bis zum Planungshorizont erwarteten Veränderungen (Zu-/Abnahmen) des Versorgungsgeschehens bzw. der Krankenhaushäufigkeit je MHG, die **nicht** durch die demografische Entwicklung erklärt werden können. Diese Einschätzungen sind im VIP unter dem Begriff „medizinische Faktoren“ subsumiert, umfassen aber in der Praxis für einzelne MH-Gruppen höchst unterschiedliche Faktoren, die Einfluss auf das Versorgungsgeschehen nehmen können (von der Entwicklung neuer OP-Methoden bis hin zu Reaktionen auf derzeitige Unter-/Über- oder Fehlversorgungen etc.).

Das Ergebnis von Schritt drei sind Mengengerüste der zum Planungshorizont erwartbaren vollstationären Aufenthalte sowie der platzerzeugenden oder auch (ohne Platzbedarf) „ambulantisierbaren“ NTA und Besuche. Diese Mengengerüste werden in der **Versorgungsmatrix (VM)** pro VMMHG auf Ebene der Versorgungsregionen (für den Planungshorizont 2025) sowie auf Bundeslandebene (für den Planungshorizont 2030) dargestellt.

Schritt 4: Zuordnung der Aufenthalts-/Besuchsmengengerüste zu den medizinischen Fachbereichen. Die Zuordnung wird für jede MHG/AMG/APG anhand fachbereichsspezifischer Gewichte vorgenommen. Die Gewichte ergeben sich aus dem Anteil eines Fachbereichs an der Gesamtsumme der Pflgetage, Nulltagsaufenthalte (nur Entlassungsart E) und ambulanten Besuche je MHG/AMG/APG (gemäß XDok-Daten) 2018.

Das Ergebnis von Schritt vier sind Mengengerüste der zum Planungshorizont erwartbaren vollstationären Aufenthalte je Fachbereich, sie werden in der **Planungsgrundlagenmatrix (PM)** dargestellt.

Schritt 5: Berücksichtigung der von medizinischen Expertinnen/Experten zum Planungshorizont erwarteten durchschnittlichen Soll-Belagsdauern je MH-Gruppe. Durch Multiplikation der stationären Aufenthalte mit den jeweiligen Belagsdauerdurchschnittswerten wird die Anzahl der Belagstage je Fachbereich abgeschätzt.

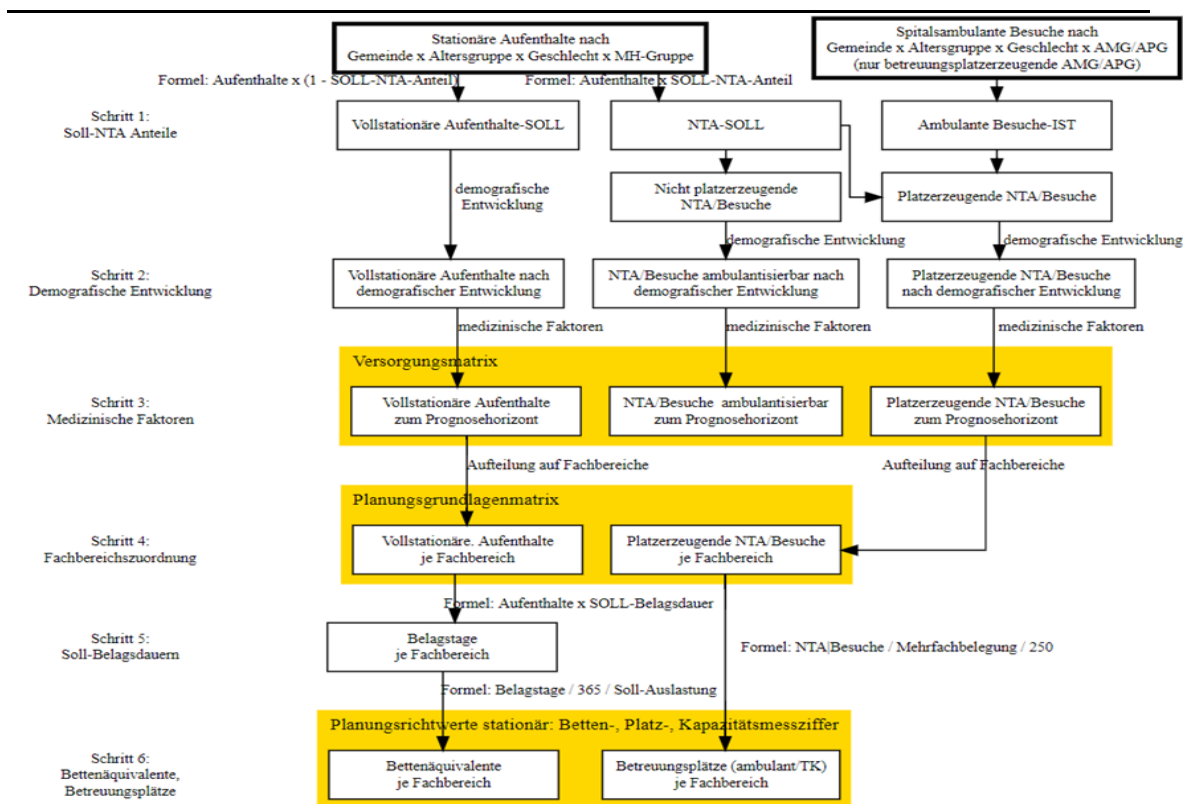
Schritt 6: Umrechnung der für die vollstationären Aufenthalte anfallenden Belagstage je Fachbereich mit der Rechenvorschrift $[Betten\ddot{a}quivalente = Belagstage/365/Soll\text{-}Auslastung]$ in Bettenäquivalente. Platzerzeugende NTA oder Besuche werden mit der Rechenvorschrift $[Betreuungspl\ddot{a}tze\ (ambulant/TK) = platzerzeugende\ (NTA/Besuche) / Mehrfachbelegung / 250]$ in ambulante Betreuungsplätze (ambBP) umgerechnet. Dazu werden bei der Berechnung der Bettenäquivalente

fachbereichsspezifische Soll-Auslastungen, bei der Berechnung von Betreuungsplätzen je nach MHG unterschiedliche Mehrfachbelegungsfaktoren verwendet (vgl. ÖSG-Textband, Anhang 2).

Das Ergebnis von Schritt sechs sind Mengengerüste von Bettenäquivalenten und Betreuungsplätzen (sowohl ambulant als auch stationär) je Fachbereich. Sie fließen als Datengrundlage in die **Betten-, Platz- und Kapazitätsmessziffern** (vgl. Kapitel 2.3) ein.

Abbildung 2.3:

Übersicht über das vereinheitlichte integrative Planungsmodell (VIP) sowie über dessen Zusammenhänge mit den Instrumenten der intramuralen Versorgungsplanung des ÖSG (Versorgungsmatrix, Planungsgrundlagenmatrix, akutstationäre Planungsrichtwerte)



Legende: NTA = Nulltagesaufenthalte, TK = Tagesklinik

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

2.3 Planungsrichtwerte zum akutstationären Bereich inklusive des tagesklinischen und tagesambulanten Bereichs

Grundlagen zu ÖSG 2017 i.d.F. Dezember 2020, Kapitel 2.2.3.1

Ermittlung der Planungsrichtwerte pro Fachbereich/Versorgungsbereich

Die Prognose des Leistungsgeschehens und der daraus ermittelten Kapazitätsbedarfe für 2025 erfolgt unter besonderer Berücksichtigung der durch das spitalsambulante LKF-Bepunktungsmodell erwartbaren Umlagerungen in den spitalsambulanten Bereich bzw. in den Tagesklinikbereich. Auf Basis der gemäß Abbildung 2.3 ermittelten Werte pro Fach-/Versorgungsbereich für den jeweiligen Planungshorizont werden die Planungsrichtwertintervalle mit einer Bandbreite von ± 25 Prozent erstellt (die gemäß Abb. 2.3 ermittelten Werte bilden dabei jeweils den Mittelpunkt des betreffenden Planungsrichtwertintervalls).

Exkurs: Planungsrichtwerte BMZvs, PMZ bzw. KMZ als Planungsgrundlage für RSG

BMZvs-Planungsrichtwert-Intervalle sind auf Ebene der Bundesländer je dargestellten Fach-/Versorgungsbereich einzuhalten. Ausgenommen sind nur Fachbereiche, die aufgrund zu niedriger Einwohnerzahlen bzw. Fallzahlen im natürlichen Einzugsbereich die MBZ für eine ABT oder auch die MBZ für ROF (FSP, DEP – sofern in einer Fachrichtung vorgesehen) nicht erfüllen und in deren Fall gleichzeitig die Versorgung durch KA-Standorte in anderen BL (z. B. auf Basis von ÜRVP-Zuständigkeiten) ohnehin gewährleistet ist.

PMZ ist eine idealtypische Maßzahl für die erforderliche Anzahl von TKP und/oder ambBP, die für die Durchführung tagesklinischer bzw. tagesambulanter Leistungen vorgehalten werden sollten.

KMZ weisen als Summe von BMZvs (Mittelwert) und PMZ den gesamten Kapazitätsbedarf an Versorgungsstrukturen für die vollstationäre, tagesklinische und tagesambulante Leistungserbringung aus. Diese Leistungsbereiche unterscheiden sich von „einfachen“ ambulanten Besuchen vor allem aufgrund ihrer vergleichsweise erhöhten Anforderungen an Personalausstattung und Infrastruktur. Für Fachbereiche, in denen ambulante Betreuungsplätze in den RSG ausgewiesen werden (jedenfalls in Bezug auf tagesambulante Behandlungen in PSY, KJP, PSO und AG/R), gilt die KMZ als Planungsrichtwert.

Die KMZ ist ein zweckmäßiger Ausgangspunkt für das Planungsintervall ± 25 Prozent zur Bereitstellung für die Versorgung notwendigen Betten und Plätze. Sie kommt als Planungsrichtwert zur Anwendung, wenn im RSG ambulante Betreuungsplätze im jeweiligen Fachbereich ausgewiesen werden. Dies gilt jedenfalls für die Fachbereiche PSY, KJP, PSO und AG/R in denen ambulante Betreuungsplätze verbindlich auszuweisen sind.

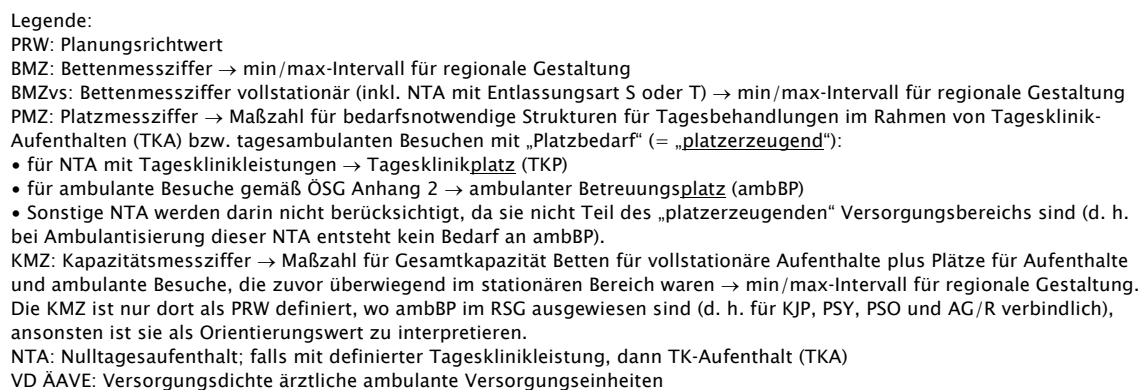
Mit der Darstellung von ambBP im RSG gemeinsam mit den Betten und den darin enthaltenen Tagesklinikplätzen besteht der Vorteil, die Auswirkungen der Ambulantisierung auf die Versorgungskapazitäten insgesamt sichtbar zu machen.

Abschließend wird in der Abbildung 2.4 die idealtypische Weiterentwicklung der Planungsrichtwerte-Systematik bis zum Jahr 2025 schematisch dargestellt. Diese Systematik muss im Gleichklang mit den Änderungen in der Finanzierungssystematik laufend angepasst werden, wobei die Planungsrichtwerte v. a. im intramuralen Bereich in zunehmendem Maße als miteinander verknüpft zu konzipieren sind:

- » für den akutstationären Bereich: BMZvs mit/ohne Teile der PMZ
- » für den tagesambulanten Bereich: PMZ gesamt oder Teile davon
- » ÄAVE: für den spitalsambulanten inkl. des tagesambulanten Bereichs (mit ambBP).

Die Entwicklung zeigt aufgrund der zunehmenden Verlagerung von (voll)stationären Aufenthalten in den tagesklinischen bzw. tagesambulanten und sonstigen ambulanten Bereich eine laufende Vergrößerung des ambulanten Bereichs. Das hat einen tendenziell dämpfenden Effekt auf die Entwicklung der BMZ-vollstationär.

Entwicklung der Planungsrichtwerte für den intramuralen bzw. akutstationären Bereich vor, während und nach Einführung des LKF-Modells ambulant



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

3 Planungsgrundlagenmatrix

Grundlagen zu ÖSG 2017 i.d.F. Dezember 2020, Kapitel 2.2.3.2

Die Planungsgrundlagenmatrix (PM) beschreibt anhand von Indikatoren die Versorgungssituation in **allen** in den ÖSG inkludierten **Versorgungsbereichen** in der jeweiligen Versorgungsregion (VR), darüber hinaus auch auf den höher aggregierten Ebenen der neun Bundesländer, der vier Versorgungszonen sowie für Österreich insgesamt (siehe auch Kap. 2.2.3.2 im ÖSG bezüglich der Inhalte sowie Anhang 5 – Legende mit genauer Erläuterung der Indikatoren und der Matrizeninhalte).

Akutkrankenanstalten (FKA, UKH, SAN)

Neben der quantitativen Beschreibung der Inanspruchnahme im akutstationären Bereich pro Versorgungsregion und Fachrichtung im Jahr 2018 werden auch Richtwerte zur Anzahl der insgesamt aus der jeweiligen Region heraus im Jahr 2025 gemäß VIP-Modell (vgl. Kap. 2.2.) entstehenden vollstationären Aufenthalte sowie Soll-Werte für platzerzeugende Nulltagesaufenthalte bzw. ambulante Besuche festgelegt. Anm.: Die Fachrichtungen OR, UC und ORTR werden für das Jahr 2018 getrennt dargestellt, für 2025 hingegen als Summe in einer gemeinsamen Spalte.

Akutkrankenanstalten (FKA, UKH, SAN) – Indikatoren in der PM

Akutbetten (tats. Betten) 2018 = tatsächliche Betten in Akut-KA (FKA, UKH, SAN) im Jahr 2018. Anm.: Zuordnung auf INT: LKF-Art = „I“; Zuordnung auf AG/R: FC = 1-36; Zuordnung auf PAL: FC = 1-37; Zuordnung auf PSO: FC = 1-68; Zuordnung auf RNS: FC = 1-9135; PSY exkl. FC 1-6215 Abhängigkeitserkrankungen und exkl. FC 1-6249 Forensik; die Summe der Betten wird aus allen Bereichen (Spalten „INT“ bis „PSO“) gebildet.

Akutbettendichte (tats. Betten / 1.000 EW) 2018 = Versorgungsdichte pro Fachrichtung (tatsächliche Betten in Akut-KA pro 1.000 EW). Vergleichsgröße zum Bettenmessziffernintervall des ÖSG.

vollstationäre Aufenthalte 2018 (QR) = Anzahl der vollstationären Aufenthalte in Bezug auf in der jeweiligen Versorgungsregion wohnhafte Patientinnen/Patienten („quellbezogene“ Darstellung). Die Aufenthalte werden der entlassenden Abteilung zugeordnet. Die Summe wird aus den Bereichen der Spalten „KI“ bis „PSO“ gebildet (in der Summe nicht enthalten sind also jene Aufenthalte, die von einer INT-Einheit entlassen wurden).

Nulltagesaufenthalte (NTA) 2018 (QR) = Anzahl der Nulltagesaufenthalte in Bezug auf in der jeweiligen Versorgungsregion wohnhafte Patientinnen/Patienten („quellbezogene“ Darstellung); Aufenthalte, die am Tag der Aufnahme auch wieder entlassen wurden, also nicht über Mitternacht in der KA verblieben sind. Enthalten sind nur jene Nulltagesaufenthalte, deren Entlassungsart „Entlassung normal“ ist. Die Summe wird analog jener der „Anzahl vollstationärer Aufenthalte“ gebildet.

platzerzeugende ambulante Besuche 2018 (QR) = Anzahl der platzerzeugenden ambulanten Besuche in Bezug auf in der jeweiligen Versorgungsregion wohnhafte Patientinnen/Patienten („quellbezogene“ Darstellung). Ein Besuch ist die Zusammenfassung von Kontakten ambulanter Patientinnen/Patienten pro Kalendertag im spitalsambulanten Bereich, unabhängig von der Anzahl der besuchten Funktionseinheiten. Die Summe wird analog jener der „Anzahl vollstationärer Aufenthalte“ gebildet. Platzerzeugende ambulante Besuche sind jene, die laut LKF-Modell folgenden LDF zugeordnet wurden: AMG00.90, AMG20.05, AMG20.06, AMG20.07, AMG20.08, AMG20.11, AMG20.12, AMG21.01, AMG21.02, AMG21.03, AMG21.04, AMG21.05, AMG21.07, AMG21.13, AMG21.14, AMG21.15, AMG21.16, AMG21.18, AMG21.19, AMG21.20, AMG21.22, AMG21.23, AMG21.25, AMG21.26, AMG21.51, AMG21.52, APG18.03.

vollstationäre Aufenthalte (Richtwert 2025, QR) = Richtwert zur Anzahl der vollstationären Aufenthalte in Bezug auf in der jeweiligen Versorgungsregion wohnhafte Patientinnen/Patienten („quellbezogene“ Darstellung, umfassend sowohl Normalpflege- als auch Intensivbereiche) 2025. Die Summe der Aufenthalte wird aus allen Bereichen (Spalten „INT“ bis „PSO“) gebildet.

platzerzeugende NTA / ambulante Besuche 2025 (QR) = Anzahl der platzerzeugenden Nulltagesaufenthalte und ambulanten Besuche in Bezug auf in der jeweiligen Versorgungsregion wohnhafte Patientinnen/Patienten („quellbezogene“ Darstellung). Die Summe wird aus allen Bereichen (Spalten „INT“ bis „PSO“) gebildet.

Ambulante ärztliche Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgungssituation im Jahr 2018 wird anhand von ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) gemäß Regiomed-Modell der Sozialversicherung, untergliedert nach Fachrichtungen und nach den Sektoren des ambulanten Versorgungsbereiches (niedergelassene Vertragsärztinnen/-ärzte, Spitalsambulanzen, Kassenambulatorien, Institute, niedergelassene Wahlärztinnen/-ärzte) dargestellt. Die ÄAVE wurden als bundesweit einheitliche Messgröße definiert, um eine Vergleichbarkeit der Daten über die Regionen und über die Zeit hinweg zu ermöglichen. Es handelt sich dabei nicht um auf versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte bezogene „Personenzahlen“, sondern um ein Maß für deren tatsächliche Versorgungswirksamkeit. Eine ÄAVE entspricht grundsätzlich einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin / einem ebensolchen Arzt in Österreich.

Die „technischen Fachrichtungen“ RAD, NUK, PAT, LAB und PMR sind derzeit nicht im Regiomed-Modell der Sozialversicherung enthalten.

Extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung

Dieser Abschnitt umfasst eine Reihe unterschiedlicher Kennzahlen zur extramuralen psychosozialen Versorgung. Aufgrund der heterogenen Datenlage zur psychosozialen Versorgung (Aktualität der Ist-Daten, unterschiedliche Versorgungsstrukturen für Erwachsene bzw. Kinder/Jugendliche etc.) ist eine ehestmögliche Überarbeitung vorgesehen. (Zu den Abkürzungen für die Bezeichnung der Berufsgruppen bzw. der Einrichtungen vgl. Abkürzungsverzeichnis)

Die vorgesehene Darstellung des extramuralen Personalangebots in den Bereichen Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie wird nach Maßgabe der Verfügbarkeit einer entsprechenden Datengrundlage im Rahmen der nächsten Revisionen des ÖSG ergänzt werden.

Rehabilitation

In diesem Abschnitt wird die Versorgungssituation in der stationären Rehabilitation für Erwachsene auf Ebene der vier Versorgungszonen und für Österreich insgesamt im Jahr 2018 dargestellt. Dazu werden die Bettenäquivalente (BÄ; entspricht der Anzahl der Betten bei 95 Prozent Auslastung im Jahresdurchschnitt) und die Anzahl stationärer Rehabilitationsverfahren (RV; synonym zu Aufhalten) in Rehabilitationszentren ausgewiesen. Die Darstellung erfolgt grundsätzlich aufgeschlüsselt nach Rehabilitationsindikationsgruppen (RIG). Zusätzlich werden pro Region die systemisierten Betten und die tatsächlichen Betten (in Summe über alle RIG) ausgewiesen.

Um einen Überblick über die Versorgungsdichte zu erhalten, wird die Bettenäquivalentendichte (Anzahl der Bettenäquivalente pro RIG in Relation zur Einwohnerzahl) für die Versorgungszonen in Prozent des Bundesdurchschnitts ausgewiesen, und zwar sowohl bezüglich der BÄ in Rehabilitationszentren insgesamt als auch getrennt für die einzelnen RIG.

Alten- und Langzeitversorgung

Die Datengrundlagen zur Darstellung der Versorgungssituation im Jahr 2018 stammen aus der von der Statistik Austria erstellten Pflegedienstleistungsstatistik 2018. Diese Daten werden von den Ländern auf Basis einer Verordnung des BMSGPK der Statistik Austria übermittelt. Derzeit ist eine Darstellung nur auf Bundeslandebene verfügbar.

4 Versorgungsmatrix

Grundlagen zu ÖSG 2017 i.d.F. Dezember 2020, Kapitel 2.2.3.2

Die Versorgungsmatrix (VM) enthält Planungsrichtwerte zur Anzahl vollstationärer Aufenthalte sowie zu den aus diesen Aufenthalten heraus bereits 2018 zum Teil in den spitalsambulanten Bereich verlagerten bzw. bis 2025/2030 verlagerbaren „platzerzeugenden Nulltagesaufenthalten / platzerzeugenden ambulanten Besuchen“ pro VMMHG⁵ und Versorgungsregion. Diese Planungsrichtwerte zur angestrebten Leistungsdichte sind als Grundlage für eine „regionale Leistungsmengen-Rahmenplanung“ zu interpretieren⁶ (siehe auch Kap. 2.2.3.2 im ÖSG bezüglich der Inhalte sowie ebendort Anhang 6 für die genauere Erläuterung der Matrizeninhalte).

Die Richtwerte sind „quellbezogen“ (also bezogen auf den Wohnort der Patientinnen/Patienten) definiert, inkludieren auch die im Jahr 2018 innerhalb der jeweiligen VR versorgten ausländischen Gastpatientinnen/-patienten („zielbezogen“) und sollen in jeder der 32 Versorgungsregionen bzw. in jeder der vier Versorgungszonen nicht um mehr als 25 Prozent über- bzw. unterschritten werden.

Darüber hinaus weist die VM auch die Anzahl jener im Jahr 2018 angefallenen „platzerzeugenden Nulltagesaufenthalte (NTA)“ und „platzerzeugenden ambulanten Besuche“ aus, die ab 2017 (verpflichtend erst ab 2019) auf Grundlage des LKF-Modells ambulant potenziell gesamthaft im spitalsambulanten Bereich erbringbar sind. Für diese NTA bzw. ambulanten Besuche werden somit Tagesklinikplätze und/oder ambulante Betreuungsplätze gemäß Anhang 2 zum ÖSG benötigt (vgl. Spalte „Anzahl platzerzeugende NTA / platzerzeugende amb. Besuche 2018/2025/2030 Ö gesamt“).

Die wesentlichste Änderung in der vorliegenden VM gegenüber der bisher gültigen VM besteht darin, dass darin nunmehr auch ambulante MEL-Gruppen (AMG) sowie ambulante Pauschalgruppen (APG) enthalten sind (vgl. Tabelle 4.1). Die AMG/APG wurden in bestehende VMMHG (das sind die schon bisher in der VM eingesetzten Aggregate von MHG) integriert, bzw. wurden vier neue VMMHG (M28.c, M32.b, T01.a, T02.b) gebildet, um die entsprechenden neu zu dokumentierenden AMG/APG in die Darstellungssystematik aufnehmen zu können.

⁵ VMMHG = die in der Versorgungsmatrix (VM) verwendete homogene Obergruppe der MHG

⁶ Die in der Versorgungsmatrix enthaltenen Richtwerte zur Anzahl stationärer Aufenthalte pro VMMHG im Jahr 2025 bzw. im Jahr 2030 basieren u. a. auf den Ergebnissen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation des Jahres 2018. Regional unterschiedliche Dokumentationsgewohnheiten sowie die Zuordnungsungenauigkeit der Leistungen bzw. Diagnosen zu den MHG können für einzelne Versorgungsregionen bzw. VMMHG zu erheblich von der derzeitigen Versorgungssituation abweichenden Ergebnissen führen, weshalb eine laufende Evaluierung der Versorgungsmatrix erforderlich ist. Die Richtwerte zur Anzahl vollstationärer Aufenthalte in der VM bilden weiters auch die Grundlage für die Ermittlung der Richtintervalle zu den Betten- und Platzmessziffern in der oben dargestellten Planungsrichtwertetabelle.

Tabelle 4.1:

VMMHG – Neustrukturierung aufgrund der Aufnahme ambulanter MEL-Gruppen sowie ambulanter Pauschalgruppen in die Versorgungsmatrix

Kategorie	VMMHG	MHG/AMG/APG
bestehende VMMHG: MHG-Zuordnung unverändert, AMG neu hinzugefügt	(M28.b) Tagesklinische/tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie	(MEL28.05) Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie (MEL28.06) Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie (AMG20.05) Tagesbehandlung in der Psychiatrie (AMG20.06) Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie
	(M31.a) Tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	(MEL31.01) Tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) (AMG20.11) Tagesbehandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation
	(M22.a) Chemotherapie bei malignen Erkrankungen	MEL22.01, MEL22.02, MEL22.03, MEL22.04, MEL22.05, MEL22.06, MEL22.07, MEL22.16, AMG21.01, AMG21.02, AMG21.03, AMG21.04, AMG21.05, AMG21.06, AMG21.07, AMG21.16
	(M22.b) Stammzelltransplantation und begleitende Maßnahmen	MEL22.08, MEL22.09, MEL22.10, MEL22.11, MEL22.12, MEL22.19, MEL22.21, MEL22.24, AMG21.19
	(M22.c) Zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie	MEL22.13, MEL22.15, MEL22.18, MEL22.25, MEL22.26, AMG21.13, AMG21.15, AMG21.18, AMG21.25, AMG21.51, AMG21.52
	(M22.d) Onkologische Therapie – Monoklonale Antikörper	MEL22.14, MEL22.23, AMG21.14, AMG21.23
	(M22.e) Gabe von Einzelfaktorkonzentraten bei angeborenen Gerinnungsstörungen und Hemmkörperhämophilie	MEL22.20, AMG21.20
	(M22.f) Andere spezifische Tumorthherapie	MEL22.22, MEL22.27, AMG21.22, AMG21.26
bestehende VMMHG: neue MHG-Zuordnung	(M32.a) Stationäre Behandlung in der PSO im Turnus	(MEL32.01) Behandlung in der PSO im Turnus
	(S01.e) Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	(KJP) Patientin/Patient mit ausschließlichem Aufenthalt auf einer Einheit für Kinder- und Jugendpsychiatrie
neu gebildete VMMHG	(M28.c) Tagesklinische/tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	(MEL28.07) Tagesklinische Behandlung in der KJP (MEL28.08) Tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (AMG20.07) Tagesbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (AMG20.08) Tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)
	(M32.b) Tagesklinische Behandlung in der PSO	(MEL32.02) Tagesklinische Behandlung in der PSO (AMG20.12) Tagesbehandlung auf einer Einheit für PSO
	(T01.a) Untersuchung und Behandlung an einer zentralen ambulanten Erstversorgungseinheit (ZAE)	(APG18.03) Untersuchung und Behandlung an einer zentralen ambulanten Erstversorgungseinheit (ZAE)
	(T02.a) Ambulanter Kontakt mit Leistungen aus dem tagesklinischen/stationären Bepunktungsmodell	(AMG00.90) Ambulanter Kontakt mit Leistungen aus dem tagesklinischen/stationären Bepunktungsmodell

AMG = ambulante MEL-Gruppen; APG = ambulante Pauschalgruppen; MHG = MEL- bzw. HD-Gruppe; VMMHG = die in der Versorgungsmatrix (VM) verwendeten homogenen Obergruppen der MHG

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Die folgenden Erläuterungen für ausgewählte VMMHG der Tabelle 4.1 finden sich gleichlautend auch in den Fußnoten der VM im Anhang 6 des ÖSG 2017 – Wartung 2020 (vgl. Tabelle 4.2):

Tabelle 4.2:

Erläuterungen für ausgewählte VMMHG der Versorgungsmatrix

VMMHG (MEL/AMG/APG)	Erläuterung
(M28.b) Tagesklinische/tagestrukturierende Behandlung in der Psychiatrie (MEL28.05, MEL28.06, AMG20.05, AMG20.06)	Für die Darstellung der stationären Aufenthalte wurden Leistungen gezählt, da die Tage mit Leistungen den ambulanten Besuchen entsprechen und durch diese Zählweise die Vergleichbarkeit zwischen MEL-Gruppen und AMG hergestellt wird.
(M28.c) Tagesklinische/ tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (MEL28.07, MEL28.08, AMG20.07, AMG20.08)	
(M32.a) Behandlung in der PSO im Turnus (MEL32.01)	
(M32.b) Behandlung in der PSO in der Tagesklinik (MEL32.02, AMG20.12)	
(T01.a) Untersuchung und Behandlung an einer zentralen ambulanten Erstversorgungseinheit (ZAE) (APG18.03)	keine Angaben in der VM, da derzeit noch unzureichende Datenqualität
(T02.a) Ambulanter Kontakt mit Leistungen aus dem tagesklinischen/stationären Bepunktungsmodell (AMG00.90)	In den LKF-Modellen 2017 bis 2019 Mischgruppe mit diversen TK-Leistungen. Ab 2020 werden diese TK-Leistungen verschiedenen MEL-Gruppen zugeordnet, und die T02.a wird auf eine kleine Resteklasse reduziert.

Quelle: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 – Wartung 2020

5 Überregionale Versorgungsplanung (ÜRVP)

Grundlagen zu ÖSG 2017 i.d.F. Dezember 2020, Kapitel 2.2.5

Die ÜRVP umfasst hochspezialisierte und komplexe medizinische Leistungsbereiche mit insgesamt geringer Fallhäufigkeit, die aus medizinischen und ökonomischen Gründen nur an wenigen zentralen Standorten (z. B. Universitätskliniken) erbracht werden sollen.

In der ÜRVP werden Leistungsstandorte sowie deren primäre Zuständigkeit für Versorgungsgebiete über Bundesländergrenzen hinweg auf Ebene der Versorgungsregionen festgelegt. Im Bedarfsfall sind inländische Gastpatientinnen/-patienten jedoch an jedem ÜRVP-Leistungsstandort zu versorgen.

Im ÖSG werden zu einer Reihe von ÜRVP-Bereichen nicht nur Ist-Stände von Bettenäquivalenten, sondern auch der erwartete spezifische Bettenbedarf zum Planungshorizont 2025 angeführt (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:

ÜRVP-Bereiche mit ausgewiesenen Planungszahlen zum spezifischen Bettenbedarf zum Planungshorizont

ÜRVP-Gruppen	Kinder und Jugendliche	Erwachsene	Kinder/Jugendliche und Erwachsene
spezifischer Bettenbedarf 2025 für Österreich insgesamt	Herzchirurgie (KHCH) Pädiatrisch onkologische Versorgung (KJONK)	Herzchirurgie (HCH) Transplantationschirurgie (TXC) Neurochirurgie akut (NCHa)	
spezifischer Bettenbedarf pro KA-Standort	Schwerbrandverletzten-Versorgung (KBRA) Stammzell-Transplantation allogene (KSZT-all)	Schwerbrandverletzten-Versorgung (BRA) Stammzell-Transplantation allogene (SZT-all)	Sonderisolerstationen für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE)

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Für die meisten dieser ÜRVP-Bereiche ([K]HCH, [K]SZT-all, KJONK, TXC, NCHa) wurde der spezifische Bettenbedarf 2025 für die österreichische Bevölkerung anhand der Entwicklung der beobachteten Inanspruchnahme zwischen 2014 und 2018 berechnet. Gegebenenfalls wurden entsprechende Bedarfe auch auf Standortebene (unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahlen zum Planungshorizont in den jeweils zugeordneten Versorgungsgebieten) festgelegt.

Die Kriterien zur Identifikation von Aufenthalten und Belagstagen, die den jeweiligen ÜRVP-Bereichen zugeordnet wurden, sind in Tabelle 5.2 angeführt.

Tabelle 5.2:

Kriterien der Zuordnung in der DLD dokumentierter Aufenthalte/Belagstage zu ÜRVP-Bereichen

ÜRVP-Bereich	Kriterium Leistung/Diagnose	Kriterium Alter
Kinderherzchirurgie (KHCH)	MEL RFZ für HCH und HCH/GCHZ gemäß LM	LJ 0–14
Kinderkardiologie (KKAR)	MEL RFZ/ABT KARS und KARZ & HCH gemäß LM (ab LM 2018)	LJ 0–14
Pädiatrisch onkologische Versorgung (KJONK)	Hauptdiagnose ICD-10 C00.x–D09.x (exkl. Leistungen MEL RFZ für SZT-all gemäß LM)	LJ 0–19
Kinder-Stammzelltransplantation – allogene (KSZT-all)	MEL RFZ für SZT-all gemäß LM	LJ 0–19
Herzchirurgie (HCH)	MEL RFZ für HCH und HCH/GCHZ gemäß LM	ab LJ 15
Transplantationschirurgie (TXC)	MEL RFZ für TXC gemäß LM	ab LJ 15
Neurochirurgie akut (NCHa)	MEL AC020–AC040, AD010–AD070, EA020, EA030, LA010	ab LJ 15
Stammzelltransplantation – allogene (SZT-all)	MEL RFZ für SZT-all gemäß LM	ab LJ 20

Legende:

ABT ... Abteilung

LJ ... Lebensjahr

LM ... jahresaktuelle Leistungsmatrix (stationär)

MEL ... medizinische Einzelleistung gemäß jahresaktuellem LKF-Katalog

RFZ ... Referenzzentrum gemäß ÖSG-Versorgungstufenmodell

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Für folgende ÜRVP-Bereiche wurden die Kapazitätsbedarfe zum Planungshorizont auf Basis von Einschätzungen von Expertinnen/Experten bzw. von internationalen Vergleichen abgeschätzt:

- » Kinder-Schwerbrandverletzten-Versorgung (KBRA)
- » Erwachsenen-Schwerbrandverletzten-Versorgung (BRA)
- » Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen – Sonderisolierstation (HKLE)

Für Zentren für medizinische Genetik (ZMG; inkl. BRCA) stehen derzeit noch keine verlässlichen Planungsdatengrundlagen zur Verfügung. Dementsprechend sind für diesen Bereich noch keine zukünftigen Leistungsmengenbedarfe angeführt.

Für Expertisezentren für seltene Erkrankungen (Typ B) ist eine Leistungsmengenplanung nicht vorgesehen.

6 Planungsgrundlagen Rehabilitationsbereich

Grundlagen zu ÖSG 2017 i.d.F. Dezember 2020, Kapitel 2.2.6

Gemäß Definition im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) verfolgt Rehabilitation das Ziel, die Leistungsfähigkeit, Aktivität und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen nach Erkrankungen oder Operationen wiederherzustellen. So sollen sie einen angemessenen Platz im beruflichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben möglichst langfristig und ohne Betreuung und Hilfe einnehmen können.

Die Planungsaussagen im ÖSG beziehen sich auf die antragspflichtige medizinische Rehabilitation im Sinne des ASVG.

Die Analyse und Planung der stationären und ambulanten **Erwachsenen-Rehabilitation** der Phase II erfolgt differenziert nach folgenden Rehabilitationsindikationsgruppen (RIG):

- » Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR)
- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)
- » Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU)
- » Onkologische Rehabilitation (ONK)
- » Psychiatrische Rehabilitation (PSY)
- » Atmungsorgane (PUL)
- » Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV)
- » Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC)
- » Spezialbereich Lymphologie (LYMPH)

Die Abschätzung des Bedarfs an stationärer und ambulanter Rehabilitation der Phase II für Erwachsene (ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) erfolgt

- » auf Basis der Entwicklung der bewilligten und tatsächlich absolvierten Rehabilitationsverfahren (RV) im letzten Jahrzehnt in Differenzierung nach den insgesamt neun o. a. „Rehabilitationsindikationsgruppen“ (RIG) und
- » unter Berücksichtigung der Einwohnerprognose bis 2025 sowie der mit der veränderten Alters-/Geschlechtsstruktur der österreichischen Wohnbevölkerung ebenfalls sich verändernden Morbiditätsspektren.

Die zentrale Planungsgröße ist die Anzahl der RV, für die unter Beachtung der o. e. Faktoren in einem umfassenden Planungsprozess (im Rahmen des „Rehabilitationsplans 2020“) eine Bedarfsabschätzung für den Planungshorizont 2025 erstellt wurde (in Differenzierung nach stationären und ambulanten RV). Dabei wurde im Vergleich zu früheren Rehabilitationsplanungen der ambulanten Rehabilitation ein größerer Stellenwert beigemessen.

Die Darstellung des stationären Rehabilitationsbedarfs erfolgt über die Anzahl der bedarfsnotwendigen stationären RV und über den sich daraus ergebenden stationären Bettenbedarf. Die Darstellung des ambulanten Rehabilitationsbedarfs erfolgt über die Anzahl der bedarfsnotwendigen

ambulanten RV. Sowohl für stationäre als auch für ambulante RV werden auch entsprechende Messziffern (Kapazitätsbedarf pro RIG, bezogen auf jeweils 1.000 Einwohner/-innen) angeführt.

Im Bereich der stationären Rehabilitation spielen Überlegungen zur Erreichbarkeit eine untergeordnete Rolle. Stationäre RV und Bettenkapazitäten werden daher auf Ebene der vier österreichischen Versorgungszonen geplant. Im ambulanten Bereich ist der Aspekt der verkehrsmäßigen Erreichbarkeit der Anbieterstandorte und der mit der Anreise verbundenen Fahrzeit von wesentlich größerer Bedeutung. Deshalb werden Planungsaussagen zur ambulanten Rehabilitation nunmehr auf Ebene von „Eignungsstandorten“ festgelegt, wobei die der Bedarfsermittlung zugrunde gelegte Bevölkerung jeweils jene Regionen umfasst, die innerhalb einer 45-Minuten-Isochrone (Fahrzeit im Straßenindividualverkehr) rund um die im Rehabilitationsplan 2020 ausgewiesenen „Eignungsstandorte“ liegen.

Die ambulante Rehabilitation der Phase III für Erwachsene (zur längerfristigen Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs in der Phase II) ist nicht Gegenstand des Rehabilitationsplans 2020 und somit auch nicht Gegenstand des ÖSG.

Die Abschätzung des Bedarfs an stationärer **Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation** erfolgt über die Anzahl der bedarfsnotwendigen Betten für Österreich insgesamt in Differenzierung nach folgenden „RIG-Clustern“:

- » Mobilisierender Schwerpunkt (Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie, Kinder- und Jugendchirurgie, zentrales und peripheres Nervensystem, Zustände nach neurochirurgischen Eingriffen)
- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen/Atmungsorgane
- » Onkologische Rehabilitation / Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat
- » Mental Health (Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik, kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation)

Eine Neubewertung der derzeit gültigen Bedarfszahlen zur stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation ist für die nächsten Jahre in Aussicht genommen.

6.1 Planungsrichtwerte Rehabilitation stationär

Die Anzahl der im ÖSG bzw. in der ÖSG VO für Österreich insgesamt als zum Planungshorizont 2025 bedarfsnotwendig ausgewiesenen **Verfahren und Betten** pro RIG ist dem Rehabilitationsplan 2020 entnommen. Die Planungsgrößen „Betten“ und „Rehabilitationsverfahren“ können mit folgenden Berechnungsvorschriften ineinander überführt werden:

$$BB = ([BSRV/2] + [BSRV \times dBD]) / 365 / 0,95$$

$$BSRV = (BB \times 365 \times 0,95) / (0,5 + dBD)$$

BB ... bedarfsnotwendige Betten

BSRV ... bedarfsnotwendige stationäre Rehabilitationsverfahren (synonym zu „Aufenthalte“)

dBD ... durchschnittliche Belagsdauer (in Belagstagen/Mitternachtsständen)

365 ... entsprechend den Tagen pro Jahr

0,95 ... entsprechend einer Soll-/Norm-Auslastung von 95 %

Die Parameter „bedarfsnotwendige stationäre Rehabilitationsverfahren“ und „durchschnittliche Belagsdauer“ (gerundet auf eine Stelle) werden in Bezug auf die einzelnen RIG zum Planungshorizont 2025 wie folgt unterlegt:

- » Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR): 65.133 RV bzw. 21,1 Belagstage
- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE): 21.884 RV bzw. 24,1 Belagstage
- » Zentrales und peripheres Nervensystem (NEU): 23.665 RV bzw. 28,4 Belagstage
- » Onkologische Rehabilitation (ONK): 10.166 RV bzw. 21,0 Belagstage
- » Psychiatrische Rehabilitation (PSY): 13.356 RV bzw. 41,5 Belagstage
- » Atmungsorgane (PUL): 7.172 RV bzw. 21,0 Belagstage
- » Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat (STV): 7.414 RV bzw. 21,3 Belagstage
- » Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen (UCNC): 3.671 RV bzw. 44,0 Belagstage
- » Spezialbereich Lymphologie (LYMPH): 1.670 RV bzw. 21,0 Belagstage

Die der Bedarfsermittlung für die stationäre Rehabilitation zugrunde gelegte Versorgungsbevölkerung („Servicepopulation“) entspricht der Einwohnerzahl 2025 gemäß Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (Stand 2018) und umfasst die gesamte für das Jahr 2025 prognostizierte in Österreich wohnhafte Bevölkerung ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (rund 7,307 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner).

6.2 Planungsrichtwerte Rehabilitation ambulant

Im Bereich der ambulanten Rehabilitation der Phase II für Erwachsene erfolgte eine Umstellung der Planungsmethodik bzw. der Darstellung des Bedarfs an **Verfahren** von Quell- auf Zielbezug. Mit dem Ziel einer stabilen, qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und von möglichst großen Bevöl-

kerungsteilen in angemessener Zeit erreichbaren Versorgungsstruktur wurden „Eignungsstandorte“ unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte und der zentralörtlichen Struktur des Bundesgebiets festgelegt.

Die der Bedarfsermittlung für die ambulante Rehabilitation zugrunde gelegte Versorgungsbevölkerung („Servicepopulation“) 2025 umfasst ausschließlich jene Regionen, die sich innerhalb der hier unterlegten 45-Minuten-Isochrone rund um die im Rehabilitationsplan 2020 bzw. im ÖSG ausgewiesenen „Eignungsstandorte (ESO) für Angebote der ambulanten Rehabilitation der Phase II“ befinden (vgl. Karte 1 im Kartenanhang, deckungsgleich mit der Karte 11a im RP 2020). Das sind im Vergleich zur Versorgungsbevölkerung in der stationären Rehabilitation etwas weniger Einwohner/-innen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (nämlich rund 6,446 Mio. die Einwohner/-innen außerhalb der o. e. 45-Minuten-Isochrone nicht mit umfassend).

Die Soll-Vorgaben erfolgen je Zielbundesland und je Eignungsstandort. Der Aufbau neuer und der Ausbau bestehender ambulanter Rehabilitationsstrukturen sollen ausschließlich an den angeführten Eignungsstandorten bzw. in deren unmittelbarer Umgebung (Radius von 10 km im Straßenverkehrsnetz zwischen den jeweiligen Gemeindezentren im betreffenden Eignungsstandort-Bundesland bzw. Radius von 15 km bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EW, vgl. Karte 2 im Kartenanhang, deckungsgleich mit der Karte 11b im RP 2020) erfolgen.

Die Ermittlung der Distanzen zwischen den Gemeinden erfolgt über eine von mehreren ZS-G-Partnern einheitlich eingesetzte Distanzmatrix, wobei die Fahrzeiten (in Fahrzeitminuten) bzw. die Entfernungen (in km) zwischen den jeweiligen Gemeindezentren (z. B. Kirchenplatz, Hauptplatz, Gemeindeamt) ausschlaggebend sind.

Die ambulante Rehabilitation in der RIG UCNC befindet sich derzeit in einer Pilotierungsphase, daher liegen dafür noch keine validen Grundlagen für die Bedarfsplanung vor.

6.3 Anwendung der Planungsrichtwerte zur Bedarfsermittlung

Der gemäß den oben beschriebenen Planungsrichtwerten ermittelte Bedarf (**Soll-Stand** zum Planungshorizont **2025**) an Kapazitäten (Rehabilitationsverfahren pro Jahr bzw. Betten) der stationären und ambulanten Rehabilitation ist im ÖSG bzw. in der ÖSG VO ausgewiesen (stationär auf Ebene der Versorgungszonen, ambulant auf Ebene der Bundesländer und Eignungsstandorte).

Für die Beantwortung der Frage, ob an einem bestimmten Standort noch Bedarf an (zusätzlichen) Kapazitäten besteht, ist neben dem Soll-Stand auch die Kenntnis des relevanten **Ist-Standes** zum Zeitpunkt der Bedarfsprüfung erforderlich. Zur Feststellung des jeweils aktuellen Ist-Standes steht die an der GÖG eingerichtete Rehabilitationsevidenz den Ländern und Sozialversicherungsträgern zur Verfügung. Die Rehabilitationsevidenz enthält eine Auflistung aller bestehenden und auch geplanten (i. S. von bei den zuständigen Landesbehörden beantragten) Rehabilitationszentren mit ihren Kapazitäten. Die Informationen werden von Ländern und Sozialversicherungsträgern laufend eingebracht.

Im Bereich der **stationären Rehabilitation** (d. h. bei bettenführenden Krankenanstalten) sind gemäß Rehabilitationsplan 2020 (in Übereinstimmung mit den krankenanstaltenrechtlichen Regelungen, vgl. § 3 Abs. 2 lit. a KAKuG⁷) die „vertraglichen Betten“ als bereits bestehendes (versorgungswirksames) Angebot zu berücksichtigen. Damit sind Bettenkapazitäten gemeint, für die Verträge mit SV-Trägern bestehen oder die in eigenen Einrichtungen der SV-Träger zur Verfügung stehen, ergänzt um zu diesem Zeitpunkt aufrechte SV-Vertragszusagen. Der diesbezügliche Ist-Stand per Dezember 2020 ist im Rehabilitationsplan 2020 ausgewiesen und wird in der Rehabilitationsevidenz laufend aktualisiert.

Im Bereich der **ambulanten Rehabilitation** der Phase II (diese wird i. d. R. in selbstständigen Ambulatorien erbracht) enthält der ÖSG den Soll-Stand an ambulanten RV (ermittelter Bedarf gemäß Rehabilitationsplan 2020 zum Planungshorizont 2025) auf Ebene der Bundesländer und der Eignungsstandorte (das sind unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte und der zentralörtlichen Struktur des Bundesgebiets definierte Standortgemeinden und deren unmittelbare Umgebung).

Die Bestimmung des aktuellen Ist-Standes ist im ambulanten Bereich schwieriger als im stationären Bereich. Eine quantitative Messung der vorhandenen Kapazitäten anhand physischer Strukturen wie etwa der Anzahl der Betten ist hier nicht eindeutig möglich.

Im Rehabilitationsplan 2020 bzw. in der Rehabilitationsevidenz wird der Ist-Stand an ambulanten Rehabilitationskapazitäten anhand der Anzahl der zuletzt (im letzten Kalenderjahr) durchgeführten und mit SV-Trägern abgerechneten ambulanten Rehabilitationsverfahren, ergänzt um zu diesem Zeitpunkt existierende SV-Vertragszusagen (zugesagte Rehabilitationsverfahren pro Jahr), gemessen.

⁷ Zu berücksichtigen ist „das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten *mit Kassenverträgen*“ (Hervorhebung GÖG).

7 Großgeräteplanung

Grundlagen zu ÖSG 2017 i.d.F. Dezember 2020, Kapitel 4

Im bundesweiten Großgeräteplan (GGP) des ÖSG werden jene medizinisch-technischen Großgeräte festgelegt, die der öffentlichen Versorgung dienen. Der Großgeräteplan enthält die bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderliche Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte inkl. Angaben der pro Standort (intra- und extramural) eingerichteten bzw. vorgesehenen Vorhaltungen.

Methodische Grundlagen

Die Methodik zur Standort- und Geräteangebotsplanung orientiert sich daran, dass einerseits möglichst objektivierbare Planungsgrößen in die Planung Eingang finden, andererseits sollten auch Möglichkeiten vorgesehen werden, regionale Spezifika im Planungsprozess zu berücksichtigen. Die dementsprechend einzubeziehenden Parameter werden nachfolgend erläutert.

Bevölkerungsverteilung

Die Verteilung der Einwohner/-innen über das Bundesgebiet und die daraus resultierende regionale Bevölkerungsdichte hat als objektivierbares Planungskriterium einen zentralen Stellenwert in der Planungsmethodik. Die Bevölkerungsdichte ist regional sehr unterschiedlich – Ballungszentren und Entwicklungsachsen heben sich deutlich von dünn besiedelten inneralpinen Zonen ab. Die Bevölkerungsdichte steht in direktem Zusammenhang mit der Sinnhaftigkeit der Vorhaltung von Großgeräten in Hinblick auf eine ausreichende Tragfähigkeit, Frequentierung und damit Wirtschaftlichkeit innerhalb eines Einzugsbereichs.

Erreichbarkeit und natürliche Einzugsbereiche

Das an der GÖG etablierte Erreichbarkeitsmodell ermöglicht eine flexible Berechnung von Reisezeiten im Straßenindividualverkehr. Die Wohngemeinden Österreichs lassen sich über das Erreichbarkeitsmodell nach dem Prinzip der Nächstgelegenheit im Straßenindividualverkehr den jeweils selektierten (bereits bestehenden bzw. erst zur Prüfung vorgesehenen) Standorten von Krankenanstalten bzw. Großgeräten zuordnen. Die auf diese Weise einem bestimmten Standort zugeordneten Wohngemeinden bilden dessen „natürlichen Einzugsbereich“, die aufsummierte Wohnbevölkerung dieser Wohngemeinden die Kenngröße „Einwohner/-innen im natürlichen Einzugsbereich“.

Standortkriterien

Die Standortkriterien der Großgeräteplanung orientieren sich neben rechnerisch zu ermittelten Größen an den oben angeführten grundsätzlichen Zielen sowie auch an weiteren Aspekten, wie sie unten (siehe „Festlegungen zum Großgeräteplan“) angeführt sind.

Planungsgrundlagen und Richtwerte

Die Planung medizinisch-technischer Großgeräte erfolgt nach quantitativen und qualitativen Planungskriterien; darüber hinaus enthält der GGP weitere gerätespezifische ergänzende Planungsgrundlagen. Nachstehend sind die im GGP des ÖSG festgehaltenen Planungskriterien (in gekürzter Form) dargestellt.

Quantitative Kriterien

Zur Berechnung des Großgerätebedarfes werden pro Großgerät Einwohnerrichtwerte (Anzahl der EW je Großgerät bzw. Anzahl an GG / Mio. EW) sowie Erreichbarkeitsrichtwerte (Erreichbarkeitsfrist in Minuten, innerhalb deren zumindest 90 Prozent der Wohnbevölkerung im Straßenindividualverkehr den jeweils nächstgelegenen leistungs anbietenden Standort erreichen können sollen) herangezogen.

Qualitative Kriterien

Neben den angeführten quantitativen Planungsrichtwerten können für Planungsentscheidungen weitere Faktoren herangezogen werden – wie z. B. Leistungsspektren in Krankenanstalten, organisatorische oder betriebs-/gesamtwirtschaftliche Gründe wie geplante Öffnungs-/Betriebszeiten. Solche Faktoren können in begründeten Ausnahmefällen, in denen die quantitativen Planungsrichtwerte bereits überschritten werden, als zusätzliche Kriterien für die Planung herangezogen werden.

Ergänzende Planungsgrundlagen und Qualitätskriterien

In Ergänzung zu quantitativen und qualitativen Kriterien sind im GGP pro Großgeräteart (Ausnahme: CT) ergänzende Planungsgrundlagen festgehalten wie etwa technische oder standortbezogene Vorgaben. Darüber hinaus enthält der GGP Vorgaben zur personellen Ausstattung sowie zur Prozessqualität.

Sogenannte Funktionsgeräte (bspw. Planungs-CT für Strahlentherapie; fix im OP-Raum oder Schockraum eingerichtete Großgeräte) sowie in Universitätskliniken vorgehaltene Großgeräte, die ausschließlich der universitären Lehre und Forschung dienen, sind von den verbindlichen Festlegungen zum Großgeräteplan nicht erfasst.

Festlegungen zum Großgeräteplan

Änderungen des Großgeräteplans basieren auf folgenden Planungskriterien:

- » Sicherstellung einer regional möglichst ausgewogenen Verteilung der Versorgungsangebote (**Versorgungskriterium**), insbesondere durch Berücksichtigung der festgelegten Planungsrichtwerte, gut erreichbare und mit anderen Gesundheitsversorgungseinrichtungen vernetzte Standorte und Öffnungs-/Betriebszeiten (auch an Tagesrandzeiten).

- » Sicherstellung der für die Erfüllung der Versorgungsaufträge der Fonds-Krankenanstalten erforderlichen Vorhaltung von Großgeräten (**Vorrangkriterium**).
- » Nutzung von Großgeräten in Fonds-KA zur Abdeckung eines ungedeckten extramuralen Versorgungsauftrages, sofern keine vollständige Auslastung des Großgeräts zu erwarten ist.
- » Sicherstellung einer gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstigen Leistungserbringung bei gleichzeitiger Nutzung von Synergien (Kooperationen zwischen intra- und extramuralen Leistungsanbietern) und Sicherstellung einer Mindestauslastung der Großgeräte (**Wirtschaftlichkeitskriterium**); v. a. dann anzuwenden, wenn eine Entscheidung zwischen mehreren Großgeräten zu treffen ist).

Änderungen des GGP werden (wie für den gesamten ÖSG) von der B-ZK beschlossen. Als Voraussetzung für eine Befassung der B-ZK mit GGP-Änderungsanträgen gilt Einvernehmen auf Landesebene zwischen Land und Sozialversicherung. Einem solchen Einvernehmen folgt der entsprechende Antrag auf GGP-Änderung an die B-ZK, wodurch eine inhaltliche Prüfung ausgelöst wird, die in eine entsprechende Information an die zuständigen ZSG-Arbeitsgremien mündet.

Anhang

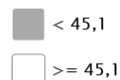
Karte 1: Eignungsstandorte für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II und ihnen zugeordnete Einzugsbereiche 2025

Karte 2: Eignungsstandorte für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 2025 und Gemeinden im 10-km-Radius bzw. im 15-km-Radius bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EW)

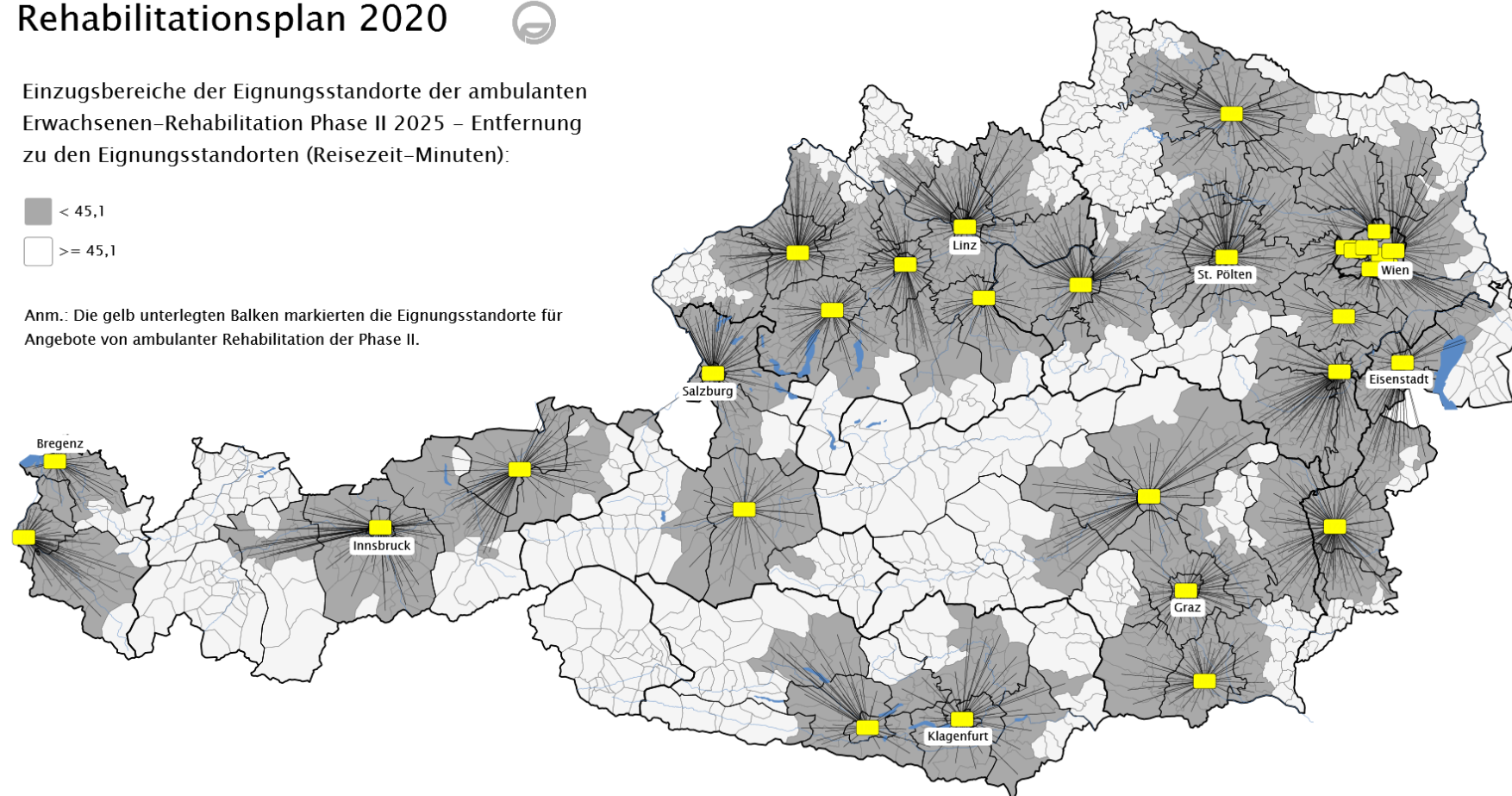
Rehabilitationsplan 2020



Einzugsbereiche der Eignungsstandorte der ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation Phase II 2025 – Entfernung zu den Eignungsstandorten (Reisezeit-Minuten):



Anm.: Die gelb unterlegten Balken markierten die Eignungsstandorte für Angebote von ambulanter Rehabilitation der Phase II.



Quellen: GeoMagis GmbH – GeoAtlas Distance (Stand 2020); GÖG-eigene Berechnungen

Karte 2:

Eignungsstandorte für ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II 2025 und Gemeinden im 10-km-Radius bzw. im 15-km-Radius bei Eignungsstandort-Gemeinden mit mehr als 250.000 EW*)

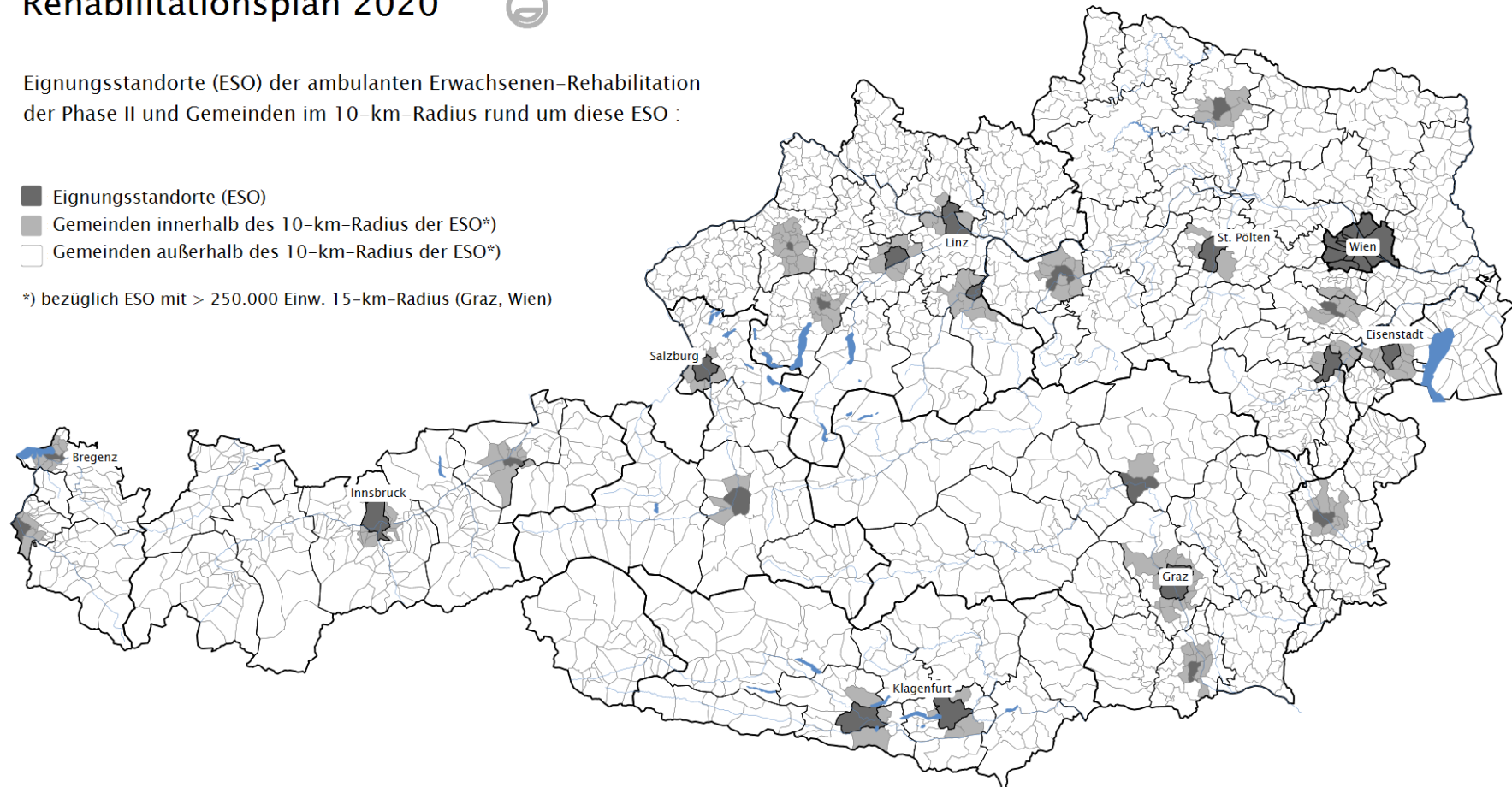
Rehabilitationsplan 2020



Eignungsstandorte (ESO) der ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II und Gemeinden im 10-km-Radius rund um diese ESO :

- Eignungsstandorte (ESO)
- Gemeinden innerhalb des 10-km-Radius der ESO*)
- Gemeinden außerhalb des 10-km-Radius der ESO*)

*) bezüglich ESO mit > 250.000 Einw. 15-km-Radius (Graz, Wien)



Quellen: GeoMagis GmbH - GeoAtlas Distance (Stand 2020); GÖG-eigene Berechnungen