

**Gemeinsam eine gesunde
Zukunft bauen.**



**VERSION
2.1**

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT STEIERMARK 2011

VERSION 2.1

gemäß Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission Steiermark vom 19. Dezember 2013

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT STEIERMARK 2011

Version 2.1

Gemäß Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission Steiermark vom 19. Dezember 2013

IMPRESSUM

Herausgeber und Medieninhaber:

Gesundheitsfonds Steiermark, Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark

Friedrichgasse 9, 8010 Graz,

E-Mail: gfst@stmk.gv.at, Homepage: www.gesundheitsfonds.steiermark.at

Konzept, Analysen und wissenschaftliche Ausarbeitung im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark:

JOANNEUM



RESEARCH

Institut HEALTH – Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften

JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH

Elisabethstraße 11a, 8010 Graz

Tel.: +43 (0)316 876 2131, Fax: +43 (0)316 876 2130

EBNER HOHENAUER
HC CONSULT

Ebner Hohenauer HC Consult

Lehargasse 9/2/22, A-1090 WIEN

Tel.: +43 (0)1 409 2690, Fax: +43 (0)1 409 2690 9

GLOSSAR

Allgemeine Abkürzungen

A	Abteilung
AEE	ambulante Erstversorgungseinheit
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AH	Altenfachbetreuerin, Altenfachbetreuer
AP	Altenpflege
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
Ausl.	Auslastung
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
B	stationäre Betten
Bev.	relative Bevölkerungsentwicklung
BGK	Bundesgesundheitskommission
BHB	Barmherzige Brüder
BKK	Betriebskrankenkasse
BL	Bundesland
BMZ _{min,max}	Bettenmessziffer (Minimum, Maximum)
BRZ	Brustzentrum
BTage	Belagstage
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COR-DSA	Coronarangiographische Arbeitsplätze, Digitale Subtraktions-Angiographieanlage
CT	Computertomographie(gerät)
D	Department
D%	Veränderung in Prozent
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
DKH	Diakonissenkrankenhaus
DS	Diplomierte Sozialhilfe

dTK	dislozierte Tagesklinik
dWK	dislozierte Wochenklinik
EBA	Erstuntersuchung, Beobachtung, Aufnahme
ECT	Emissions-Computer-Tomographiegeräte
EV	Erstversorgung
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
FA	Fachabteilung
Fälle	als Fälle werden jeweils einzelne stationäre Aufnahmen von Patientinnen und Patienten bezeichnet
FOKO	Folgekosten (Datensatz)
GEM	Abteilung mit gemischtem Belag
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
GZ	Geschäftszahl
HH	Heimhilfe
idF	in der Fassung
IFB	Interdisziplinäre und interfunktionelle Betten in Intensiveinheiten
inkl.	inklusive
INT-E	Betten der Intensivpflege für Erwachsene
INT-K	Betten der Intensivpflege für Kinder
K.Bett	Kalkulatorische Betten (dies sind stationäre und tagesklinische Betten)
KA	Krankenanstalt
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KH	Krankenhaus
LDF	Leistungsdiagnosen-Fall
LGBl.	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LSF	Landeskrankenhaus Siegmund Freud
MBZ	Mindestbettenzahl
MPT	Mobiles Palliativteam
MR	Magnetresonanztomographie(gerät)

MSAP	Medizinischer Struktur- und Angebotsplan
NTK	Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg
NUTS	Nomenclature des unités territoriales statistiques
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
Pat.	Patientinnen und Patienten
PET	Positronen-Emissions-Computertomographie
PH	Pflegehilfe
PKD	Palliativkonsiliardienst
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PS	stationäre Palliativbetten
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RCU	Respiratory Care Unit
Rehab	Rehabilitation
rel. KHH	relative Krankenhaushäufigkeit
rel. VWD	relative Verweildauer
RFD	Relative Frequenzdichte
RFZ	Referenzzentrum
RNS	Remobilisation und Nachsorge
RSG-St	Regionaler Strukturplan Gesundheit – Steiermark
S	Schwerpunkt
SD	Satellitendepartment
SH	stationäre Hospizbetten
SHA	Sonderheilanstalt
SKA	Sonderkrankenanstalt
SMP	Sozialmedizinischer Pflegedienst
SPECT	Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie(gerät)
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
StPHG	Steiermärkisches Pflegeheimgesetz
STR	Strahlentherapiegerät
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern

SVE	Standardversorgungseinheit
TA	Terminambulanz
TK f	Fälle Tagesklinik
TK	Anteil Tagesklinik
Ü/I	Überwachungseinheit/Intensivbehandlungseinheit
UKH	Unfallkrankenhaus
v.a.	vor allem
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
vgl.	vergleiche
VR	Versorgungsregion
VZ	Versorgungszone
VZÄ	Vollzeitäquivalent
z.B.	zum Beispiel
ZAE	Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit

Medizinische Fachrichtungen

AN	Anästhesie
AU	Augenheilkunde
CH	Allgemeinchirurgie
DER	Dermatologie
GAS	Gastroenterologie
GEB	Geburtshilfe
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
GYN	Gynäkologie
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
IM	Innere Medizin
KCH	Kinderchirurgie
KI	Kinderheilkunde
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
NC	Neurochirurgie
NEU	Neurologie
OR	Orthopädie

PAL	Palliativmedizin
PCH	Plastische Chirurgie
PSO-E	Psychosomatik - Erwachsene
PSO-K	Psychosomatik - Kinder
PSY	Psychiatrie
PUL	Pulmologie
SRN	Strahlentherapie
UC	Unfallchirurgie
URO	Urologie

Bezirke in der Steiermark

G	Graz
GU	Graz-Umgebung
LI	Liezen
BM	Bruck/Mur
LE	Leoben
MZ	Mürzzuschlag
HB	Hartberg
WZ	Weiz
FF	Fürstenfeld
FB	Feldbach
RA	Radkersburg
LB	Leibnitz
DL	Deutschlandsberg
VO	Voitsberg
MU	Murau
KF	Knittelfeld
JU	Judenburg

Versorgungsregionen in der Steiermark

VR 61	Versorgungsregion 61 - Graz <i>Bezirke: Graz, Graz-Umgebung</i>
VR 62	Versorgungsregion 62 - Liezen <i>Bezirk: Liezen</i>
VR 63	Versorgungsregion 63 - Östliche Obersteiermark <i>Bezirke: Bruck-Mürzzuschlag; Leoben</i>

- VR 64 Versorgungsregion 64 - Oststeiermark
Bezirke: Fürstenfeld, Hartberg, Südoststeiermark, Weiz
- VR 65 Versorgungsregion 65 - West-/Südsteiermark
Bezirke: Voitsberg, Deutschlandsberg, Leibnitz
- VR 66 Versorgungsregion 66 - Westliche Obersteiermark
Bezirke: Murau, Murtal

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Übersicht der Strukturdaten der stationären Hospiz- und Palliativversorgung	58
Tabelle 2 Mobile Palliativteams nach Standorten	59
Tabelle 3 Palliativkonsiliardienste nach Standorten	60
Tabelle 4: Patientinnen- bzw. Patientenströme in den Rehabilitationszentren der Versorgungszone Süd	64
Tabelle 5: Diagnosegruppen der Rehabilitationspatientinnen und -patienten	64
Tabelle 6: Übersicht verwendeter Daten für den Bereich medizinisch-technische Großgeräte	70
Tabelle 7: Beispiel und Legende Planungsdarstellung CT und MR.....	71
Tabelle 8: Planrechnung CT.....	73
Tabelle 9: Planrechnung MR	74
Tabelle 10: Planung Herzkatheter	75

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Versorgungsregionen/NUTS III	19
Abbildung 2: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung	55
Abbildung 3: Mindestanforderung an zu dokumentierenden Daten.....	57
Abbildung 4: Planungsalgorithmus für den Bereich medizinisch-technische Großgeräte (primär CT und MR) ...	69
Abbildung 5: CT- und MR-Geräte bezogen auf den Benchmark Österreich (=100%)	71

INHALTSVERZEICHNIS

Glossar	3
Tabellenverzeichnis.....	9
Abbildungsverzeichnis.....	10
Inhaltsverzeichnis.....	11
1 Einleitung	14
1.1 Vorbemerkungen	14
1.2 Planungsauftrag	15
1.3 Planungsvoraussetzungen	16
1.4 Planungszielsetzung und inhaltliche Schwerpunkte	17
2 Berichtsstruktur	18
3 Versorgungsfeld Steiermark	19
3.1 Geographie	19
3.2 Demographie.....	20
3.3 Versorgungssituation	21
4 Begriffsbestimmungen.....	23
4.1 Akutstationäre Versorgung	23
4.1.1 Standardkrankenhäuser der Basisversorgung	23
4.1.2 Beschreibung der Strukturelemente	24
4.1.3 Strukturen der allgemeinchirurgischen Versorgung.....	26
4.1.4 Strukturen der unfallchirurgischen Versorgung	26
4.1.5 Strukturen der neurologischen Versorgung	26
4.1.6 Strukturen der pulmologischen Versorgung.....	27
4.1.7 Strukturen der Remobilisation und Nachsorge (RNS)	27
4.1.8 Strukturen der Intensivbetreuung.....	27
4.1.9 Dargestellte Fachbereiche	28
4.1.10 Leistungen der Basisversorgung	28
4.1.11 Versorgung von GastpatientInnen.....	28
4.1.12 Kooperationspartner	28
4.2 Ambulante Versorgung	29
4.2.1 Neue Modelle eines übergreifenden Struktureangebots	29
4.2.2 Beschreibung der Strukturelemente	29
5 Akutstationäre Versorgung.....	31
5.1 Planungsgrundlagen	31
5.2 Kalkulationsalgorithmus	31
5.2.1 Ist-Analyse	31
5.2.2 Normwerte (Benchmarks)	33
5.2.3 Datengrundlagen	33
5.3 Ergebnisse	34
5.4 Referenzzentren	34

5.4.1	Rahmenvorgabe ÖSG.....	34
5.4.2	Darstellung der RFZ.....	35
6	Ambulante Versorgung	36
6.1	Planungsgrundlagen	36
6.2	Methodik.....	37
6.2.1	Konzept.....	37
6.2.2	Datengrundlagen	40
6.3	Ergebnisse	42
6.3.1	Darstellung der Ergebnisse	42
6.3.2	Fachspezifische Anmerkungen und Interpretationen	42
7	Alten- und Langzeitpflege	47
7.1	Allgemeine Anmerkung	47
8	Mobile Pflege- und Betreuungsdienste	48
8.1	Allgemeine Anmerkung	48
9	Psychosoziale Dienste.....	49
9.1	Aufgabenstellung	49
9.2	Begriffsabgrenzungen	49
9.3	Methodik.....	50
9.4	Ergebnisse	50
9.5	Interpretation.....	52
10	Hospiz- und Palliativversorgung	54
10.1	Aufgabenstellung	54
10.2	Begriffsabgrenzungen	55
10.3	Methodik.....	56
10.3.1	Konzept.....	56
10.3.2	Zukünftige Anforderungen an Daten	56
10.4	Ergebnisse	57
10.4.1	Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung.....	57
10.4.2	Tageshospiz.....	59
10.4.3	Mobile Palliativdienste, Palliativkonsiliardienste	59
10.5	Interpretation.....	61
11	Rehabilitation.....	63
12	Hämodialyse	65
12.1	Allgemeine Anmerkungen	65
13	Medizinisch-technische Großgeräte	66
13.1	Methodik.....	66
13.1.1	Konzept.....	66
13.1.2	Verwendete Daten.....	70
13.2	Ergebnisse	70
13.2.1	Internationale Vergleichsdaten	70
13.2.2	Legende	71
13.2.3	Computertomographie- (CT) und Magnetresonanztomographie-Geräte (MR)	73
13.2.4	SPECT und PET	75

13.2.5	Herzkatheterlabor	75
13.2.6	Linearbeschleuniger (Strahlentherapie)	75
14	Referenzen	77
15	Anhang – quantitative Strukturdarstellung bis 2020	79
15.1	Steiermark, gesamt	79
15.1.1	Stationäre und teilstationäre Strukturen	79
15.1.2	Ambulante Strukturen	80
15.1.3	Allgemeine Anmerkungen	80
15.2	Versorgungsregion 61 – Graz	81
15.2.1	Stationäre und teilstationäre Strukturen	81
15.2.2	Ambulante Strukturen	84
15.2.3	Regionenspezifische Anmerkungen.....	84
15.3	Versorgungsregion 62 – Liezen	86
15.3.1	Stationäre und teilstationäre Strukturen	86
15.3.2	Ambulante Strukturen	88
15.3.3	Regionenspezifische Anmerkungen.....	88
15.4	Versorgungsregion 63 – Östliche Obersteiermark	90
15.4.1	Stationäre und teilstationäre Strukturen	90
15.4.2	Ambulante Strukturen	92
15.4.3	Regionenspezifische Anmerkungen.....	92
15.5	Versorgungsregion 64 – Oststeiermark.....	94
15.5.1	Stationäre und teilstationäre Strukturen	94
15.5.2	Ambulante Strukturen	97
15.5.3	Regionenspezifische Anmerkungen.....	97
15.6	Versorgungsregion 65 – Süd-/Weststeiermark	98
15.6.1	Stationäre und teilstationäre Strukturen	98
15.6.2	Ambulante Strukturen	100
15.6.3	Regionenspezifische Anmerkungen.....	100
15.7	Versorgungsregion 66 – Oberes Murtal	101
15.7.1	Stationäre und teilstationäre Strukturen	101
15.7.2	Ambulante Strukturen	103
15.7.3	Regionenspezifische Anmerkungen.....	103
16	Versorgungsvereinbarung VR 61.....	104

1 EINLEITUNG

1.1 Vorbemerkungen

Die aktualisierte Version des Regionalen Strukturplans Gesundheit Steiermark (RSG-St) stellt lediglich eine Anpassung des RSG-St des Jahres 2011, Version 2.0 dar. Im RSG 2011 wurden die Bereiche der akutstationären, der teilstationären und der ambulanten Versorgung neu geregelt. Die Grundlage bildet der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der eine gemeinsame, integrierte und sektorenübergreifenden Planung und Steuerung im Gesundheitswesen anstrebt.

Die Anpassung des RSG 2011 in der Version 2.1 löst den RSG-St 2011 in der Version 2.0 ab.

Der RSG Steiermark 2011, Version 2.0 definierte für die stationäre Versorgung in der VR 61 - Graz für die drei Ordenskrankenhäuser eine „Kooperation der konfessionell geführten Krankenanstalten“. Dabei erfolgte keine standortspezifische Festlegung der Abteilungsstruktur. In der Folge wurden mit den VertreterInnen der Ordensspitäler Verhandlungen über die Neuordnung der stationären Versorgung im Großraum Graz im Sinne des RSG aufgenommen. Nach einem längeren Abstimmungsprozess konnten Planungsfestlegungen und eine Versorgungsvereinbarung zur VR 61 Graz erreicht werden. Die größte Änderung ergibt sich durch die Zusammenführung der beiden Krankenanstalten der Barmherzigen Brüder in Graz – Marschallgasse und Eggenberg – auf den Standort Marschallgasse unter Auflassung des Standortes Eggenberg.

Die Versorgungsvereinbarung wurde zwischen dem Land Steiermark, der KAGes, den Konventen der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse und Graz-Eggenberg, dem Krankenhaus der Elisabethinen GmbH sowie dem Gesundheitsfonds Steiermark erarbeitet. Diese sieht mit dem Zielhorizont für die Umsetzung bis 2018 eine Zusammenarbeit in den Bereichen Akut- und Notfallversorgung vor. Weiter sind eine abteilungs- und fachbezogene Darstellung der Versorgungsfestlegungen, krankenanstaltenbezogene Rahmenbedingungen und die Zusammenarbeitsbereitschaft in Forschung und Lehre enthalten. Durch diese Festlegungen konnte entsprechend den Planungen des Gesundheitsfonds Steiermark die Einbindung der Ordenskrankenhäuser in der VR 61 in die Akutversorgung ausgeweitet werden.

Die Versorgungsvereinbarung zur Versorgungsregion 61 Graz ist als Anhang im RSG dargestellt und damit integraler Bestandteil des RSG Steiermark.

Eine größere Anpassung ergibt sich für den Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung. Für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase ist das Zusammenspiel abgestufter Versorgungsstrukturen entscheidend. Entsprechend wurden die Inhalte des Kapitels angepasst und aktualisiert. Durch den Aufbau von 8 Palliativbetten in der VR 65 Süd-/Weststeiermark stehen jetzt in allen Versorgungsregionen Palliativstationen zur Verfügung. Neu im Kapitel ist die Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Form eines Palliativteams dargestellt.

Weiter finden sich kleinere Anpassungen, meist aus bereits abgeschlossenen und umgesetzten Planungsfestlegungen des RSG Steiermark 2011.

Folgende Kapitel wurden noch vollständig aus dem RSG-St 2009 übernommen und weisen daher den Planungshorizont 2015 auf. Sie werden im Zuge der Weiterentwicklung des RSG schrittweise aktualisiert.

- Kapitel 9: Psychosoziale Dienste
- Kapitel 11: Rehabilitation
- Kapitel 13: Medizinisch-technische Großgeräte

1.2 Planungsauftrag

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St) zielt auf eine umfassende, gleichmäßige – möglichst wohnortnahe – und qualitätsvolle medizinische Versorgung für alle Steirerinnen und Steirer – unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen – ab.

Zielsetzung der Revision des RSG-St 2009 ist die Weiterentwicklung und Neustrukturierung wesentlicher Bereiche des akutstationären Versorgungsbereichs in enger Abstimmung mit den ambulanten Versorgungsstrukturen. Demzufolge ist auch eine Adaption und Anpassung der ambulanten Versorgung vorzusehen. Der Planungsauftrag umfasst weiters die Revision der Versorgung mit Hämodialyse. Es sind zudem Überlegungen zu einer Abstufung und Anpassung der medizinisch pflegerischen Versorgung auf die speziellen Bedürfnisse der steigenden Zahl betagter und hoch betagter Patientinnen und Patienten anzustellen.

1.3 Planungsvoraussetzungen

Der Planungshorizont für diese Revision reicht bis zum Jahr 2020.

In diesem Zeitraum sollen in speziellen Versorgungsbereichen Pilotprojekte durchgeführt und evaluiert werden, um diese Versorgungsmodelle in der Folge in optimierter Form in die Regelversorgung überführen zu können. Dieser Planungshorizont ermöglicht ein schrittweises Vorgehen im Einklang mit den jeweils bestehenden bundes- und landesweiten Rahmenvorgaben. Für alle übrigen im RSG-St 2009 angeführten Bereiche bleibt der Planungshorizont mit 2015 bestehen.

Den rechtlichen Rahmen für die Revision des RSG-St 2011 bildet der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2010) und die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008-2013.^{1,2} Der RSG-Steiermark entspricht gemäß den Grundsätzen der Art. 15a B-VG-Vereinbarung einer gemeinsamen, integrierten und sektorenübergreifenden Planung und Steuerung im Gesundheitswesen.

Die Grundsätze der Planung nach dem ÖSG 2010 sowie die darin festgelegten Rahmenvorgaben in Form der Strukturqualitätskriterien (Referenzzentren, spezielle Versorgungsbereiche,...) werden in der Revision des RSG-St 2011 umfassend gewahrt.

Die Planungen zum Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark beruhen auf detaillierten und umfangreichen Datenanalysen und statistischen Berechnungen sowie auf umfassenden Rechercharbeiten von JOANNEUM RESEARCH (HEALTH - Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften).

¹ vgl. GÖG 2010

² vgl. Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007, Landtagsbeschluss vom 11.12.2007

1.4 Planungszielsetzung und inhaltliche Schwerpunkte

Aus dem Planungsauftrag ergibt sich eine integrierte regionale Versorgungsplanung mit effizienter Leistungsabstimmung zwischen Häusern und Sektoren und einer wirksamen ambulanten Versorgungsstruktur für ein regional breites fachliches Angebot. Die Erweiterung der medizinischen Fachgebiete in der regionalen Versorgung ist ebenfalls Ziel der Revision des RSG-St. Es wird ein möglichst gleichwertiger Zugang zu adäquater Versorgung für alle Bewohnerinnen und Bewohner der Steiermark ebenso angestrebt, wie eine möglichst effiziente Versorgung bei noch gesteigerter Qualität.

Dem hohen Stellenwert der Erst- und Notfallversorgung wird in der standortspezifischen Planung vollinhaltlich Rechnung getragen.

Entwicklungen in der Medizin, die strukturelle Implikationen nach sich ziehen, werden kalkulatorisch und in der strukturellen Neuausrichtung verstärkt berücksichtigt.

Die demografischen Prognosen erfordern eine deutliche Ausrichtung hin zu Versorgung mit geriatrischer Kompetenz. Demgemäß ist eine Abgrenzung geriatrisch orientierter Akutversorgungsmodelle gegenüber rein pflegerischen Leistungen und Strukturen Teil des vorliegenden RSG-St 2011 (Revision des RSG-St 2009) und in der Folge in Pilotprojekten zu erproben.

Es wird verstärkt Wert auf eine Kooperation zwischen einzelnen Standorten gelegt. Diese Kooperation soll sowohl in Bezug auf die Leistungsabstimmung als auch auf den Personalaustausch gewährleistet werden.

Um die integrative Planung weiter zu verbessern, wird der Endbericht zum RSG-St 2011 (Revision des RSG-St 2009) eine regionalspezifisch bedarfsorientierte Darstellung der ambulanten Versorgungsstrukturen (Spitalsambulanzen, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte) über sektorale Grenzen hinweg beinhalten. Manche dieser Modelle bedürfen erst der Ausgestaltung rechtlicher Rahmenbedingungen oder neuer Finanzierungsmodelle. Der Planungshorizont 2020 lässt dabei den Spielraum, die Umsetzung der notwendigen Schritte zeitgerecht zu erwirken.

Um die chirurgische Versorgung noch besser dem Bedarf anpassen zu können, wird eine klare Ausdifferenzierung zwischen allgemeinchirurgischer und unfallchirurgischer Versorgung in den Regionen forciert. Damit werden die Versorgungsaufgaben der einzelnen Krankenanstalten deutlicher geregelt, als dies bisher der Fall war. Auch in diesem Kontext spielen Kooperationsmodelle eine entscheidende Rolle.

2 BERICHTSSTRUKTUR

Der vorliegende Bericht gliedert sich in einen allgemeinen, deskriptiven Teil zu Begriffsklärungen und inhaltlichen Präzisierungen sowie zur Beschreibung der angewendeten Planungsmethoden und –algorithmen zu den verschiedenen Versorgungsbereichen sowie einen Anhang.

Im Vergleich zum RSG-St 2009 Version 1.1 wurden die Bereiche der akutstationären und ambulanten Versorgung verändert. Des Weiteren enthält dieser deskriptive Teil die Planungsfestlegungen zur Versorgung mit Hämodialyse für die gesamte Steiermark.

Im Anhang zu diesem Bericht findet sich der tabellarische Teil, der genaue Planzahlen auf Ebene der Organisationsstrukturen für jedes vorzuhaltende Fach auf Ebene der gesamten Steiermark und auf Ebene der einzelnen Standorte enthält. Die standortbezogenen Darstellungen sind jeweils pro Versorgungsregion zusammengefasst. Diese regional zusammengefassten Darstellungen enthalten zudem die Planungsaussagen für den ambulanten Versorgungsbereich.

3 VERSORGUNGSFELD STEIERMARK

3.1 Geographie

Die Steiermark hat eine Fläche von 16.401 km² und ist damit das zweitgrößte Bundesland Österreichs. Politisch gliedert sie sich in 17 Bezirke.³ Neben den politischen Bezirken ist vor allem auch deren Zusammenfassung zu sechs NUTS III-Regionen für die vorliegende Strukturplanung von Relevanz, weil diese mit den im ÖSG 2010 definierten Versorgungsregionen übereinstimmen (siehe nachstehende Darstellung).^{4,5}

Gleichzeitig bildet die Steiermark zusammen mit Kärnten und dem südlichen Teil des Burgenlandes die Versorgungszone Süd im Sinne des ÖSG 2010, was im Sinne des zonenweiten Versorgungsauftrags in manchen Bereichen von Bedeutung ist.⁶



Abbildung 1: Versorgungsregionen/NUTS III⁷

³ vgl. Steiermärkische Landesregierung 2011

⁴ vgl. Steiermärkische Landesregierung <<http://www.regionext.steiermark.at/>>

⁵ vgl. GÖG 2010

⁶ vgl. GÖG 2010

⁷ vgl. Steiermärkische Landesregierung <<http://www.regionext.steiermark.at/>>

Die Besiedelungsdichte ist heterogen und reicht von der Stadt Graz mit 2.019 Einwohnerinnen bzw. Einwohnern pro km² bis in die obersteirischen Bezirke Murau mit 21 sowie Liezen mit 25 Einwohnerinnen bzw. Einwohnern pro km².⁸

Durch die Gebirge im Norden und Westen der Steiermark sind diese Regionen im Vergleich zum übrigen Bundesland verkehrstechnisch schlechter erschlossen.⁹ Im Bezirk Liezen ist vor allem die Region um Bad Aussee von der Steiermark aus schwer erreichbar. Dies gilt auch für die Seitentäler des Ennstals, die jedoch ausgesprochen dünn besiedelt sind. Zudem besteht eine schlechte verkehrstechnische Anbindung für den Bezirk Bad Radkersburg.

Diese topographischen Bedingungen gilt es im Sinne einer flächendeckenden Versorgung zu bedenken. Sie stellen neben der Bevölkerungsdichte und –struktur ein weiteres Planungsmoment dar.

3.2 Demographie

Die Bevölkerungszahlen, die dem folgenden Kapitel zugrunde liegen, stammen von der Statistik Austria und stellen den Bevölkerungsstand zum 1. Jänner 2011 dar.

In der Steiermark lebten zu diesem Zeitpunkt 1.210.614 Menschen. Der Anteil der Frauen ist mit 51,1% höher als der der Männer mit 48,9%. Während bei den unter 20-jährigen sowie bei den 21- bis 64-jährigen die Mehrheit der Bevölkerung noch männlich ist, dreht sich das Geschlechterverhältnis bei den über 65-jährigen zugunsten der Frauen mit circa 56% zu 44% um. Bei den über 85-jährigen ist der Unterschied mit circa 74% zu 26% noch drastischer.

Insgesamt sind 19,5% der Bevölkerung jünger als 20 Jahre, 16,2% sind älter als 64 Jahre und 3% sind älter als 84 Jahre. Die regionale Altersverteilung zeigt, dass in den obersteirischen Bezirken (wie zum Beispiel Leoben, Mürzzuschlag und Bruck/Mur) ein höherer Anteil an älterer Bevölkerung lebt, als rund um die urbanen Bezirke Graz und Graz-Umgebung. Laut ÖROK-Bevölkerungsprognose 2001 bis 2031 ist in den Regionen 62, 63, 64 und 66 ein Bevölkerungsrückgang zu erwarten, wenngleich dieser nicht in allen Bezirken gleich stark ausfallen wird. Für die Versorgungsregion 65 ist laut ÖROK-Prognose kaum mit Veränderungen der Bevölkerungszahl zu rechnen. Die einzige Region mit prognostiziertem Bevölkerungswachstum ist die Versorgungsregion 61. In allen Regionen wird sich

⁸ vgl. Steiermärkische Landesregierung 2011

⁹ vgl. GIS Steiermark 2007

auch in den kommenden Jahren die Bevölkerungsstruktur hin zu älteren Bevölkerungsgruppen verschieben.^{10, 11}

3.3 Versorgungssituation

Die stationäre Akutversorgung findet großteils in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten statt. Dazu kommen zwei Unfallkrankenhäuser (UKHs) der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) in Graz am Standort Eggenberg und in Kalwang.

Mit 19 Häusern wird der überwiegende Teil der Akutkrankenhäuser unter der Trägerschaft der landeseigenen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) verwaltet. Dazu kommen in Graz zwei Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder, eines der Elisabethinen sowie die Albert Schweitzer Klinik. Weitere konfessionelle Häuser befinden sich in Schladming (das Krankenhaus der Diakonissen) und in Vorau (das Marien-KH). Das LKH-Universitätsklinikum in Graz als einzige Zentralkrankenanstalt der Steiermark umfasst sämtliche medizinischen Fächer und dient auch der medizinischen Forschung und Lehre. Das LKH Leoben-Bruck/Mur ist ein Schwerpunktkrankenhaus; die Landeskrankenhäuser (LKHs) mit einem erweiterten Versorgungsauftrag sind die LKHs Feldbach-Fürstenfeld und Judenburg-Knittelfeld, die jeweils standortübergreifend in Verbänden geführt werden.

In der stationären Versorgung gibt es des Weiteren zehn private Sanatorien, die fast ausschließlich im Großraum Graz zu finden sind, und zehn Rehabilitationszentren verschiedener privater und öffentlicher Träger. Vier der Rehabilitationszentren befinden sich im Besitz der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), eines im Besitz der AUVA, die restlichen fünf befinden sich in Privatbesitz. Generell hat die Steiermark eine hohe Dichte an Rehabilitationsbetten und eine stark überregional ausgestaltete Versorgungswirkung in diesem Bereich.

In der extramuralen Versorgung weist die Steiermark in vielen Bereichen eine höhere Ärztinnen- und Ärztedichte auf als der Rest Österreichs (ohne Wien), was teilweise auch mit der Topographie des Landes zusammenhängt. Allerdings gibt es auch einzelne Fachbereiche, wo die Ärztinnen- und Ärztedichte geringer ist.

Im Bereich der medizinisch-technischen Großgeräte gilt die Steiermark gerade bei Geräten zur Schnittbilddiagnostik als überdurchschnittlich gut versorgt. Insgesamt stehen hier zurzeit 38 CT- und 19 MR-Geräte in Krankenanstalten, die vom Gesundheitsfonds Steiermark finanziert werden, oder in

¹⁰ vgl. FA 16 - Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2007

¹¹ vgl. ÖROK - Österreichische Raumordnungskonferenz 2006

Instituten mit einem Kassenvertrag zur Verfügung. Dazu kommen zwei weitere CTs und ein MR an den beiden UKH-Standorten sowie weitere Geräte in der extramuralen Versorgung, für die kein Kassenvertrag besteht. Die Planungsaussagen dazu finden sich in Kapitel 13.

4 BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

4.1 Akutstationäre Versorgung

4.1.1 Standardkrankenhäuser der Basisversorgung

Der ÖSG 2010 bietet die Möglichkeit, Standardkrankenanstalten der Basisversorgung zu definieren. Die Versorgungsfunktion dieser Krankenanstalten umfasst laut ÖSG 2010¹²:

- Führung einer Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung
- Gewährleistung einer permanenten Erstversorgung mit Triage von Notfällen
- Vorhaltung operativ tätiger Fächer in reduzierten Organisationsformen, beschränkt auf Basisversorgungsleistungen (zumindest in der Chirurgie)

Im Bedarfsfall sind zudem Einrichtungen der AG/R oder RNS zu berücksichtigen. Damit diese Krankenanstalten erforderlichenfalls komplexere medizinische Versorgung sicherstellen können, sind Kooperationen mit anderen Krankenanstalten höherer Versorgungsstufe einzugehen.

Diese Krankenanstalten verfügen über eine definierte Basisversorgungsfunktion, die je nach regionalem Bedarf um Elemente einer ambulanten oder auch teilstationären Basisversorgung erweitert werden sollen. Dabei sollen diese Erweiterungen einer verbesserten, fachlich breiteren Versorgung der peripheren Regionen dienen und damit zentralisierte stationäre Strukturen substitutiv entlasten und ein effizienteres Leistungsangebot ermöglichen. Demgemäß erhalten manche dieser Standorte je nach dem regionalen Bedarf, der auch in Abstimmung mit der extramuralen Versorgungssituation in der ambulanten Betreuung der entsprechenden Region analysiert wurde, eine Versorgungsfunktion für weitere medizinische Fächer.

Eine Umsetzung dieses Versorgungsmodells im KAKuG ist vorgesehen. Vorerst soll die Umwandlung der entsprechenden Einrichtungen im Rahmen eines Pilotprojekts erfolgen, das von der Gesundheitsplattform zu beschließen und der Bundesgesundheitskommission anzuzeigen ist. Zudem sind diese Pilotprojekte begleitend zu evaluieren.

¹² vgl. GÖG 2010, S. 24 ff

4.1.2 Beschreibung der Strukturelemente

Im Anhang unter Kapitel 15 sind die Tabellen je Standort mit den vorzuhaltenden Organisationsformen je medizinisches Fach und den korrespondierenden Bettenzahlen dargestellt. Nachstehend sind die Bezeichnungen in den Tabellen sowie deren inhaltliche Bedeutung erklärt. Die umfassenden Erklärungen zu den Begriffen und die detaillierten strukturellen und funktionellen Definitionen und Qualitätskriterien dazu sind im ÖSG 2010 zu finden.

A Abteilung

Bettenführende Einheiten in Akutkrankenanstalten im Sinne von § 2a (1) KAKuG mit ärztlichem Dienst gemäß § 8 (1) KAKuG, vorzuhalten unter Beachtung der im ÖSG festgelegten Mindestbettenanzahl.¹³

B Betten

Definiert im vorliegenden Bericht Betten, die am Standort zu führen sind, jedoch in keiner eigenen Organisationsform zusammengefasst sind, sondern einer anderen Organisationsform zugeordnet sind.

dTK Dislozierte Tagesklinik

Dies sind Betten an einem Krankenanstalten-Standort ohne vollstationäre Betten führende Einheit derselben Fachrichtung. In Tageskliniken erfolgen ausschließlich geplante tageschirurgische Eingriffe. Eine dTK hat ein eingeschränktes Leistungsangebot, das in der Leistungsmatrix des ÖSG 2010 definiert ist.¹⁴ Sie soll interdisziplinär bzw. fachübergreifend betrieben werden. Sie können als eigenständige Organisationseinheiten geführt werden. Es benötigt jedenfalls eine Kooperationsvereinbarung mit einer Abteilung aus dem entsprechenden Fach zur personellen und fachlichen Absicherung dieser reduzierten Organisationsform.

dWK Dislozierte Wochenklinik

Ist ein dislozierter, Betten führender Teil einer Abteilung (Mutterabteilung) mit dieser zugeordneten systemisierten Betten, in denen Behandlungen der Basisversorgung mit kurzer Verweildauer durchgeführt werden.

¹³ vgl. GÖG 2010, S. 25 ff

¹⁴ vgl. GÖG 2010, Anhang LM S. 1 ff

Für Krankenanstalten-Aufenthalte mit erwarteter Entlassung innerhalb der definierten Betriebszeiten. Sie ist vorrangig für elektive operative Leistungen und gegebenenfalls solche aus konservativen Bereichen vorgesehen.¹⁵ Sie soll interdisziplinär bzw. fachübergreifend betrieben werden. Die organisatorische sowie medizinische Zusammenarbeit mit der Mutterabteilung ist sicher zu stellen.

Für jedes im Rahmen einer dWK geführte Bett dürfen 0,4 dWK-Betten über die ausgewiesene standortspezifische Bettenobergrenze hinaus tatsächlich geführt werden.

D *Department*

Eingeschränkt auf PCH, AG/R, RNS oder PSO. Departments der Unfallchirurgie sind laut ÖSG 2010 in Abteilungen oder Satellitendepartments umzuwandeln.

IFB *Interdisziplinäre und interfunktionelle Betten in Intensiveinheiten*

Das sind interdisziplinäre und interfunktionelle Betten in Intensiveinheiten, die interdisziplinär für PatientInnen von konservativen Fächern und anästhesiologisch für PatientInnen von chirurgischen Fächern, sowie interfunktionell für Intensivüberwachung bzw. Intensivbehandlung genutzt werden.

SD *Satellitendepartment*

Sind dezentrale, kleine Versorgungseinheiten an anderen Standorten im Verbund mit der Mutterabteilung. Derzeit bestehende Departments für Unfallchirurgie sind entsprechend dem Bedarf in Abteilungen oder Satellitendepartments umzuwandeln.¹⁶

S *Schwerpunkt*

Siehe dazu die Definition laut ÖSG 2010 S. 85

X *Tagesklinisches Angebot (Bettanzahl unbestimmt)*

Dislozierte tagesklinische Betten werden im Rahmen der Betten der Mutterabteilung ausgewiesen. Sie müssen von der Bettenanzahl der Mutterabteilung jedenfalls im Verhältnis 1:1 abgezogen werden. Dies wird mit dem Platzhalter X ausgedrückt. Dieser dient einer derzeit noch nicht festgelegten aber zukünftig festzulegenden Bettenanzahl im Rahmen der regionenspezifischen Bettenobergrenze der jeweiligen Fachrichtung.

¹⁵ vgl. GÖG 2010, S. 29

¹⁶ vgl. GÖG 2010, S. 62

4.1.3 Strukturen der allgemeinchirurgischen Versorgung

Gesondert ausgewiesene Organisationsformen für Allgemeinchirurgie (*) werden vorerst im Rahmen eines Projektes geführt. Ein Pilotprojekt im Sinne des ÖSG 2010 wird in der allgemeinchirurgischen TK am MKH Vorau durchgeführt und hinsichtlich ihrer Versorgungswirksamkeit sowie quantitativer Leistungszahlen und hinsichtlich der Erfüllung der im ÖSG 2010 definierten Strukturqualitätskriterien währenddessen evaluiert. Die Ergebnisse dieses Pilotprojektes und dessen Evaluation stellen die Grundlage für die Anpassungen der Organisationsformen in den mit (*) markierten allgemeinchirurgischen Abteilungen/der dislozierten Tagesklinik dar. Darüber hinaus wird die Bedarfs- und Versorgungssituation im Fach Allgemeinchirurgie - insbesondere für die VR 63 - genau und detailliert beobachtet werden. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Sicherstellung funktionierender Kooperationsmodelle im Sinne einer lückenlosen Versorgungskette gelegt werden.

Das Projekt betrifft folgende allgemeinchirurgische Einrichtungen:

- Die Abteilung für Allgemeinchirurgie am LKH Bad Aussee
- Die Abteilung für Allgemeinchirurgie am LKH Voitsberg
- Die dislozierte Tagesklinik für Allgemeinchirurgie am MKH Vorau

4.1.4 Strukturen der unfallchirurgischen Versorgung

In der Bemessung der unfallchirurgischen Kapazitäten für die fondsfinanzierten Krankenanstalten ist die Versorgungswirksamkeit der UKHs Graz und Kalwang mit 145 und 70 Betten zu berücksichtigen. Damit wird die BMZ_{min} für das Fach Unfallchirurgie für die Steiermark deutlich überschritten.

Langfristig sollte mit Bezug auf mögliche Entwicklungen auf Bundesebene die Einbindung der UKHs in den Regionalen Strukturplan Gesundheit angestrebt werden.

4.1.5 Strukturen der neurologischen Versorgung

Im Rahmen der Darstellung der akutstationären Strukturen und Bettenzahlen für den Bereich der Neurologie sind in den Planbettenzahlen immer auch jene für Stroke-Units und neurologische Rehabilitation B und je nach Standort auch C enthalten. Diese sind im Detail:

- LKH-Univ.Klinikum Graz: 6 Betten SU, 8 Betten Rehab B und 10 Betten Rehab C
- LSF Graz: 6 Betten SU, 12 Betten Rehab B und 42 Betten Rehab C

- LKH Leoben-Bruck/Mur: 4 Betten SU und 8 Betten Rehab B
- LKH Feldbach-Fürstenfeld: 4 Betten SU und 4 Betten Rehab B
- LKH Judenburg-Knittelfeld: 4 Betten SU und 3 Betten Rehab B
- NTK Kapfenberg: 9 Betten Rehab B und 65 Betten Rehab C

4.1.6 Strukturen der pulmologischen Versorgung

Die Betten der Respiratory Care Units (RCU) sind nicht in den Planbettenzahlen der PUL-Abteilungen, sondern in den INT-Betten enthalten. Im Detail sind das:

LKH-Univ.Klinikum Graz: 4 Betten

LKH Leoben-Bruck/Mur: 3 Betten

LKH Graz-West: 5 Betten (Verlagerung von Enzenbach)

4.1.7 Strukturen der Remobilisation und Nachsorge (RNS)

Am LKH Mürzzuschlag-Mariazell (Standort Mürzzuschlag) wird das bestehende Department Akutgeriatrie um einen RNS-Bereich erweitert, am LKH Deutschlandsberg wird an der Abteilung für Innere Medizin ein Department für RNS eingerichtet, am LKH Stolzalpe wird an der orthopädischen Abteilung ein Department für RNS eingerichtet. Diese neuen Versorgungsstrukturen werden im Rahmen eines Pilotprojektes geführt und hinsichtlich der zuweisenden und aufnehmenden Einrichtungen und hinsichtlich der dort betreuten PatientInnen evaluiert.

4.1.8 Strukturen der Intensivbetreuung

Die Darstellung der Intensivversorgung soll im vorliegenden RSG differenziert nach Intensivüberwachung und Intensivbehandlung erfolgen. Zudem soll eine Mischform aus Überwachungs- und Intensivbehandlung etabliert werden, die derzeit jedoch weder im ÖSG noch im LKF-System abgebildet ist. Da sich die LKF-Systematik im Bereich der Intensivversorgung in Veränderung befindet, kann die endgültige Einteilung und strukturelle Festlegung in Bezug auf die ausdifferenzierte Funktion der Intensivseinheiten erst zum Umsetzungszeitpunkt erfolgen.

4.1.9 Dargestellte Fachbereiche

Im vorliegenden Bericht werden im Bereich der akutstationären Betreuung die Strukturen der Normalpflegebereiche im Sinne der vom ÖSG 2010 einheitlich in den Planungsmatrizen mit der für das Bundesgebiet vorgegebenen Systematik dargestellt. Demzufolge sind zum Beispiel Abteilungen der Anästhesie nicht enthalten. Dieser Systematik entsprechend werden aber Strukturen der AG/R und RNS, der Palliativbetreuung und der Psychosomatik für Erwachsene und Kinder ausgewiesen.

4.1.10 Leistungen der Basisversorgung

Die Leistungsmatrizen für reduzierte Organisationsformen sind Bestandteil des ÖSG 2010 und werden insbesondere über Einzelleistungen in der jährlich aktualisierten Leistungsmatrix definiert.

4.1.11 Versorgung von GastpatientInnen

Die bestehende Versorgungssituation für GastpatientInnen wurde in den Berechnungen berücksichtigt und ist selbstverständlich auch mit den zukünftigen Strukturen gewährleistet.

4.1.12 Kooperationspartner

Es gilt jedenfalls folgende Regelung für dislozierte Einrichtungen und Satelliteneinrichtungen:

Die Wahl eines Kooperationspartners der entsprechenden medizinischen Fachrichtung für die Führung reduzierter Organisationsformen durch den Träger jener Krankenanstalt, an der die reduzierte Organisationsform eingerichtet wird, ist zwingend erforderlich. Eine Kooperationsvereinbarung hat schriftlich zu erfolgen und zumindest nachfolgende Punkte zu regeln:

- Personelle Sicherstellung der fachlichen Qualität am Standort der reduzierten Organisationsform
- Zeitliche Sicherstellung der Leistungsvorhaltung am Standort der reduzierten Organisationsform
- Definition der Art des am Standort der reduzierten Organisationsform vorzuhaltenden Leistungsangebots
- Sicherstellung der Übernahme von unerwartet aufgetretenen fachspezifischen Behandlungserfordernissen

Die Inhalte dieser Vereinbarung sind vom Gesundheitsfonds Steiermark zu bewilligen.

4.2 Ambulante Versorgung

4.2.1 Neue Modelle eines übergreifenden Strukturenangebots

Es wurde eine weitere Regionalisierung der Versorgung gerade in den Fächern angestrebt, die derzeit sehr zentralisiert angeboten werden. Daraus ergeben sich zum Teil Bedarfslücken in peripheren Regionen, die jedoch nicht dazu ausreichen, eine Planstelle in wirtschaftlich tragbarer Größe zu führen. In solchen Fällen werden KH-Ambulanzen mit reduzierten Öffnungszeiten angestrebt. Dazu sind Vereinbarungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und dem Land Steiermark zu treffen. Die personelle Besetzung von dislozierten Ambulanzen kann einerseits durch den Träger selbst aber auch durch niedergelassene Ärzte erfolgen. Rechtliche Rahmenbedingungen sind entsprechend anzupassen.

4.2.2 Beschreibung der Strukturelemente

AEE Ambulante Erstversorgungseinheit

Interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und allfälliger Erstbehandlung inkl. Triage an 24 h je Tag und sieben Tagen pro Woche. Ausschließlich ambulante Betreuung ungeplanter Patientenzugänge. Diese Einheit kann über eigene Beobachtungsbetten verfügen.¹⁷

Die strukturelle Ausformung und die Versorgungsprozesse von AEEs werden im Zuge von Pilotprojekten erprobt.

TA Terminambulanz

Diese Ambulanz (inklusive allfälliger Spezialambulanzen) bietet keine Notfallversorgung und ist nicht für ungeplante PatientInnenbesuche gedacht. Ungeplante Besuche erfolgen nur über die 24h-Ambulanzen (AEE oder ZAE oder 24h Ambulanzen für UC, KI und KCH, PSY und GEB) als direkte Zuweiser bei fachspezifischem Versorgungsbedarf.

Die TA hat begrenzte Öffnungszeiten.

ZAE Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit

¹⁷ vgl. GÖG 2010, S. 28 ff

Für ungeplante Patientenzugänge mit vor allem akuter Symptomatik. Ist durch einen in der Notfallversorgung erfahrenen Arzt/eine Ärztin mit ius practicandi und erforderlichen weiteren Zusatzqualifikationen zu führen; in Zentralkrankenanstalten ist auch der Einsatz einschlägig qualifizierter Fachärzte/Fachärztinnen zulässig. Die zentrale Funktion besteht in der Erstbegutachtung und –behandlung ungeplanter Zugänge, in der Triage und allfälligen Weiterleitung in die fachlich zuständige Fachstruktur innerhalb und außerhalb der erstversorgenden Krankenanstalt (akutstationär oder ambulant) und in einer einfachen abschließenden Versorgung. Zur Abklärung von Behandlungserfordernissen und Patientenbeobachtung sind stationäre Kurzaufenthalte bis maximal 24 h zulässig.

Diese Einheit ist nicht geeignet zur Erstversorgung Schwerverletzter und für die Geburtshilfe. Es ist jedenfalls eine enge Zusammenarbeit mit dem Notarzt und Rettungswesen sicher zu stellen.

24h *uneingeschränkte Betriebszeiten*

Sowohl die AEE als auch die ZAE werden rund um die Uhr für die Erst- und Notfallversorgung offen gehalten. Dies gilt zudem für Ambulanzen der Geburtshilfe, der Psychiatrie, der Kinder- und Jugend-Psychiatrie und für Ambulanzen der Kinderheilkunde und Kinderchirurgie gemeinsam sowie für Ambulanzen der Unfallchirurgie.

5 AKUTSTATIONÄRE VERSORGUNG

5.1 Planungsgrundlagen

Die Orientierung der zukünftigen akutstationären Versorgungsstrukturen am zu erwartenden Bedarf auf Basis der alters- und geschlechtsspezifischen Prognosen auf Bezirksebene führt zur Notwendigkeit, Teile dieser bestehenden Strukturen neu zu positionieren und sie in ihrer fachlichen Tätigkeit frühzeitig adäquat auszurichten. Dies eröffnet die Möglichkeit, durch neue und flexible Versorgungsmodelle dem Bedarf gut zu begegnen und dabei effizient in der Vorhaltung des Angebots agieren zu können. Es werden einzelne Standorte dem regionalen Bedarf entsprechend in ihrer Funktion und Struktur weiterentwickelt.

5.2 Kalkulationsalgorithmus

Der detaillierte Algorithmus zur Bedarfsbestimmung im akutstationären Bereich ist im Bericht zum RSG-St 2009 beschrieben. Nachstehend findet sich eine aktualisierte Punktion der Vorgehensweise, die die Änderungen gegenüber dem Bericht 2009 darstellt.

5.2.1 Ist-Analyse

Die IST-Analyse beruhte auf den gesamten stationären Leistungsdaten von 2010 und diente als Basis für die rechnerischen Kalkulationen und Anpassungen für die notwendigen Strukturen 2020. Darüber hinaus wurden jedoch im Sinne einer effizienten strukturellen Ausprägung im stationären Bereich die Bettenkalkulationen nicht nur auf Ebene der einzelnen Häuser durchgeführt, sondern die Rohergebnisse auch auf Ebene der Versorgungsregionen abgestimmt.

5.2.1.1 Relative Verweildauer (Ist)

Die tatsächliche Verweildauer (VWD) der Patientinnen und Patienten (Ist-Wert) wird pro Region bzw. Abteilung auf Ebene der LDF-Knoten¹⁸ in Beziehung zum Benchmark für die Belagstage (BT) gesetzt.

¹⁸ LDF-Knoten (z.B. HDG01.01A) stellen im LKF-Modell verrechnungsrelevante Subeinheiten der LDF-Gruppen dar. Die Differenzierung erfolgt nach Alter, spezifischen medizinischen Einzelleistungen (MELs) und Zusatzdiagnosen und ermöglicht damit eine eingeschränkte Casemix-Standardisierung. Die LDF-Gruppen

$$rel.VWD = \frac{\sum BT_{Ist}(LDF-Knoten)}{\sum BT_{Benchmark}(LDF-Knoten)}$$

Im Falle interner Verlegungen wird die Verweildauer für beide Werte (Ist-Wert, Vergleichswert) anteilig zugeordnet.

Für Funktionseinheiten, für die das LKF einen überproportional hohen Tageskomponentenanteil vorsieht (z.B. AG/R, Neurologische Rehabilitation Psychiatrie und KJP) und für Intensivstationen wird der Vergleichswert mit dem Ist-Wert gleichgesetzt, so dass als Wert für die relative VWD 1,00 resultiert.

5.2.1.2 Relative Krankenhaushäufigkeit (Ist)

Differenziert nach

- LDF-Gruppen (Leistungs- und Diagnosefallgruppen)
- Geschlecht
- Alterskohorten
- Bezirke

wird die Anzahl der tatsächlichen Aufnahmen (Ist-Wert) in Beziehung zu einem rechnerisch ermittelten Vergleichswert gesetzt. Dieser Vergleichswert entspricht der Anzahl der Aufnahmen, die sich umgerechnet bei einer Übertragung eines Benchmarks für die Krankenhaushäufigkeit auf die entsprechende Bezugseinheit in der Region ergibt.

$$rel.KHH = \frac{KHH_{Region}(LDF-Gruppe, Geschlecht; Alterskohorte)}{KHH_{Benchmark}(LDF-Gruppe, Geschlecht; Alterskohorte)}$$

Die Aufnahmen werden jeweils der aufnehmenden Abteilung zugeordnet, krankenhauserne Verlegungen werden nicht als Aufnahmen gezählt.

Für nicht-österreichische Patienten/-innen (z.B. Touristen/-innen) wird der Vergleichswert mit dem Ist-Wert gleichgesetzt, so dass als Wert für die relative KHH 1,00 resultiert. Ebenso wird Leistungsbereichen, die aufgrund spezifischer Strukturen keine sinnvolle überregionale Vergleichbarkeit der KHH zulassen (z.B. AG/R, Neurorehabilitation im Rahmen der fondsfinanzierten Krankenanstalten), rechnerisch ein Wert von 1,00 zugeordnet.

entsprechen homogenen Patienten/-innengruppen, die auf Basis von Hauptdiagnosen und medizinischen Einzelleistungen gebildet werden.

5.2.1.3 Anteil Tagesklinik (Ist)

Der Anteil Tagesklinik wird berechnet, indem die 0-Tages-Aufnahmen mit einem Fallwert > 250 LKF-Punkte mit den Gesamtaufnahmen in Beziehung gesetzt werden (Ist-Wert).

5.2.1.4 Anteil Null-Tagesaufnahmen

Der Anteil Tagesklinik wird berechnet, indem die 0-Tages-Aufnahmen mit einem Fallwert < 250 LKF-Punkte mit den Gesamtaufnahmen in Beziehung gesetzt werden (Ist-Wert).

5.2.2 Normwerte (Benchmarks)

5.2.2.1 Relative Verweildauer (Soll)

In der Soll-Planung werden relative Verweildauern (rVWD) jeder einzelnen Abteilung, die im IST >0,9 sind, als Norm-Wert auf eine relative Verweildauer von 0,90¹⁹ angepasst. In allen anderen Fällen wird die IST-rVWD unverändert belassen.

Ausnahmen sind jene Bereiche, in denen derzeit diese Verweildauer unterschritten wird. In diesen Fällen wird der niedrigere Wert fortgeschrieben.

5.2.2.2 Relative Krankenhaushäufigkeit (Soll)

Die Soll-Anpassung der relativen KHH erfolgt über folgende Regeln auf Ebene der LDF-Gruppe je Region und Alterskohorte.

- rel. KHH <0,75 Erhöhung der relativen Krankenhaushäufigkeit auf 0,75
- rel. KHH >1,00 Reduktion der relativen Krankenhaushäufigkeit auf 1,00

5.2.3 Datengrundlagen

Die Analyse der IST-Versorgungssituation und die Berechnung der SOLL-Planzahlen für 2020 erfolgten für den akutstationären Versorgungsbereich auf Basis nachstehend angeführter Datengrundlagen:

- Leistungsdaten des Jahres 2010 der steiermärkischen Fondskrankenanstalten (Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark)

¹⁹ Der gegenüber dem Benchmark niedrigere Wert spiegelt die zu erwartende Entwicklung innerhalb des Planungshorizontes 2020 wider.

- Anonymisierte Leistungsdaten der Fondskrankenanstalten ganz Österreichs mit Ausnahme der Steiermark des Jahres 2009 (Quelle: DIAG)
- Anonymisierte Leistungsdaten der AUVA-Unfallkrankenhäuser des Jahres 2009 (Quelle: DIAG)
- Anonymisierte Leistungsdaten der PRIKRAF-Krankenanstalten des Jahres 2009 (Quelle: DIAG)
- Demographische Daten (Ist-Daten 2009 und 2010 und Prognose der demografischen Entwicklung bis 2020) aus der Datenbank der österreichischen Raumordnungskonferenz
- Tatsächliche Bettenzahlen der steiermärkischen Fondskrankenanstalten entsprechend der KA-Statistik des Landes Steiermark 2009

5.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Kalkulationen auf Ebene der einzelnen Organisationsstrukturen je Krankenhausstandort und je medizinischer Fachrichtung finden sich im Anhang zu diesem Bericht nach Versorgungsregionen dargestellt (Kapitel 15).

5.4 Referenzzentren

5.4.1 Rahmenvorgabe ÖSG

Gemäß ÖSG sind Referenzzentren (RFZ) spezialisierte Strukturen von regionaler und überregionaler Bedeutung. Sie sind grundsätzlich innerhalb von Krankenanstalten auf Ebene der Schwerpunktversorgung bzw. der Zentralversorgung einzurichten, in denen die Erbringung komplexer medizinischer Leistungen gebündelt wird.

Als komplexe medizinische Leistungen werden „aufwendige, kostenintensive Leistungen“ definiert, die „besondere Ausstattung und Qualifikationen erfordern und auf spezielle Indikationsbereiche abzielen“. Laut ÖSG hat in den RFZ die spezialisierte Diagnostik und Therapie im jeweiligen medizinischen Leistungsbereich zu erfolgen. Darüber hinaus ist die Erbringung bestimmter MELs auf RFZ eingeschränkt.²⁰

Unabhängig davon kann die Basisdiagnostik und -therapie sowie die Weiterführung einer Behandlung auch außerhalb von RFZ durchgeführt werden. Dies hat aber jedenfalls in kontinuierlicher

²⁰ vgl. GÖG 2010, S. 91ff

Abstimmung mit dem jeweiligen RFZ zu erfolgen. Gemäß dieser Vorgabe kommen als RFZ in der Steiermark primär die Standorte des LKH-Univ. Klinikum Graz und des LKH Leoben-Bruck/Mur in Frage.

5.4.2 Darstellung der RFZ

RFZ	Standort
Herzchirurgie (HCH)	LKH-Univ. Klinikum Graz
Thoraxchirurgie (TCH)	LKH-Univ. Klinikum Graz
Gefäßchirurgie (GCH)	LKH-Univ. Klinikum Graz LKH Leoben-Bruck/Mur
Transplantationschirurgie (TxC) <ul style="list-style-type: none"> - Herztransplantation (HTx) - Lebertransplantation (LTx) - Lungentransplantation (LuTx) - Nierentransplantation (NTx) 	LKH-Univ. Klinikum Graz
Interventionelle Kardiologie (KAR)	Versorgungsstufe 1: LKH-Univ. Klinikum Graz Versorgungsstufe 2: LKH Leoben-Bruck/Mur LKH Graz-West
Kinderkardiologie (KKAR)	LKH-Univ. Klinikum Graz
Onkologie (ONK)	ONKZ: LKH-Univ. Klinikum Graz ONKS: LKH Leoben-Bruck/Mur ONKA: Verbund LKH Feldbach-Fürstenfeld LKH Graz-West KH der Barmherzigen Brüder Graz KH der Elisabethinen Graz
Pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung (KIONK)	LKH-Univ. Klinikum Graz
Stammzelltransplantation (SZT)	LKH-Univ. Klinikum Graz
Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)	LKH-Univ. Klinikum Graz
Nephrologie (NEP)	NEPR: LKH-Univ. Klinikum Graz NEPS: LKH Leoben-Bruck/Mur

6 AMBULANTE VERSORGUNG

Dieser vorliegende Bericht geht weiter als jener des Jahres 2009 und definiert auf Ebene der Planstellen und Standardversorgungseinheiten (SVEs) in den Ambulanzen die notwendigen strukturellen Anpassungen für den Planungshorizont 2020.

Die Planungen für die ambulante Versorgung umfassen sowohl die Strukturen im allgemeinmedizinischen als auch im fachärztlichen niedergelassenen Bereich, sowie in den Krankenhausambulanzen. Diese werden je Fachrichtung jeweils als ein integriertes ambulantes Versorgungssystem betrachtet.

Da die Planungen auf dem tatsächlichen Leistungsgeschehen basieren, werden die Leistungsdaten aus diesem Bereich auf Ebene der Kontakte, als kleinste vergleichbare Einheit, analysiert und auf dieser Ebene auch die Planungsaussagen errechnet. Die dafür verwendete Methode wurde bereits für die Erstellung des RSG Steiermark 2009 entwickelt und im entsprechenden Bericht sehr detailliert vorgestellt, sodass eine neuerliche Darstellung entfällt. Es werden lediglich die Grundzüge nochmals beschrieben, sowie die Adaptionen der damals vorgestellten Methodik und die Weiterentwicklungen ausgeführt.

6.1 Planungsgrundlagen

Grundlagen für die Arbeiten waren die Daten der Jahre 2008 und als Ergänzung und zur Verifikation die Daten des Jahres 2007. Eine genaue Datenbeschreibung findet sich in Kapitel 6.2.2. Keine strukturellen Planungen wurden in folgenden Fachbereichen durchgeführt:

- Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde: hierfür konnten keine Daten mit definierbaren Patientinnen- bzw. Patientenkontakten zur Verfügung gestellt werden.
- Nuklearmedizin
- Labormedizin: verändertem Bedarf wird in diesem Bereich nicht mit Änderungen bei Planstellen, sondern mit infrastrukturell-technischen Adaptionen begegnet; diese sind nicht planbar. Zudem ist Standortplanung nicht notwendig, da die Frage der Erreichbarkeit nicht auftritt.
- Neurologie und Psychiatrie, sowie Kinder- und Jugend-Psychiatrie: hier bleiben die Planungsaussagen des RSG 2009, der um diese beiden Fächer erweitert wurde, bestehen.

Ein relevanter Grundsatz war es, bestehende Strukturen möglichst effizient zu nutzen und beim Neuaufbau eben darauf zu achten. Dies hat insofern Auswirkungen auf die sektorale Allokation neuer Strukturen, als die Entscheidung, wie diese angeboten werden sollen, davon abhing, ob bereits entsprechende Ambulanzen in einem Haus bestehen, oder verwandte Fächer dort angeboten werden, sodass eine synergetische Nutzung personeller und infrastruktureller Ressourcen möglich wäre. War dies gegeben, wurde einer KH-Ambulanz gegenüber einer Planstelle der Vorzug gegeben.

6.2 Methodik

Es wurden sämtliche Leistungen auf Basis von Frequenzen (Patientinnen- bzw. Patientenkontakten) betrachtet, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhausambulanzen, Vertragsambulatorien der Krankenkassen oder Privatinstituten erbracht wurden, soweit dazu Verrechnungsdaten der Sozialversicherungen bzw. Dokumentationen der Krankenhausträger verfügbar waren. Als Frequenz wird ein Kontakt einer Patientin oder eines Patienten bei einer Einrichtung des Gesundheitswesens an einem bestimmten Tag gewertet, unabhängig von der Zahl der dabei erbrachten oder verrechneten Einzelleistungen.

Leistungen, die von Ärztinnen und –Ärzten ohne §2-Planstelle erbracht wurden, wurden deskriptiv in der Analyse berücksichtigt, um ihr Ausmaß quantifizieren zu können. Da sich Wahlärzte einer Struktur- und Standortplanung auf Ebene von Planstellen aufgrund der Niederlassungsfreiheit entziehen, werden dazu keine planerischen Aussagen getätigt.

6.2.1 Konzept

Die Normierung der Versorgungskapazitäten von Krankenhausambulanzen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zum Zwecke der Vergleichbarkeit erfolgte auf Basis der erbrachten Frequenzen. Daher wurden als Rechengröße Standardversorgungseinheiten (SVE) eingeführt, um eine Vergleichbarkeit der Versorgungswirksamkeit von Krankenhausambulanzen und niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten zu ermöglichen. Für jede medizinische Fachrichtung wurde auf Basis der analysierten Daten eine Gesamtfrequenzzahl definiert, die einer Standardversorgungseinheit entspricht. Damit ist es möglich sowohl das Inanspruchnahmeverhalten, als auch die Leistungserbringung standardisiert und damit interpretier- und adaptierbar darzustellen. Dieser Wert ist unabhängig davon, in welcher Versorgungsstruktur die Erbringung der Leistungen erfolgte oder die Vorhaltung der Kapazitäten zu geschehen hat.

6.2.1.1 Darstellung des Inanspruchnahmeverhaltens

Die Analysen des Inanspruchnahmeverhaltens auf Basis der Wohnbevölkerung werden nach Geschlechtern und Altersgruppen getrennt durchgeführt. Im Wesentlichen werden nachgefragte Kontakte bei folgenden Kategorien von Leistungserbringern einzeln berechnet:

- bei ÄrztInnen und Instituten mit §-2-Vertrag
- in Krankenhausambulanzen
- bei ÄrztInnen und Instituten ohne §-2-Vertrag (Vertragspartner der Sondersicherungsträger und jene mit Kostenrückerstattung bei der StGKK)
- in krankenkasseneigenen Ambulatorien
- bei ÄrztInnen und Instituten außerhalb der Steiermark (hier spielt die Vertragssituation keine Rolle)

Nicht darstellbar sind auch weiterhin Ambulanzkontakte außerhalb der Steiermark.

Die in der Folge nach Alter und Geschlecht standardisierten Frequenzen werden - auf die Einwohnerzahl eines jeweiligen Bezirkes normiert - zur Beschreibung des regionalen Inanspruchnahmeverhaltens verwendet. Folgende Parameter sind dabei relevant:

- die in Anspruch genommenen SVEs je Wohnbezirk der/des Patientin(en)
- der Anteil an außerhalb des Wohnbezirks in Anspruch genommenen Frequenzen bei §-2-ÄrztInnen
- Nicht-§2-Faktor - gibt an, wie stark der Anteil an bei Nicht-§-2-ÄrztInnen in Anspruch genommenen Frequenzen eines Wohnbezirks von der gesamten Steiermark abweicht
- Ambulanzfaktor - gibt an, wie stark der Anteil an in KH-Ambulanzen in Anspruch genommenen Frequenzen eines Wohnbezirks von der gesamten Steiermark abweicht
- relative Frequenzdichte - gibt an, wie stark das quantitative Inanspruchnahmeverhalten eines Wohnbezirks von jenem des gesamten Bundeslandes abweicht

6.2.1.2 Verwendung von Stellgrößen

Die rechnerischen Adaptionen, die zu den neuen Planungsaussagen führen, basieren darauf, dass Indikatoren, die aus dem Inanspruchnahme und Leistungserbringungsverhalten abgeleitet werden, normativ verändert werden. Die große Herausforderung liegt darin, diese normativen Annahmen argumentierbar und fachlich plausibel anzuwenden und geeignete Benchmarks zu finden.

Folgende normative Annahmen wurden getroffen:

- Die Varianz der Inanspruchnahme je Wohnbezirk darf nicht größer als 15% um den Benchmark (Steiermarkdurchschnitt) sein, in der Allgemeinmedizin nicht größer als $\pm 10\%$ um den Benchmark
- Der Anteil jener, die für die Inanspruchnahme eines §-2-Arztes oder einer §-2-Ärztin oder einer Krankenhausambulanz (außer Allgemeinmedizin) aus dem Wohnbezirk pendeln, soll folgende Grenzen nicht überschreiten müssen:
 - o Allgemeinmedizin: $\leq 10\%$
 - o Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Allgemeinchirurgie: $\leq 25\%$
 - o alle weiteren Fächer: $\leq 50\%$

Demzufolge müssen theoretisch für diese Zahl an Nachfragen genügend Ressourcen im ambulanten Bereich vorgehalten werden sollen. Im Rahmen der bezirksinternen Versorgungsanteile werden die Bezirke Graz und Graz-Umgebung als eine Einheit betrachtet. Allerdings wird im Rahmen der Betrachtung möglichst effizienter Strukturvorhaltung darauf Bedacht genommen, dass eben nur sinnvolle Strukturgrößen vorgehalten werden (Planstellen, die eine wirtschaftlich sinnvolle Größe erreichen; Ambulanzen dort, wo gleiche oder ähnliche medizinische Fächer (Orthopädie, Unfallchirurgie) bereits vorgehalten werden. Darum kann diese Vorgabe nicht flächendeckend umgesetzt werden.

- Der Anteil jener, die für die Inanspruchnahme einer Krankenhausambulanz aus der eigenen Versorgungsregion pendeln, soll folgende Grenzen nicht überschreiten müssen:
 - o Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Allgemeinchirurgie: $\leq 25\%$
 - o alle weiteren Fächer: $\leq 50\%$
- Der Anteil der bei einem Nicht-§-2-Arzt/Ärztin nachgefragten Frequenzen wird rechnerisch in einem Range von $\pm 10\%$ um den Steiermarkdurchschnitt je Bezirk angepasst. Allerdings ist diese Anpassung jedenfalls im Zusammenhang mit der Versorgungswirksamkeit der regional ansässigen §-2-Vertragsärzte zu sehen. So ist ein hoher Nicht-§2-Faktor bei niedriger Versorgungswirksamkeit der ortsansässigen Vertragsärzte nicht normativ zu reduzieren.

- Die Festlegung der Frequenzzahlen, die je SVE zu leisten sind, wurde in einer Zeitreihe über mehrere Jahre durchgeführt, um möglichst stabile Annahmen treffen zu können.

6.2.1.3 Weitere zusätzliche Betrachtungen

Da es Fächer gibt, die vom jeweiligen regionalen Angebot abhängig, Komplemente zueinander bilden, wird als weiterer Entwicklungsschritt versucht, diese als eine versorgende Einheit zu betrachten und demgemäß planerisch zu erfassen. Die daraus abzuleitenden Schlüsse sollen in die Zahlen der jeweils einzeln betrachteten Fächer reflektiv wieder einbezogen werden. Folgende Fachkombinationen wurden gewählt:

- Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinderheilkunde
- Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, wobei hier zu bemerken ist, dass es Unfallchirurgie nicht als Fach mit §-2-Kassenvertrag im niedergelassenen Bereich gibt, sondern dass diese nur innerhalb von Krankenhausambulanzen als eigene Fachrichtung angeboten wird.

6.2.2 Datengrundlagen

6.2.2.1 Niedergelassener Bereich

Es wurden die Verrechnungsdaten der Jahre 2007 und 2008 für den niedergelassenen Bereich in anonymisierter Form von Seiten der Auftraggeber zur Verfügung gestellt. Von Seiten der Sondersversicherungsträger waren das die Daten aller Versicherten mit Wohnsitz in der Steiermark, sowie im Falle der StGKK, die Daten aller Versicherten. Folgende Daten wurden für die Analysen verwendet:

- jene der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (StGKK), inkl. Betriebskrankenkassen (BKK)
- jene der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)
- jene der Sozialversicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)
- jene der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)
- jene der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)

Weiters waren die Daten von Leistungen verfügbar, die in der Steiermark von Nicht-Steirerinnen und -Steirern in Anspruch genommen worden waren.

Nicht verfügbar waren die Daten der Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz und privater Gruppenversicherungen für jene Berufsstände mit Versicherungspflicht (wie beispielsweise Notarinnen und Notare, Wirtschaftstreuhänderinnen und -treuhänder). Dies hat jedoch keinen merklichen Einfluss auf die Planungsergebnisse.

6.2.2.2 Krankenhausambulanzen

Für die Analysen des Leistungsgeschehens in Krankenhausambulanzen wurden die Daten von den einzelnen Trägern zur Verfügung gestellt. Die Daten der Ambulanzen der AUVA-Krankenhäuser in der Steiermark (UKH Graz, UKH Kalwang) wurden nicht in die Analysen miteinbezogen.

Die für die Planungsarbeiten notwendige Spezifikation konnte von allen KA-Trägern bereitgestellt werden. Demzufolge konnten die dokumentierten Kontakte taggenau je Patientin bzw. Patient erhoben und analysiert werden, dies war jedoch nicht durchgängig für die Einzelleistungen möglich.

Als ein Patientinnen- bzw. Patientenkontakt wurde die Summe aller Leistungen gezählt, die an einem Tag für eine Patientin bzw. einen Patienten in einer bestimmten Einrichtung (KH-Ambulanz, Arztpraxis) verrechnet oder dokumentiert wurden. Die Patientinnen- bzw. Patientenkontakte wurden jenem medizinischen Fach zugeordnet, dem die Ambulanz, die die entsprechenden Leistungen erbringend, fachlich zugeordnet ist. Nach dem gleichen Schema wurde ein Kontakt im niedergelassenen Bereich dem medizinischen Fach zugeordnet, dem die entsprechende Ärztin bzw. der entsprechende Arzt zuzuzählen war.

In geringem Ausmaß mussten Datenkorrekturen vorgenommen und Annahmen getroffen werden. Diese betrafen teilweise die Wohnbezirke der Patientinnen und Patienten und teilweise fehlende taggenaue Dokumentationen. Hier wurden Approximierungsverfahren eingesetzt, um diese Daten zu rekonstruieren. In Summe war die Datenqualität jedoch so gut, dass diese geringen Korrekturen keinerlei Einfluss auf das Ergebnis haben.

6.2.2.3 Zukünftige Anforderungen an Daten

Es ist davon auszugehen, dass die weitergeführte Standardisierung der ambulanten Leistungsdokumentation im Rahmen der bundesweiten Anstrengungen dazu die Datenqualität weiter erhöhen wird, sodass die Validität und Reliabilität der Dokumentationen noch zunehmen wird. Zudem wird die Vereinheitlichung der zu dokumentierenden Leistungen eine in einem weiteren Schritt noch vertiefte Methode zulassen, die dann tatsächlich auf das Leistungsgeschehen auf

Einzeleistungsebene abstellen kann. Damit werden genauere Betrachtungen möglich und vor allem auch qualitative Leistungsverschiebungen Teil zukünftiger Planungen sein.

6.3 Ergebnisse

6.3.1 Darstellung der Ergebnisse

Die quantitative Darstellung der ambulanten Versorgung erfolgt einerseits für die gesamte Steiermark und andererseits für jede der Versorgungsregionen getrennt und unterteilt sich in die IST-Darstellung und die SOLL-Darstellung für 2020. Dabei werden für die IST-Darstellung die bestehenden Planstellen im §2-Bereich und die tatsächlich erbrachten SVEs bei Ärztinnen und Ärzten ohne §2-Planstelle, Kassenambulatorien und die Krankenhausambulanzen ausgewiesen. Die planerische SOLL-Darstellung beschränkt sich in der Folge auf §2-Planstellen für das Jahr 2020 und getrennt davon die zu erwartenden SVEs in Kassenambulatorien und Krankenhausambulanzen.

Die grundsätzliche Festlegung der Krankenhausambulanzen erfolgt im Tabellenteil der akutstationären Strukturen und inkludiert je fachspezifischer Organisationsstruktur auch die allfällig bestehenden jeweiligen Spezialambulanzen, die nicht gesondert ausgewiesen werden. Der Umfang der Versorgungswirksamkeit aller Ambulanzen findet sich im quantitativen Tabellenteil der ambulanten Versorgung. Veränderungen der Versorgungsmenge im SOLL sind relativ zur IST-Größe zu verstehen und können durch organisatorische Maßnahmen sowohl über personelle oder auch zeitliche Anpassungen erreicht werden.

6.3.2 Fachspezifische Anmerkungen und Interpretationen

Für die Veränderungen der niedergelassenen Versorgungsstrukturen ist zu beachten, dass Verschiebungen von Planstellen nur summenneutral erfolgen dürfen. Das bedeutet, dass je medizinischer Fachrichtung bis 2020 entweder die bestehende Gesamtzahl der Planstellen für die Steiermark (bei gleichbleibender Menge oder einer Reduktion bis 2020) oder die neue Gesamtzahl der Planstellen für die Steiermark (bei einer Erhöhung bis 2020) überschritten werden kann. Abbau von Planstellen und der Aufbau von neuen Planstellen können nur Zug um Zug erfolgen.

6.3.2.1 Allgemeinmedizin

Der allgemeinmedizinische Versorgungsbereich ist strukturell rein extramural lokalisiert. Auch wenn in Krankenhausambulanzen teilweise allgemeinmedizinische Leistungen erbracht werden, sind diese weder als solche dokumentiert noch formal diesem Bereich zuordenbar. Demzufolge ist dieser Bereich nicht integriert zu betrachten. Daraus ergibt sich, dass die Planstellen für Allgemeinmedizin in diesem Bericht nicht je Region und in Zusammenhang mit den regional jeweils zugehörigen Ambulanzen abgebildet werden, sondern als Summe für das gesamte Land Steiermark.

Derzeit zeigt sich eine deutliche Überversorgung mit Allgemeinmedizinern, die durch die demografische Entwicklung bis 2020 jedoch größtenteils kompensiert wird. Bis 2020 werden 601 allgemeinmedizinische Planstellen benötigt, wobei diese regional neu geordnet werden müssen, um der demografischen Veränderung Rechnung zu tragen.

6.3.2.2 Allgemeinchirurgie

Die ambulante Allgemeinchirurgie wird zu einem überwiegenden Teil in Krankenhausambulanzen vorgehalten. Die derzeit bestehende extramurale allgemeinchirurgische Versorgung ist in höchstem Maße heterogen in der Versorgungswirksamkeit, im Leistungsangebot und in der regionalen Verteilung und hat schon heute keine flächendeckende Versorgungsfunktion. Zudem ist eine Leistungsverschiebung hin zu Unfallchirurgie und Orthopädie zu beobachten und auch zukünftig zu erwarten.

Als Folge daraus ist es vorgesehen, keine neuen Planstellen in diesem Fach zu widmen. Darüber hinaus werden die bestehenden §2-Planstellen im Bereich der Allgemeinchirurgie schrittweise abgebaut und es wird mittelfristig eine flächendeckende Versorgung in diesem Fach ausschließlich in Krankenhausambulanzen und den neu zu errichtenden Ambulanten Erstversorgungseinheiten (AEE) angeboten werden.

6.3.2.3 Augenheilkunde

Die ambulante Versorgung im Fach der Augenheilkunde zeichnet sich durch einen relativ geringen Anteil an KH-ambulanten Leistungen aus (9%). Sie ist zu ca. 78% im §2-Bereich angesiedelt und wird zu mehr als 10% im Nicht-§2-Bereich erbracht.

Nach Bereinigung von Varianzen und Berücksichtigung der demografischen Faktoren und Prognosen ist ein stark steigender Bedarf absehbar, solange am Leistungsspektrum in vertraglicher Hinsicht keine Änderungen erfolgen. Es ist eine Zunahme der Frequenzen bis 2020 von etwa 11% zu erwarten,

der strukturelle Adaptionen nach sich zieht. Erst dann sollte eine Stagnation eintreten. Die Anpassungen an den steigenden Bedarf werden im Sinne einer bestmöglichen Nutzung bestehender Strukturen einerseits in Ambulanzen stattfinden und zum Teil über den Aufbau neuer Planstellen erfolgen.

6.3.2.4 Dermatologie und Venerologie

Die ambulante dermatologische Versorgung findet zu ca. 73% im §2-Bereich statt, ca. 8% der Frequenzen werden bei Wahlärzten erbracht, ca. 13% in KH-Ambulanzen.

Nach Bereinigung von Varianzen und Berücksichtigung der demografischen Faktoren und Prognosen ist ein stark steigender Bedarf absehbar, der neue Strukturerefordernisse im ambulanten Bereich nach sich zieht. Demzufolge werden zwei Planstellen neu geschaffen, eine weitere wird verlagert. Darüber hinaus werden zur Stärkung des peripheren Angebots zwei dislozierte KH-Ambulanzen eingerichtet.

6.3.2.5 Gynäkologie und Geburtshilfe

Die ambulante Versorgung im Fach GGH erfolgt zu etwa 64% im §2-Bereich. Ca. 14% der Frequenzen werden in Ambulanzen und weitere 13,5% bei Ärztinnen und Ärzten ohne §2-Planstelle erbracht. Der Rest der Frequenzen an Steirerinnen findet sich im Kassenambulatorium in Graz oder außerhalb der Steiermark. Die demografische Entwicklung deutet auf einen Rückgang des Bedarfs hin, sodass bis 2020 unter Berücksichtigung der Reduktion der Varianz in der Inanspruchnahme etwa 3,2% weniger Frequenzen nachgefragt werden sollten als derzeit. Zudem werden regionale Unterschiede in der Versorgungsstruktur ausgeglichen, sodass in Summe zwei Planstellen abgebaut und eine in der VR 64 aufgebaut werden.

6.3.2.6 Hals-Nasen-Ohren

Derzeit werden ca. 74% der Frequenzen in der HNO im §2-Bereich erbracht, weitere 16% in KH-Ambulanzen. Der Rest teilt sich gleichmäßig auf Ambulatorium und Ärztinnen und Ärzte ohne §2-Planstelle auf. Die Inanspruchnahme im Bereich der HNO erweist sich als regional sehr homogen, wodurch kaum Anpassungen dafür notwendig waren. Zudem ist von einer Stagnation bei den Frequenzen auch in Bezug auf demografische Faktoren auszugehen. Allerdings gibt es eine Versorgungslücke in der VR 64, die durch eine weitere Planstelle abgedeckt werden soll.

6.3.2.7 Innere Medizin

In der Inneren Medizin werden etwa die Hälfte aller Frequenzen bei §2-Vertragsärzten und –ärztinnen nachgefragt. Ca. 30% der Frequenzen erfolgen über KH-Ambulanzen, weitere 10% im Nicht-§2-Bereich. In Summe ist die Inanspruchnahme in den Ballungsräumen Graz und Leoben-Bruck/Mur deutlich höher als in allen anderen Gebieten der Steiermark. Zudem ist derzeit eine bestehende Überversorgung zu erkennen.

Die Prognoseschätzungen für 2020 ergeben auf Grund der in diesem Fach sehr stark sich auswirkenden demografischen Veränderung einen Bedarfszuwachs von ca. 6% an Frequenzen, der die bestehende Überversorgung vollständig kompensieren wird. Unabhängig davon wird die Verlagerung von zwei Planstellen aus der sehr dicht versorgten VR 61 in die VR 64 und die VR 65 empfohlen.

6.3.2.8 Kinderheilkunde

Etwa 73% der Frequenzen werden im §2-Bereich erbracht, ca. 24% steiermarkweit in KH-Ambulanzen; Wahlärzte spielen in diesem Fach eine untergeordnete Rolle.

Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur führt gerade in der Kinderheilkunde zu einem Bedarfsrückgang, der sich strukturell auswirken wird. Gleichzeitig werden in diesem für die Grundversorgung wichtigen Fach neue regionale Angebote geschaffen, um die bestehende starke Zentralisierung etwas abzubauen. Zudem entwickeln sich durch die regional unterschiedlichen Bevölkerungsentwicklungen Disparitäten zwischen den einzelnen Regionen, die ausgeglichen werden sollen. Dies führt einerseits zu regionaler Reduktion, andererseits zu Verlagerungen von Planstellen und zum Aufbau von drei KH-Ambulanzen für Kinderheilkunde mit dem Bedarf angepassten Öffnungszeiten in peripheren Regionen.

6.3.2.9 Neurologie/Psychiatrie

Für dieses Kombinationsfach werden keine Planungsaussagen getroffen. Die Darstellung der IST-Struktur wurde vom RSG 2009 in der Version 1.1 übernommen. Es soll ein Psychatrieplan ausgearbeitet werden, der die gesamte ambulante psychiatrische Versorgung einschließlich der psychosozialen Dienste umfasst.

6.3.2.10 Orthopädie

Die ambulante Versorgung der Orthopädie findet derzeit in der Steiermark zu ca. 77% im §2-Bereich statt; die KH-ambulante Versorgung deckt ca. 11% der Frequenzen ab. Im Grunde zeigen die Analysen, dass dieses Fach deutlich an Frequenzen zunehmen wird; zum Teil auch auf Kosten der derzeit noch allgemeinchirurgisch konservativ erbrachten Leistungen. In Summe erscheint der Aufbau von zusätzlichen ambulanten Strukturen sowohl im extra- als auch im intramuralen Bereich – hier vor allem in Kombination mit unfallchirurgischen Ambulanzen – sinnvoll.

6.3.2.11 Pulmologie

Die ambulante Lungenheilkunde findet zu einem sehr hohen Anteil (88%) im §2-Bereich statt. Der Wahlarztanteil ist ausgesprochen gering bei ca. 1%. Auch der Anteil der KH-Ambulanzen ist mit nur 11% geringer als in anderen Fächern. In Summe ist nach Bereinigung der regionalen Varianzen in der Inanspruchnahme und der Berücksichtigung der demografischen Entwicklung mit einer Zunahme der Frequenzen bis 2020 um ca. 5% zu rechnen. Dies schlägt sich strukturell insofern nieder, als zusätzlicher struktureller Bedarf in der VR 61 besteht. Dieser soll im Rahmen der Kassenambulatorien in Graz gedeckt werden.

6.3.2.12 Radiologie

Ein marginal steigender Bedarf und deutliche Unterschiede in der Versorgungsdichte mit §2-Planstellen in der konventionellen Radiologie führen zum Abbau einer Planstelle und zur Verschiebung einer weiteren Planstelle.

6.3.2.13 Urologie

Die ambulante urologische Versorgung findet zu 80% bei Fachärztinnen und Fachärzten mit einer §2-Planstelle statt, 12% erfolgen in KH-Ambulanzen. Die Inanspruchnahme in diesem Fach ist sehr homogen, sodass nur geringe Korrekturen zur Reduktion von Varianzen erfolgten. Allerdings ist dieses Fach enorm stark von der demografischen Entwicklung getrieben, sodass daraus ein deutlicher Bedarfszuwachs zu erwarten sein wird, der jedoch regionenspezifisch erfolgt. Daher wird die Verschiebung einer Planstelle und der Aufbau einer neuen Planstelle in der VR 64 empfohlen.

7 ALTEN- UND LANGZEITPFLEGE

7.1 Allgemeine Anmerkung

Der RSG Steiermark 2009 in der Version 1.1 enthielt lediglich eine IST-Darstellung der Versorgungssituation im Bereich der stationären und teilstationären Alten- und Langzeitpflege. Diese umfasste sowohl die strukturell bestehenden Voraussetzungen als auch die Inanspruchnahmen, soweit die verfügbaren Daten dies zuließen. Die Darstellung beruhte im Wesentlichen auf Daten aus dem Steirischen Sozialbericht 2005/2006²¹ und Daten, die von der Fachabteilung 11B des Landes Steiermark erhoben und in aggregierter Form zur Verfügung gestellt worden waren.

Es wird auf den „Steirischen Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Menschen“ in der Version vom Juli 2011 verwiesen. Er beinhaltet die SOLL-Strukturen im Bereich der Alten- und Langzeitpflege sowohl für die stationäre und teilstationäre als auch für die mobile Pflege.

²¹ vgl. FA 11B – Sozialwesen 2007

8 MOBILE PFLEGE- UND BETREUUNGSDIENSTE

8.1 Allgemeine Anmerkung

Siehe dazu die Anmerkungen aus Kapitel 7.

Diese gelten in gleicher Weise auch für die mobile Pflege.

9 PSYCHOSOZIALE DIENSTE

Im Zuge der Psychiatrieplanung 2008 (die Planung baut auf Arbeiten der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH auf) wurde festgestellt, dass die Dokumentationen der psychosozialen Dienste für eine fundierte Planung der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu vereinheitlichen sind. Dieses Vorhaben wurde bereits in Angriff genommen. Die Gesundheitsplattform Steiermark fasste am 27.11.2008 einen Beschluss, dass eine für die weitere Planung der ambulanten fachärztlichen Versorgung einheitliche Dokumentation bis Ende 2009 sicherzustellen ist. Im Rahmen des Modellprojekts zur ambulanten psychiatrischen fachärztlichen Versorgung, welches 2009 in der VR 64 (Hartberg) und in weiterer Folge in der VR 62 (Liezen) (vgl. Kap. 14 Alternative Versorgungsmodelle) umgesetzt werden soll, sollte die einheitliche Dokumentation bereits zum Einsatz kommen und begleitend evaluiert werden.

Weitere Planungsarbeiten zu den psychosozialen Diensten im Rahmen des RSG Steiermark werden im Zuge der Revision des RSG Steiermark vervollständigt.

Im Folgenden wird der IST Stand der Psychosozialen Dienste dargestellt.

9.1 Aufgabenstellung

In diesem Kapitel wird ein kurzer Überblick über die aktuelle Struktur der psychosozialen Dienste und die diesbezügliche Inanspruchnahme in der Steiermark gegeben. Sämtliche Angaben stehen in sehr detaillierter Form im Psychiatriebericht Steiermark in der aktuellen Fassung aus dem Jahr 2006 zur Verfügung.

9.2 Begriffsabgrenzungen

Das „Konzept für die psychosoziale Versorgung in der Steiermark“ wurde vom steirischen Landtag 1998 beschlossen und beinhaltet folgende Angebote als „Eckpfeiler“ für eine sozialpsychiatrische Betreuung:

- Beratungszentren, kostenlose erste Anlaufstelle bei psychischen Problemen
- Angebote betreuten Wohnens, verschiedene Modelle, je nach Betreuungsintensität
- tagesstrukturierende Angebote in Form beschäftigungstherapeutisch orientierter Tagesstätten sowie auf verstärktes Behandlungsangebot orientierte Tageskliniken
- arbeitsrehabilitative Angebote

- sozialpsychiatrischer Krisendienst
- mobile sozialpsychiatrische Betreuung
- Spezialangebote in den Bereichen Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, forensische Psychiatrie, ehrenamtliche Sozialbegleitung

Als Ergänzung zur institutionellen Versorgung übernehmen niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine wichtige psychosoziale Versorgungsfunktion.

Weitere Elemente im Netzwerk der psychosozialen/sozialpsychiatrischen Versorgung sind Angebote für den Bereich Alkohol und Sucht, Streetwork, Sachwalterschaft, Laienhelfer, Hilfsangebote für Angehörige psychisch Kranker, schulpsychologische Dienste, Selbsthilfegruppen sowie Projekte zur Prävention.

9.3 Methodik

Die Daten der hier vorliegenden Kurzdarstellung sind dem Psychiatriebericht Steiermark 2006 entnommen.²² Die Daten, die dem Psychiatriebericht Steiermark 2006 zugrunde liegen, beziehen sich auf den Berichtszeitraum 2006. Für den Bereich Arbeit und berufliche Rehabilitation standen die Daten von pro mente steiermark GmbH für 2006 nicht zur Verfügung. Hier wurden Daten des Jahres 2005 verwendet.

9.4 Ergebnisse

Extramurale sozialpsychiatrische Versorgungsangebote werden von 14 gemeinnützigen Trägervereinen beziehungsweise –gesellschaften angeboten. Diese sind:

- Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen
- Caritas Österreich
- Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit
- Hilfswerk Steiermark GmbH
- Kinder und Jugend Therapie Zentrum
- pro humanis

²² vgl. FA 8B Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion) 2006

- pro mente steiermark GmbH
- psychosoziales Beratungszentrum Bezirk Voitsberg
- Verein „Rettet das Kind“ Steiermark
- Verein für psychische und soziale Lebensberatung
- Wohnplattform Steiermark
- Verein Zebra
- OMEGA
- Institut für Kind, Jugend und Familie

Betrachtet man alle psychosozialen Einrichtungen gemeinsam, so ergibt sich für den Berichtszeitraum 2006 eine Summe von 13.706 Klientinnen und Klienten. 76% dieser Personen wurden in psychosozialen Beratungszentren betreut.

Es steht in allen steirischen Bezirken ein psychosoziales Beratungszentrum zur Verfügung, in den Bezirken Hartberg und Liezen existieren zusätzlich Außenstellen. Laut ÖBIG-Richtlinie ist ein Betreuungs-Dienstposten pro 7.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohnern anzustreben.²³ Diese Zahl wird nur im Bezirk Feldbach erreicht. Im Jahr 2006 gab es insgesamt 85,9 Dienstposten in den Beratungszentren, das entspricht circa der Hälfte der benötigten Dienstposten. Das Fachpersonal arbeitet zum Großteil (mit 80 Dienstposten) im Aufgabenschwerpunkt der allgemein sozialpsychiatrischen Betreuung. 1,4 Dienstposten sind in vier Bezirken im Altersgruppenschwerpunkt Gerontopsychiatrie und 4,2 Dienstposten in sieben Bezirken im Altersgruppenschwerpunkt Kinder und Jugendliche tätig. In der Steiermark wurden in allen Beratungszentren im Jahr 2006 10.349 Klientinnen und Klienten in 129.270 Kontakten betreut.

Betreutes Wohnen wird in den Bezirken Graz, Bruck/Mur, Leoben, Hartberg, Leibnitz, Voitsberg und Judenburg angeboten. Gesamt stehen 91 Plätze, welche von 28,8 Dienstposten betreut werden, zur Verfügung. Der Bedarf von sieben Wohnplätzen pro 10.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohnern, also 828,3 Plätze für die gesamte Steiermark, wird bei weitem nicht gedeckt.²⁴ Durchschnittlich werden Personen 218,3 Tage im Rahmen dieser Einrichtungen betreut. Die Klientinnen- bzw. Klientenzahl im Jahr 2006 betrug 121.

Mobile sozialpsychiatrische Betreuung steht in 13 Bezirken zur Verfügung. In der Steiermark wird die mobile sozialpsychiatrische Betreuung von 39 Dienstposten durchgeführt. Diese verteilen sich auf die Altersgruppenschwerpunkte wie folgt:

²³ vgl. Danzer, Fülöp et al. 2004

²⁴ vgl. Danmayr, Glatz 1999

- 35,6 allgemeine Sozialpsychiatrie – Schwerpunkt Erwachsene
- 2,4 Gerontopsychiatrie
- 1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Arbeitsrehabilitative Angebote werden in sieben Bezirken angeboten. Im Bereich Arbeit und berufliche Rehabilitation fehlen Daten der pro mente steiermark GmbH für das Berichtsjahr 2006 und wurden daher mit Daten aus dem Berichtsjahr 2005 ergänzt. Für arbeitsrehabilitative Angebote stehen 157,5 Dienstposten zur Verfügung. Es gibt 174 Plätze, welche einem Sollwert von circa 590 gegenüberstehen.²⁵ In der Arbeitsassistenz sind mit Stand August 2007 39,25 vollzeitäquivalente Stellen besetzt.

Sozialpsychiatrische Tagesstätten gibt es in 11 von 17 steirischen Bezirken. In den Bezirken Leoben, Graz-Umgebung, Deutschlandsberg, Weiz, Fürstenfeld und Radkersburg sind keine sozialpsychiatrischen Tagesstätten vorhanden. Bezogen auf die gesamte Steiermark stehen 199 sozialpsychiatrische Tagesstättenplätze, welche von 44,2 Dienstposten betreut werden, zur Verfügung. Insgesamt sollte die Anzahl der Tagesstättenplätze laut ÖBIG-Vorgabe circa 470 betragen.²⁶ Im Berichtszeitraum wurden 446 Personen in sozialpsychiatrischen Tagesstätten betreut.

Im Bereich „Spezialangebote“ stehen 5,4 Dienstposten für allgemeine Sozialpsychiatrie – Schwerpunkt Erwachsene, fünf Dienstposten für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber kein Dienstposten für Gerontopsychiatrie zur Verfügung. Angaben zur Inanspruchnahme sind für diesen Bereich nicht vorhanden.

9.5 Interpretation

In der Steiermark steht im Bereich psychosoziale Dienste grundsätzlich ein vielfältiges Angebot zur Verfügung. Es sind allerdings nicht alle Regionen gleichwertig versorgt. Häufig sind die Angebote nur in wenigen Bezirken vorhanden und personell unterbesetzt.

Wie bereits erwähnt, wird die Planung der fachärztlichen Versorgung im Bereich psychosoziale Dienste nach einer dementsprechenden Vereinheitlichung der Dokumentation und unter Berücksichtigung des Konzeptes für ein Modellprojekt zur integrierten ambulanten psychiatrischen fachärztlichen Versorgung in die Revision des RSG Steiermark einfließen.

²⁵ vgl. Danmayr, Glatz 1999

²⁶ vgl. Danmayr, Glatz 1999

Dieses muss sämtliche Betreuungsangebote der stationären und ambulanten Psychiatrie sowie die sozialpsychiatrischen Angebote umfassen und die Aufgabe haben, verbindliche Planzahlen für alle Betreuungsbereiche, inklusive der Standortplanung, zu entwickeln. Diese Zahlen haben auf das Grundprinzip der abgestuften Betreuung einzugehen.

10 HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG

10.1 Aufgabenstellung

Der Aufbau abgestufter Versorgungsstrukturen für Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase im Sinne der Empfehlungen des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen²⁷ wurde in der Steiermark weitgehend realisiert.

Die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten in Palliativstationen und stationären Hospizen wird hinsichtlich regionaler Verfügbarkeit in den nächsten Jahren mit Planungshorizont 2020 angepasst.

Der grundlegende Unterschied in der Planung dieses Versorgungsbereichs gegenüber der ambulanten und akutstationären Versorgung ist, dass die Inanspruchnahme stationärer Hospize wesentlich von den Kosten beeinflusst ist, die die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen selbst zu tragen haben, und damit eine Verbindung zum tatsächlichen Bedarf daraus nicht abgeleitet werden kann. Aufenthalte in Palliativstationen werden über das LKF-Modell mittels Tagespauschalen abgegolten, wonach für Patientinnen und Patienten ein um ein Vielfaches geringerer Selbstbehalt anfällt als dies bei einem Aufenthalt in einem stationären Hospiz der Fall ist.

Im Bereich der mobilen Palliativteams für die Betreuung Erwachsener im häuslichen Bereich sowie in stationären Pflegeeinrichtungen wurde in der Planung vor allem auch auf eine flächendeckende Versorgung der Steiermark, die topographische Besonderheiten des Landes berücksichtigt, Bedacht genommen. Die möglichst effiziente Abstimmung mit in Akutkrankenhäusern tätigen Palliativkonsiliardiensten spielte in der Entwicklung der Empfehlungen eine wichtige Rolle. Palliativkonsiliardienste für Erwachsene sind in möglichst effizienter Abstimmung mit Mobilien Palliativteams tätig.

Das Tageshospiz hat sich für den Ballungsraum Graz (VR 61) bewährt und ist etabliert.

Im Rahmen des Kindergesundheitsdialoges (2010), einer Initiative des Gesundheitsministeriums, wurde Handlungsbedarf im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen festgestellt und in der Kindergesundheitsstrategie (2011) das Ziel „Pädiatrische Pflege sicherstellen sowie Kinderhospizarbeit und Palliative Care ausbauen“ formuliert. Diesem Ziel entsprechend wird für die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen

²⁷ vgl. Nemeth 2004

Erwachsenen ab 2014 ein Palliativteam für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit den Funktionen Mobiles Palliativteam und Palliativkonsiliardienst in Form eines Projektes aufgebaut.

10.2 Begriffsabgrenzungen

Die Definition der einzelnen Versorgungselemente im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene richtet sich nach der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, die das ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsministeriums eingeführt hat (siehe nachstehende Abbildung 2), und übernimmt auch die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien.²⁸

Das Palliativteam für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene orientiert sich am ExpertInnen-Konzept für die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen²⁹.

	Hospiz- und Palliativbetreuung			
	Grundversorgung	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
	Traditionelle Dienstleister	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Aktubereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativstationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		mobile Palliativteams	stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen und Therapeuten			Tageshospize

Abbildung 2: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung³⁰

²⁸ vgl. Nemeth 2004

²⁹ vgl. Experten-Konzept

Quelle: [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/hospiz-_und_palliativversorgung_fuer_kinder,_jugendliche_und_junge_erwachsene,_expertenkonzept_\(2013\).pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/hospiz-_und_palliativversorgung_fuer_kinder,_jugendliche_und_junge_erwachsene,_expertenkonzept_(2013).pdf)

³⁰ vgl. GÖG 2012, S.103

10.3 Methodik

10.3.1 Konzept

Die grundlegende und bereits erfolgte Arbeit der Entwicklung von Planzahlen für die einzelnen Betreuungsbereiche konnte für die Planungen im Rahmen des RSG-Steiermark übernommen werden. Die Planungsziele fokussieren auf die Erreichung einer flächendeckenden Versorgung der steirischen Bevölkerung mit Versorgungsstrukturen entsprechend der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung.

Auf Basis des Bekenntnisses zu einer vollständigen Umsetzung dieses Betreuungsschemas in der Steiermark wird darauf Bedacht genommen, die bestehenden Strukturen dort zu ergänzen, wo es im Sinne einer Verdichtung notwendig erscheint, um die Planzahlen endgültig zu erfüllen beziehungsweise um die Erreichbarkeit für die Bevölkerung sicherzustellen. Zudem wurde eine möglichst effiziente Strukturnutzung überall dort angestrebt, wo synergetische Effekte möglich sind. In erster Linie betrifft dies die Verknüpfung von Mobilien Palliativteams und Palliativkonsiliardiensten. Durch eine planerische Verknüpfung dieser Dienste sind sowohl die infrastrukturelle Ausstattung gemeinsam nutzbar als auch personelle Ressourcen leichter plan- und einsetzbar. Zudem ist aus Sicht der Patientinnen und Patienten der Übergang von intra- in extramurale Betreuung durch diese teaminterne Abstimmung friktionsfreier gestaltbar. Das gilt sowohl für Versorgungsstrukturen für Erwachsene als auch für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.

Der Planungsgrundsatz war dementsprechend die Ergänzung der bestehenden Versorgungsstrukturen um jene Elemente, die zur Erreichung der Planzahlen des ÖBIG vonnöten waren. Neue Planzahlen sollen nach der Evaluierung der Effekte, die durch die Erweiterung der Strukturen erreicht werden, entwickelt werden.

10.3.2 Zukünftige Anforderungen an Daten

Eine lückenlose Erfassung der Patientinnen- und Patienten- und Leistungsdaten in der Hospiz- und Palliativversorgung mit einheitlichen Datenformaten ist umzusetzen. Die Daten sind von den einzelnen Leistungserbringerinnen und -erbringern nach Ablauf eines Jahres an eine zentrale Stelle zu übermitteln, die diese Daten zusammenführt. Diese „Datensammelstelle“ sollte auch jene sein, die die Finanzmittel des jeweiligen Betreuungsbereichs bereitstellt. Die einheitliche Struktur, zumindest des Kerndatensatzes, sollte durch eine Datenbank vorgegeben sein (siehe Abbildung 3).

Es wird weiters vorgeschlagen, dass für den Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung - mit Ausnahme der stationären Palliativversorgung - ein Leistungskatalog definiert wird, der je nach

Versorgungsstufen variiert, jedoch innerhalb ein und derselben Versorgungsstufe konsistent und verbindlich ist.

Daten von Patientinnen und Patienten	Erläuterung
Sozialversicherungsnummer	<i>(10-stellig inkl. Geburtsdatum)</i>
Wohnort	<i>Postleitzahl (und) typographisch korrekter Ortsname</i>
Geschlecht	
Versicherungsträger	
Leistungserbringende Einrichtung	
Name oder Krankenhaus-ID	
Name der Abteilung	<i>bei stationären Einrichtungen</i>
Leistung	
Art der Leistung	<i>nach standardisiertem Katalog</i>
Beginndatum – Enddatum	<i>bei stationärem Aufenthalt</i>
Datum der Leistungserbringung	<i>bei ambulanter Leistung</i>
Anzahl der Leistungen je Art	
Entlassungsart	<i>bei stationärem Aufenthalt</i>
Hauptdiagnose	

Abbildung 3: Mindestanforderung an zu dokumentierenden Daten

10.4 Ergebnisse

Die Ergebnisse sind getrennt nach folgenden Versorgungsstufen dargestellt:

- Palliativstationen, stationäre Hospize
- Tageshospize
- Mobile Palliativdienste und Palliativkonsiliardienste für Erwachsene
- Palliativteams für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

10.4.1 Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

In der nachstehenden Tabelle sind für die sechs Versorgungsregionen der Steiermark die 2013 bestehenden, in Planung oder Bau befindlichen stationären Hospiz- (SH) und Palliativbetten (PS) angeführt. In nebenstehender Spalte findet sich die daraus resultierende Bettendichte für die entsprechende Versorgungsregion. Rechts daneben findet sich die gleiche Darstellung nochmals für das Planjahr 2020 mit der aktuellen Bettendichte.

Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung		Struktur IST 2013					Struktur SOLL 2020				
		Status	Betten/Plätze absolut				Status	Betten/Plätze absolut			
Versorgungsregion	Σ PS		Σ SH	Σ gesamt	Betten/ Mio. EW	Σ PS		Σ SH	Σ gesamt	Betten/ Mio. EW	
VR 61	2013	20	12	32	78,0	bestehend	20	12	32	78,0	
	Plan	0	0	0	0		Erweiterung	0	0	0	0
	Gesamt	20	12	32	78,0			0	0	0	0
VR62	2013	4	0	4	50,6	bestehend	4	0	4	50,6	
	Plan	0	0	0	0		Erweiterung	0	0	0	0
	Gesamt	4	0	4	50,6			0	0	0	0
VR 63	2013	8	0	8	49,0	bestehend	8	0	8	49,0	
	Plan	0	0	0	0		Erweiterung	0	8	8	98,0
	Gesamt	8	0	8	49,0			0	8	8	98,0
VR 64	2013	8	0	8	30,0	bestehend	8	0	8	30,0	
	Plan	0	6	6	22,5		Erweiterung	0	4	4	45,0
	Gesamt	8	6	14	52,6			0	4	4	45,0
VR 65	2013	0	0	0	0	bestehend	0	0	0	0	
	Plan	0	6	6	31,6		Erweiterung	8	0	8	42,1
	Gesamt	0	6	6	31,6			8	0	8	42,1
VR 66	2013	8	0	8	78,2	bestehend	8	0	8	78,2	
	Plan	0	0	0	0		Erweiterung	0	0	0	0
	Gesamt	8	0	8	78,2			0	0	0	0
Σ Steiermark	2013	48	12	60	49,5	bestehend	48	12	60	49,5	
	Plan	0	12	12	9,9		Erweiterung	8	12	20	66,1
	Gesamt	48	24	72	59,9			8	12	20	66,1

Tabelle 1: Übersicht der Strukturdaten der stationären Hospiz- und Palliativversorgung (2013, 2020) nach den Versorgungsregionen in der Steiermark

10.4.2 Tageshospiz

Seit dem Jahr 2008 stehen in der Albert-Schweitzer-Klinik für den Ballungsraum Graz sechs Tageshospizplätze zur Verfügung, die sich bewährt haben. Mit den Erfahrungswerten der letzten Jahre ist davon auszugehen, dass diese Betreuungsform in erster Linie für den städtischen Raum geeignet ist.

10.4.3 Mobile Palliativteams und Palliativkonsiliardienste für Erwachsene

Die Mobilen Palliativteams wurden im letzten Jahrzehnt schrittweise, entsprechend der bevölkerungsbezogenen Planzahl unter Berücksichtigung topographischer Gegebenheiten, in der Steiermark aufgebaut und sind in nachstehender Tabelle 2 nach Standorten aufgelistet.

Mobile Palliativteams	Standorte
Mobiles Palliativteam Graz / Graz-Umgebung	LKH-Univ. Klinikum Graz
Mobiles Palliativteam Hartberg / Weiz	Altes LKH Hartberg
Mobiles Palliativteam Liezen	Stützpunkte im LKH Rottenmann, Bad Aussee, KH Schladming
Mobiles Palliativteam Leoben	LKH Leoben
Mobiles Palliativteam Judenburg / Knittelfeld / Murau	LKH Knittelfeld
Mobiles Palliativteam Deutschlandsberg / Voitsberg	LKH Deutschlandsberg
Mobiles Palliativteam Fürstenfeld / Feldbach	LKH Fürstenfeld
Mobiles Palliativteam Mürzzuschlag / Bruck	LKH Mürzzuschlag
Mobiles Palliativteam Leibnitz / Radkersburg	LKH Wagna

Tabelle 2: Mobile Palliativteams nach Standorten

Palliativkonsiliardienste

Der Aufbau von Palliativkonsiliardiensten erfolgte nach Vorgaben des Berichtes zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, um sie in Akutkrankenhäusern verfügbar zu machen. Nachstehende Tabelle listet die verfügbaren Palliativkonsiliardienste auf.

Palliativkonsiliardienste	Standorte
Palliativkonsiliardienst LKH-Univ. Klinikum Graz	LKH-Univ. Klinikum Graz
Palliativkonsiliardienst LKH Hartberg / LKH Weiz / KH Vorau	LKH Hartberg
Palliativkonsiliardienst LKH Rottenmann	LKH Rottenmann
Palliativkonsiliardienst LKH Bad Aussee	LKH Bad Aussee
Palliativkonsiliardienst LKH Leoben	LKH Leoben
Palliativkonsiliardienst LKH Bruck	LKH Bruck
Palliativkonsiliardienst LKH Judenburg / LKH Knittelfeld	LKH Knittelfeld
Palliativkonsiliardienst LKH Deutschlandsberg / LKH Voitsberg	LKH Deutschlandsberg
Palliativkonsiliardienst LKH Fürstenfeld / LKH Feldbach	LKH Fürstenfeld
Palliativkonsiliardienst LKH Mürzzuschlag	LKH Mürzzuschlag
Palliativkonsiliardienst LKH Wagna / LKH Radkersburg (ab 2014)	LKH Wagna
Palliativkonsiliardienst Krankenhaus der Elisabethinen Graz / Krankenhäuser im Westen von Graz / LKH Hörgas -Enzenbach	KH Elisabethinen Graz

Tabelle 3: Palliativkonsiliardienste nach Standorten

10.4.4 Palliativteams für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Der Aufbau des steiermarkweit tätigen Palliativteams für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene orientiert sich am ExpertInnen-Konzept das in Folge des Kindergesundheitsdialoges und der Kindergesundheitsstrategie vom Gesundheitsministerium 2013 veröffentlicht worden ist.

Der Auftrag dieses Teams ist das Erkennen und Lindern der vielfältigen Symptome und Probleme der jungen PatientInnen mit dem Ziel, bestmögliche Lebensqualität während den zumeist langen Krankheitsverläufen zu erreichen.

Das multiprofessionelle Team unterstützt und ergänzt die Grundversorgung, wendet sich an die Patientinnen und Patienten und Betreuenden zu Hause und in Betreuungseinrichtungen und arbeitet in Kooperation mit den Betreuerinnen und Betreuern im Akutkrankenhaus.

10.5 Interpretation

In der Bedarfs- und Erweiterungsplanung werden 4 stationäre Hospizbetten in der VR 64 sowie 8 stationäre Hospizbetten in der VR 63 (auch 2x4 möglich) und 8 stationäre Palliativbetten in der VR 65 empfohlen. Der Aufbau von 8 Palliativbetten in der VR 65 soll die regionale Verfügbarkeit dieser Versorgungsstruktur im Sinne der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung verbessern.

Die höhere Versorgungsdichte in der VR 61 ist in der zentralen Funktion des LKH Graz begründet und das dichtere Angebot in der VR 63 durch Mitabdeckung der VR 62 und der VR 66.

Für die geplanten stationären Hospize werden neben den infrastrukturellen Voraussetzungen, die vom ÖBIG definiert und in baulicher und personeller Hinsicht gegebenenfalls zu etablieren sein werden, folgende Kriterien für einen geeigneten Standort definiert:³¹

- Anbindung an die Strukturen eines Pflegeheims mit öffentlichem Träger; nicht in den Strukturen eines Akutkrankenhauses
- Bereits bestehende medizinische Versorgung, die erweitert werden kann
- Gute verkehrstechnische Erreichbarkeit

Für die geplanten stationären Hospize in den VR 63 und VR 64 wären somit die Landespflegezentren (LPZ) als Standorte prädestiniert.

Zudem muss festgehalten werden, dass die Inanspruchnahme eines stationären Hospizes sehr stark davon abhängt, wie hoch der Selbstbehalt der Patientinnen und Patienten ist.

Tageshospize

Ein weiterer Ausbau von Tageshospizen ist zurzeit nicht vorgesehen.

Mobile Palliativteams und Palliativkonsiliardienste für Erwachsene

Eine zukünftige Planzahlentwicklung für Mobile Palliativteams soll zusätzlich zur Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner und den verkehrstechnischen Voraussetzungen unter Bedachtnahme auf epidemiologische Entwicklungen und Diagnosespektren erfolgen. Bei der Umsetzung der Hospizbetten ist eine möglichst effiziente Strukturnutzung anzustreben, indem Palliativteams in die Versorgung der PatientInnen und Patienten in den stationären Hospizen eingebunden werden.

³¹ vgl. Nemeth 2004, S.23f

Die Verfügbarkeit von Palliativkonsiliardiensten in allen Akutkrankenhäusern, wie im Bericht zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung gefordert, ist derzeit nicht in vollem Umfang gegeben. Unter Berücksichtigung von lokaler Verfügbarkeit und Inanspruchnahme sind Maßnahmen zur Umsetzung der vorgegebenen Planzahlen zu treffen, um eine gleichwertige Versorgung in allen Akutkrankenhäusern gewährleisten zu können. Des Weiteren ist dabei ebenso auf epidemiologische Entwicklungen und Diagnosespektren Bedacht zu nehmen.

Palliativteam für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Der stufenweise Aufbau dieses Palliativteams erfolgt ab 2014 in Kooperation mit den beiden Kinderabteilungen am LKH-Univ. Klinikum Graz und LKH Leoben, mit dem Hospizverein Steiermark und Partnerinnen und Partnern in Form eines Projekts. Für die Projektumsetzung steht die Koordination Palliativbetreuung Steiermark zur Verfügung.

Mit dem Mobilien Palliativteam werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene steiermarkweit im häuslichen Bereich sowie in stationären Pflegeeinrichtungen von den Stützpunkten Graz und Leoben aus mitbetreut. In der Funktion als Palliativkonsiliardienst steht das Team in beiden Kinderabteilungen sowie der Kinderchirurgie zur Verfügung.

Bezüglich Prävalenz, Morbidität und Bedarf an Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zeigt die Literatur beträchtliche Bandbreiten und weist auf Forschungsbedarf hin.

11 REHABILITATION

Die Versorgungsplanung im Bereich der Rehabilitation wird inhaltlich von den Sozialversicherungsträgern getragen. Auf Basis des Rehabilitationsplans kann dann die Planung des RSG-Steiermark im Bereich der Rehabilitation aufsetzen. Dieser Rehabilitationsplan bildet auch die Grundlage für die Vergabe von Verträgen der Sozialversicherungsträger an die Anbieterinnen bzw. Anbieter von Rehabilitationseinrichtungen.

Die Abstimmung des österreichweiten Rehabilitationsplans findet derzeit in der Bundesgesundheitsagentur statt.

Aus Sicht des Landes Steiermark sind im Bereich der Rehabilitation folgende Ziele zu verfolgen:

- Optimierte Prozessanbindung der Rehabilitation an der Nahtstelle zur akutstationären Versorgung, um aus Qualitäts- und Kosteneffizienzkriterien akutstationäre Aufenthaltsdauern zu minimieren und den Patientinnen und Patienten frühzeitig Rehabilitationsmaßnahmen anzubieten.
- Erhalt der bestehenden Versorgungsstrukturen in der Steiermark und weiterer Ausbau dieser Kapazitäten, um einerseits die Versorgung in der Rehabilitation möglichst wohnortnah anzubieten und andererseits die mit den Standorten verbundene regionale Wertschöpfung zu sichern.
- Sicherung für innovative Rehabilitationsformen für die Steiermark (vor allem ambulante Rehabilitation und psychiatrische Rehabilitation)

Für die Analyse standen primär nur Daten der steirischen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung, zu den restlichen Rehabilitationseinrichtungen der Versorgungszone Süd lagen aggregierte Daten vor, zu den Rehabilitationseinrichtungen der anderen Versorgungszonen liegen keine Daten vor. Aufgrund der eingeschränkten Datenlage können daher nur bedingt aussagekräftige Analysen präsentiert werden.

Innerhalb der Versorgungszone Süd zeigt sich, dass deutlich mehr Patientinnen und Patienten aus Restösterreich zur Behandlung in die Steiermark pendeln als umgekehrt (siehe * Steirische Patientinnen und Patienten auf Rehabilitation außerhalb der Steiermark in der Versorgungszone Süd

** Restösterreichische Patientinnen und Patienten auf Rehabilitation in der Steiermark

Tabelle 4). Im Jahr 2006 wurden 7.987 restösterreichische Patientinnen und Patienten in steirischen Rehabilitationseinrichtungen behandelt. Dem stehen 906 steirische Patientinnen und Patienten in Einrichtungen der Versorgungszone Süd außerhalb der Steiermark gegenüber. Steirische

Patientinnen und Patienten, die in Einrichtungen außerhalb der Versorgungszone Süd betreut werden, sind in diesen Daten nicht enthalten, es ist aber davon auszugehen, dass auch bei Berücksichtigung dieses Patientinnen- bzw. Patientenabflusses eine positive „Versorgungsbilanz“ für die Steiermark bestehen bleibt.

REHABZ nach KA-Nummer	Wohnort der Patientinnen und Patienten	
	Steiermark	Restösterreich
REHABZ Steiermark	9.611	7.987**
K601 Aflenz REHABZ	383	1.337
K603 Bad Aussee REHABZ	625	1.941
K605 Bad Gleichenberg SHA	803	1.423
K630 Gröbming REHABZ	1.125	1.276
K641 Neumarkt GENH	7	34
K645 St Radegund REHABZ	2.104	378
K671 Bad Radkersburg SKA	2.682	986
K675 Stolzalpe SKA	358	99
K676 Judendorf-Straßengel	1.524	513
Andere REHABZ VZ SUED	906*	7.974
Gesamtergebnis	10.517	15.961

* Steirische Patientinnen und Patienten auf Rehabilitation außerhalb der Steiermark in der Versorgungszone Süd

** Restösterreichische Patientinnen und Patienten auf Rehabilitation in der Steiermark

Tabelle 4: Analyse der Patientinnen- bzw. Patientenströme in den Rehabilitationszentren der Versorgungszone Süd

Eine Analyse der Diagnosegruppen zeigt, dass von den 906 Patientinnen und Patienten, die in Rehabilitationszentren der Versorgungszone Süd außerhalb der Steiermark versorgt wurden, die Indikationen Herz-Kreislaufkrankung und Psychiatrie überrepräsentiert sind. Dies ist ein Hinweis auf mögliche Versorgungsdefizite in diesem Bereich in der Steiermark.

Rehab Art	Rehab Steiermark	Andere REHABZ VZ SUED
Endokrinologie	7%	1%
GAS	1%	3%
Herz-Kreislauf	23%	67%
NEU	30%	3%
OR	33%	3%
PSY	0%	8%
PUL	4%	1%
Sonstige	2%	14%
Gesamtergebnis	100%	100%

Tabelle 5: Diagnosegruppen der Rehabilitationspatientinnen und -patienten

12 HÄMODIALYSE

12.1 Allgemeine Anmerkungen

Die Bedarfsberechnung für Hämodialyseplätze (HD) hängt sehr stark davon ab, wie sich die beiden alternativen Behandlungsformen bei terminalem Nierenversagen – die Nierentransplantation (NTx) und die Peritonealdialyse (PD) – entwickeln. Diese drei Methoden hängen in ihren Inzidenzraten und den Prävalenzzahlen direkt zusammen, da sie konsekutiv aufeinander folgen können. Zudem ist die Darstellung der neu Erkrankten (Inzidenz) sehr komplex. Dieser Problemstellung kann am besten mit einem zyklischen Kohortenmodell auf Basis der Gesamtbevölkerung begegnet werden. Ein entsprechendes Modell wurde für den Bericht zum RSG 2009 in der Version 1.1 entwickelt. Darauf basieren die Planzahlen im entsprechenden Bericht 2009. Darin ist auch die Methodik zur Bedarfsplanung und das Modell selbst mit seiner Struktur und den notwendigen Parametern beschrieben.

Im vorliegenden Bericht werden diese Planungsaussagen übernommen. Da in den letzten Jahren seit 2006 anders als in der Periode davor keine nennenswerten zunahmen der Patientenzahlen zu beobachten waren, bleiben die Planzahlen bis 2020 gültig. Demzufolge wird für das Jahr 2020 weiterhin ein Angebot von 178 Hämodialyseplätzen empfohlen.

Für vorliegenden Bericht wurden allerdings die Erreichbarkeiten der einzelnen Einrichtungen mit einem HD-Angebot neuerlich untersucht. Daraus ergeben sich Versorgungslücken im Sinne der 45-Minuten-Ereichbarkeitsgrenze für die südliche Weststeiermark im Grenzgebiet zu Kärnten und Slowenien (mit sehr geringer Besiedelungsdichte) und für die Oststeiermark in den Bezirken Weiz und Hartberg. Die östliche Obersteiermark wurde bisher in erster Linie von Graz aus versorgt. Zudem weist die VR 64 gemessen an der Zahl der Patienten eine zu geringe Verfügbarkeit an Plätzen aus. Bisher war daher eine deutliche Zentralisierung zu erkennen. Es wird empfohlen, den Überhang an HD-Plätzen in Graz zu reduzieren und im gleichen Ausmaß – also summenneutral – eine Einrichtung im nördlichen Bereich der VR 64 aufzubauen. Diese sollte maximal 10 Plätze umfassen, die gegen die im Bericht 2009 ausgewiesenen 86 Plätze für Graz gegenzurechnen sind.

Voraussetzung dafür ist die Einhaltung der im Rahmen des Projektes „Nephrologische Versorgung in der Steiermark“ festgelegten Qualitätskriterien.

13 MEDIZINISCH-TECHNISCHE GROßGERÄTE

Aufgrund des raschen technologischen Fortschritts im Bereich der medizinisch-technischen Großgeräte sind Planungen bis 2015 nicht bei allen Gerätetypen zielführend. D.h. bei den vorgesehenen zweijährlichen Revisionen des RSG ist insbesondere auf dieses Kapitel Rücksicht zu nehmen.

Geräte für den universitären Forschungsbereich sind grundsätzlich nicht Inhalt dieses Planungspapiers.

13.1 Methodik

Folgende medizinisch-technische Geräte gelten aktuell laut ÖSG 2010 als Großgeräte und werden daher auch auf Ebene des RSG geplant:

- Computertomographiegeräte (CT)
- Magnetresonanztomographiegeräte (MR)
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze) (COR)
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR; Linearbeschleuniger, Gamma-Knife)
- Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT) und
- Positronen-Emissions-Computertomographiegeräte (PET)

Analog dem ÖSG 2010 gelten Großgeräte in Rehabilitationszentren und Unfallkrankenhäusern nur für diese als versorgungswirksam. Dementsprechend finden diese Geräte in der Versorgungsplanung keinen Niederschlag, ebenso Geräte die zu Forschungszwecken an der Medizinischen Universität Graz Verwendung finden.

Unabhängig von den Planungsvorgaben sind mögliche diskontinuierliche medizinische und medizintechnische Entwicklungen, die die Rahmenbedingungen des Einsatzes der medizinisch-technischen Großgeräte beeinflussen, in der Umsetzung zur berücksichtigen.

13.1.1 Konzept

Die Bedarfsplanung erfolgt für den Bereich CT und MR primär leistungsbezogen und unterliegt sowohl medizinischen und demographischen Entwicklungsprognosen als auch Annahmen bezüglich möglicher Optimierungen im Hinblick auf Angemessenheit und Effizienz. Ausgehend von der Analyse

der Ist-Daten wird eine Soll-Kalkulation erstellt, aus der Planzahlen abgeleitet werden. Das Detailvorgehen wird nachfolgend in den einzelnen Schritten beschrieben und ist in Abbildung 4 dargestellt.

Schritt 1: Ist-Leistungszahlen

Ausgangspunkt des Algorithmus ist die Ermittlung der Ist-Leistungszahlen der bestehenden Geräte, differenziert nach Leistungsebene (Niedergelassene bzw. KH-Ambulanz) und Leistungsort (innerhalb bzw. außerhalb der Wohnregion).

Resultat: Ist-Leistungen

Schritt 2: Ist-Leistungsdichten

Ermittlung populationsbezogener, regionalspezifischer Ist-Leistungsdichte, dabei werden die alters- und geschlechtsspezifischen Leistungsdichten ausgewertet und dem Mittelwert Steiermark gegenübergestellt, differenziert nach Leistungsebene (Niedergelassene bzw. KH-Ambulanz) und Leistungsort (innerhalb bzw. außerhalb der Wohnregion).

Aus den Ist-Leistungszahlen und gegebenenfalls Expertinnen- bzw. Expertenschätzungen der Auftragnehmerinnen bzw. Auftragnehmer werden zusätzlich Normkapazitäten je Großgerät ermittelt („Vollzeitgeräte“).

Resultat: Ist-Leistungsdichten und Normkapazitäten

Schritt 3: kalkulatorischer Bedarf

Basierend auf angemessenen Soll-Leistungsdichten, Soll-Leistungszahlen je Großgerät und den Abschätzungen der demographischen Entwicklung wird ein kalkulatorischer Bedarf ermittelt.

Dabei wird die Varianzreduktion (basierend auf den Analysen Schritt 1 und 2) und die Abschätzung der medizinischen Entwicklung abgebildet.

Resultat: kalkulatorischer Strukturbedarf

Schritt 4: tatsächlicher Bedarf

Durch die Integration der Strukturqualitätserfordernisse (insbesondere Mindeststrukturqualitätsanforderungen an Krankenanstalten und Erreichbarkeitsanforderungen) wird anschließend ein tatsächlicher Bedarf für die Steiermark ermittelt. Das Ergebnis wird in einem standort- und regionalbezogenen Strukturplan dargestellt. Die Gegenüberstellung von Ist-Struktur und Soll-Strukturplan ergibt die Strukturdivergenz.

Resultat: Strukturbedarf

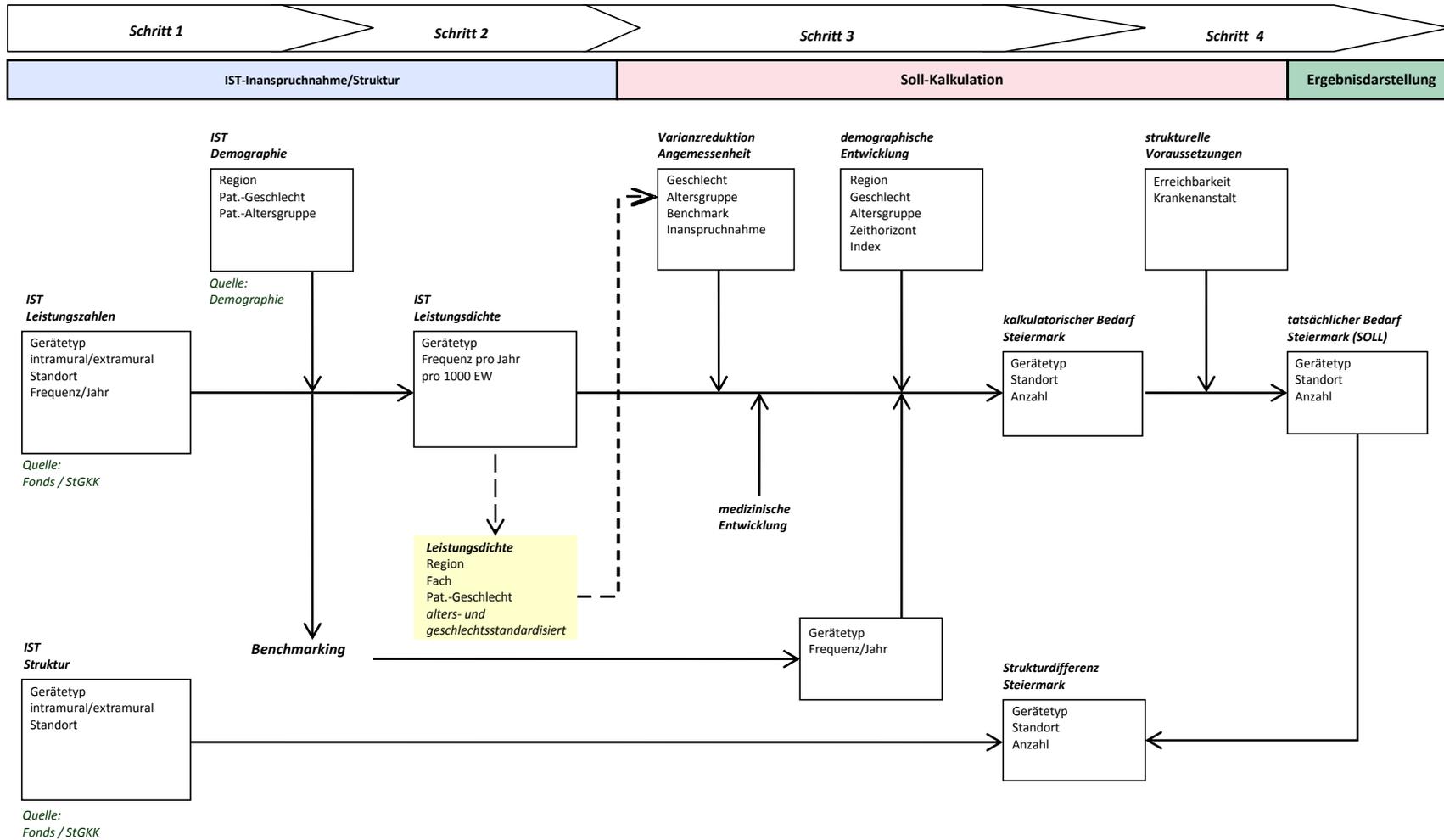


Abbildung 4: Schematische Darstellung des Planungsalgorithmus für den Bereich medizinisch-technische Großgeräte (primär CT und MR)

13.1.2 Verwendete Daten

Nachfolgend findet sich ein strukturierter Überblick zu den verwendeten Daten.

Datenbasis	Demo- graphie	Struktur- daten	Leistungs- daten	Diagnose- daten
Bevölkerungsstatistik Ist-Stand und Projektion der Bevölkerungsentwicklung auf den Planungshorizont	x			
Entfernungsmatrix Erreichbarkeit mit PKW in Minuten	x			
Fondskrankenanstalten K-DOK der Steiermärkischen Fondskrankenanstalten für die Jahre 2005 und 2006		x	x	
Detailleistungsdaten KAGes Leistungsdaten aus dem Röntgeninformationssystem (RIS) der KAGes			x	
Strukturdaten der UKHs der AUVA		x		
Leistungsdaten extramuraler Bereich FOKO-Daten der Sozialversicherungsträger		x	x	

Tabelle 6: Übersicht verwendeter Daten für den Bereich medizinisch-technische Großgeräte

13.2 Ergebnisse

13.2.1 Internationale Vergleichsdaten

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass aufgrund internationaler Vergleichsdaten in der Steiermark eine sehr hohe Versorgungsdichte besteht. Von den Vergleichsländern in Abbildung 5 weisen allein die USA eine höhere Versorgungsdichte auf als die Steiermark. Insgesamt zeigt sich, dass die europäischen Vergleichsländer (mit Ausnahme CT-Versorgung in Belgien) eine deutlich geringere Versorgungsdichte als Österreich aufweisen und die Steiermark über dem österreichischen Versorgungsstandard liegt.

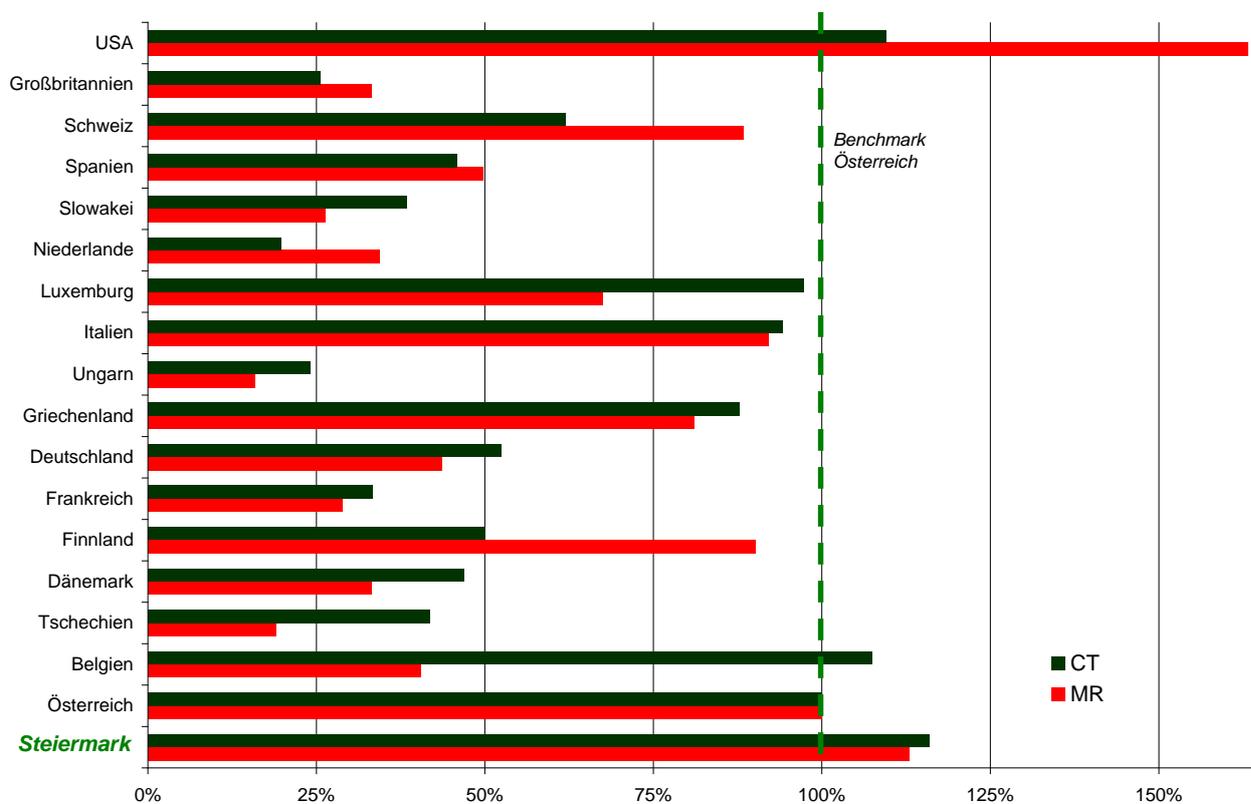


Abbildung 5: CT- und MR-Geräte auf 1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner bezogen auf den Benchmark Österreich (=100%)³²

13.2.2 Legende

Tabelle 7 zeigt ein Beispiel und die Legende der Ergebnisdarstellung CT und MR.

CT	Frequenzen/Gerät						
	Inanspruchnahme						
	Σ gesamt	davon niedergl.	Freq. / 1.000 EW.	SVE Σ	Pendlerinnen und Pendler ngl.	RFD	Soll-SVE Σ
VR61, gesamt							
G							
GU							

Tabelle 7: Beispiel und Legende Planungsdarstellung CT und MR

³² Referenzjahr 2006 bzw. 2005 für Niederlande, USA, Griechenland und Dänemark
 Quelle: OECD Health Data 2008; ÖBIG: Radiodiagnostische Versorgung in der Steiermark – Grundlagen; Wien 2007; eigene Berechnungen

Name	Inhalt
<i>Versorgungsregion</i>	Versorgungsregion Wohnort auf Ebene der Inanspruchnahme bzw. Standort auf Ebene der Strukturen
<i>Bezirk</i>	Bezirk Wohnort auf Ebene der Inanspruchnahme bzw. Standort auf Ebene der Strukturen
<i>Σ gesamt</i>	Inanspruchnahme als Summe der Frequenzen
<i>davon niedergl.</i>	Anteil der Frequenzen in Instituten außerhalb der Krankenanstalten in Prozent
<i>Freq. / 1.000 Ew.</i>	Frequenzen pro 1.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner (Leistungsdichte)
<i>SVE Σ</i>	Summe der Standardversorgungseinheiten basierend auf der Norm-Annahme zu Frequenzen pro Gerät
<i>Pendlerinnen und Pendler ngl.</i>	Anteil an Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Region, die Leistungen in niedergelassenen Instituten außerhalb der Region erhalten
<i>RFD</i>	Relative Frequenzdichte gegenüber dem Durchschnitt Steiermark
<i>Soll-SVE Σ</i>	Bedarfsorientierte Soll-Standardversorgungseinheiten basierend auf der Norm-Annahme zu Frequenzen pro Gerät

13.2.3 Computertomographie- (CT) und Magnetresonanztomographie-Geräte (MR)

In der Kalkulation werden die CT- und MR-Geräte nach folgendem Algorithmus zugeordnet:

1. Zuordnung von Gerätekapazitäten zu jenen Geräten, die in den Akutkrankenanstalten zur Erfüllung der Strukturqualitätsanforderungen erforderlich sind.
2. Der Bedarf, der über die Kapazitäten der Krankenanstalten hinausgeht, wird über Geräte im extramuralen Bereich abgedeckt.

CT	Frequenzen/Gerät						
	Inanspruchnahme						
	Σ gesamt	davon ngl.	Freq. / 1.000 EW.	SVE Σ	Pendlerinnen und Pendler ngl.	RFD	Soll-SVE Σ
VR61, gesamt	60.180	28%	160,6	10,	4%	1,05	9,0
G	43.151	27%	177,8	7,2	2%	1,16	6,2
GU	17.029	30%	129,7	2,8	100%	0,85	2,8
VR 62	8.326	25%	99,9	1,4	7%	0,65	1,4
VR 63, gesamt	35.173	18%	185,2	5,9	19%	1,21	4,8
BM	13.455	21%	194,7	2,2	6%	1,27	1,8
LE	13.907	13%	186,7	2,3	100%	1,22	1,9
MZ	7.811	21%	168,7	1,3	100%	1,10	1,2
VR 64, gesamt	34.929	29%	134,4	5,8	19%	0,88	5,8
HB	6.954	38%	108,0	1,2	30%	0,71	1,2
WZ	11.206	35%	134,8	1,9	29%	0,88	1,9
FF	2.611	46%	113,8	0,4	15%	0,74	0,4
FB	10.334	10%	157,2	1,7	100%	1,03	1,7
RA	3.824	30%	158,8	0,6	23%	1,04	0,6
VR 65, gesamt	30.472	36%	161,3	5,1	30%	1,05	4,7
LB	13.161	40%	180,3	2,2	23%	1,18	1,9
DL	9.719	29%	159,9	1,6	62%	1,04	1,6
VO	7.592	37%	137,6	1,3	20%	0,90	1,3
VR 66, gesamt	15.847	20%	143,2	2,6	6%	0,93	2,4
MU	2.120	21%	69,2	0,4	100%	0,45	0,4
KF	5.416	22%	172,4	0,9	3%	1,13	0,8
JU	8.311	19%	167,1	1,4	100%	1,09	1,3
andere BL	6.775	9%		1,1	-	-	1,1
Steiermark	184.927	27%	153,2	31,9	-	1,00	29,3

Tabelle 8: Planrechnung CT

MR	Frequenzen/Gerät						
	Inanspruchnahme						
	Σ gesamt	davon ngl.	Freq. / 1.000 EW.	SVE Σ	Pendlerinnen und Pendler ngl.	RFD	Soll-SVE Σ
VR61, gesamt	39.518	75%	99,5	4,4	2%	1,08	4,0
G	27.530	74%	107,8	3,1	2%	1,17	2,6
GU	11.988	76%	85,0	1,4	100%	0,93	1,4
VR 62	5.251	73%	62,3	0,6	15%	0,68	0,6
VR 63, gesamt	19.922	53%	109,3	2,3	22%	1,19	2,0
BM	8.308	55%	123,8	1,0	14%	1,35	0,7
LE	6.938	46%	97,3	0,8	100%	1,06	0,8
MZ	4.676	60%	106,1	0,5	100%	1,16	0,5
VR 64, gesamt	22.554	69%	83,5	2,6	58%	0,91	2,6
HB	4.915	64%	68,4	0,5	100%	0,74	0,5
WZ	7.644	76%	88,8	0,9	100%	0,97	0,9
FF	2.292	78%	99,6	0,3	18%	1,08	0,2
FB	5.709	58%	86,2	0,7	100%	0,94	0,7
RA	1.994	70%	83,9	0,2	100%	0,91	0,2
VR 65, gesamt	17.081	78%	83,4	1,9	100%	0,91	1,9
LB	7.004	76%	91,3	0,8	100%	0,99	0,8
DL	5.606	83%	89,7	0,6	100%	0,98	0,6
VO	4.471	75%	65,6	0,4	100%	0,71	0,4
VR 66, gesamt	10.251	54%	92,4	1,2	39%	1,01	1,1
MU	2.043	67%	65,3	0,2	100%	0,71	0,2
KF	3.242	50%	105,5	0,4	25%	1,15	0,3
JU	4.966	50%	101,2	0,6	100%	1,10	0,5
andere BL	3.451	36%		0,4	-	-	0,4
Steiermark	114.577	68%	91,9	13,5	-	1,00	12,5

Tabelle 9: Planrechnung MR

Der Ausgleich der Varianz der Inanspruchnahme und die Auslastungsanpassung bei den einzelnen Geräten sind die wesentlichen Faktoren, die zu Reduktionen in den in den Tabelle 8 und Tabelle 9 dargestellten Kalkulationsergebnissen für die Bereiche CT und MR führen. Diese Reduktion ist aber unter den bestehenden Rahmenbedingungen aus folgenden Gründen nicht direkt umsetzbar:

- Die spezifischen betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind noch nicht berücksichtigt.
- Die dafür erforderliche Leistungsabstimmung und Kooperation zwischen intramuralen und extramuralen Gerätebetreiberinnen und -betreibern ist sinnvoll nur auf Basis (derzeit nicht definierter) alternativer Versorgungsformen zu erzielen.
- Strukturvorschläge sind sinnvollerweise nur in Abstimmung mit den parallel zu entwickelnden Finanzierungsmodalitäten zu definieren.

Im nächsten Schritt werden auf der Ebene von Bezirken bzw. Versorgungsregionen mögliche Strukturänderungen zu entwickeln und abzustimmen sein. Damit einher geht die Überprüfung von Möglichkeiten der Finanzierung aus einem Topf.

13.2.4 SPECT und PET

In der medizinisch-technologischen Entwicklung ist mittel- bis langfristig von einer Konvergenz von SPECT (Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie) und PET (Positronen-Emissions-Computertomographie) auszugehen.

Derzeit sind folgende Großgeräte vorhanden:

- PET: 2 (inkl. 1 PET/CT)
- SPECT: Akutbereich 10; sonstige 5

Entsprechend des onkologischen Versorgungsauftrages ist ein zusätzliches PET am LKH Leoben vorzusehen.

13.2.5 Herzkatheterlabor

Die derzeitige Ausstattung mit Herzkatheterlabors erscheint auf Basis der sinnvollen Versorgungszuordnung der Interventionen zu den Krankenanstalten LKH Graz, LKH Bruck/Mur und LKH Graz-West angemessen. Analog dem ÖSG 2010 gelten Großgeräte in Rehabilitationszentren und Unfallkrankenhäusern nur für diese als versorgungswirksam. Dementsprechend finden diese Geräte³³ in der Versorgungsplanung keinen Niederschlag.

	Herzkatheter
K606 Bruck/Mur LKH	1
K612 Graz LKH	3
K673 Graz-West LKH ³⁴	1

Tabelle 10: Planung Herzkatheter

13.2.6 Linearbeschleuniger (Strahlentherapie)

Derzeit bestehen nominell vier Linearbeschleuniger am LKH Graz, wobei einer davon das Gamma-Knife darstellt.

³³ Ein Gerät an der SKA St. Radegund.

³⁴ Kombinationsgerät COR-DSA

Vorgeschlagen wird folgende Struktur, beruhend auf den Kapazitätsbedürfnissen und dem Forschungsauftrag für das LKH-Universitätsklinikum Graz und dem Mindeststrukturqualitätskriterium von zwei Geräten für das LKH Leoben:

- LKH Graz
 - vier Versorgungslinearbeschleuniger
 - zusätzlich ein forschungsorientiertes Gerät (Linearbeschleuniger oder Gamma-Knife)
- LKH Leoben
 - zwei Linearbeschleuniger³⁵

³⁵ In Abstimmung mit dem LKH Graz

14 REFERENZEN

- (1993). Gesamtvertrag vom 1. Juli 1993, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Steiermark und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger, gültig ab 1.1.2003, <http://www.stgkk.at/mediaDB/21493.PDF>. §11, Abs. 2.
- (2004). Gruppenpraxis-Gesamtvertrag (Steiermark) <http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/112200.PDF>. § 11, Abs. 2.
- ASVG (1955). Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz). BGBl. Nr. 189/1955.
- ASVG (2005). Sechster Teil. BGBl. Nr. 108/2005, § 338, Abs. 2.
- Berchtold P. (2006). Die Bedeutung von Nahtstellen zwischen ambulant und stationär. Managed Care (4).
- GÖG (2010). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (inkl. Großgeräteplan). i.A. der Bundesgesundheitsagentur. Wien, Bundesministerium für Gesundheit
- GÖG (2012). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010 (inkl. Großgeräteplan). i.A. der Bundesgesundheitsagentur. Wien, Bundesministerium für Gesundheit
- Böcken J., Janus K. et al. (2007). Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen: Gestaltungsoptionen und Versichertenpräferenzen im internationalen Vergleich. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung.
- Danmayr E., Glatz W. (1999). Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- Danzer D., Fülöp G. et al. (2004). Rehabilitationsplan 2004. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- FA 8B Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion) (2006). Psychiatriebericht Steiermark. Graz, Amt der Steiermärkischen Landesregierung.
- FA 11B - Sozialwesen (2007). Steirischer Sozialbericht 2005/2006. Graz, Amt der Steiermärkischen Landesregierung.
- FA 16 - Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2007). Regionsprofile Steiermark, Amt der Steiermärkischen Landesregierung.

- GIS Steiermark. (2007). "Arbeitskarten." online abrufbar unter <http://www.gis.steiermark.at/cms/ziel/14291907/DE/>.
- KAGes (2007). Medizinischer Struktur- und Angebotsplan 2010, Version 12.0. Graz, Krankenanstaltenges.m.b.H.
- Nemeth C. (2004). Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- ÖBIG (2006a). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006, Stand Dezember 2005. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- ÖBIG (2006b). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006, Stand Juni 2006. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- ÖROK - Österreichische Raumordnungskonferenz (2006). Bevölkerung und Arbeitskräfte.
- Österreichisches Rotes Kreuz Steiermark (2006). Leistungsbericht 2006
- Steiermärkische Landesregierung. NUTS III-Regionen. online abrufbar unter <http://www.regionext.steiermark.at/>.
- Steiermärkische Landesregierung (2011). Geografische Übersichten und administrative Einteilungen. online abrufbar unter <http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/97821/DE/>.
- Steyrer J. (2003). Case- und Prozess-Management als Option für ein erweitertes Berufsverständnis der Pflege. Österreichische Pflegezeitschrift (11).
- Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2007). Landtagsbeschluss vom 11.12.2007, Gültigkeitsdauer 2008-2013

15 ANHANG – QUANTITATIVE STRUKTURDARSTELLUNG BIS 2020

15.1 Steiermark, gesamt

15.1.1 Stationäre und teilstationäre Strukturen

Steiermark Fonds KA																										
Betten Normalpflege	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	Normal Σ
IST 2009																										
tatsächliche Betten		2.082	206	1.087	391	224	264	118	167	92	77	512	121	20	51	25	664	100	23	28	80	165	70	22	41	6.630
RSG 2009 (für 2015)		1.889	370	992	347	212	271	124	149	85	72	463	140	20	52	27	674	100	35	48	78	162	72		45	6.427
SOLL 2020																										
systemisierte Betten	36	1.687	387	761	305	275	271	122	126	67	60	468	119	20	52	27	589	112	35	56	8	151	62	24	74	5.894

Betten Intensivpflege	INT E	INT K	Intensiv Σ
IST 2009			
tatsächliche Betten	275	53	328
RSG 2009 (für 2015)	303	53	356
SOLL 2020			
systemisierte Betten	310	53	363

Gesamtbetten	
IST 2009	
tatsächliche Betten	6.958
RSG 2009 (für 2015)	6.783
SOLL 2020	
systemisierte Betten	6.257

15.1.2 Ambulante Strukturen

Steiermark, gesamt															
	AM	AC	AUG	DER	GG	HNO	IM	NEU/PSY	KI	KJP	PUL	OR	RAD	UCH	URO
IST															
§2 (Planstellen)	609	10	42	26	55	28	55	27	36	0	19	21	27	0	21
SKV/WahlärztInnen (SVE)	6,5	0,5	5,3	2,7	10,8	2,4	9,1	n. v.	1,8	n. v.	0,2	0,6	0,1	0,4	1,1
Ambulatorien (SVE)	0	1,3	1,2	1,8	5,9	1,5	4,3	1,4	0	0	0	2,1	1,4	0	0,9
KH-Ambulanzen (SVE)	0	61,2	4,8	4,5	12,1	5,9	27,5	8,6	11,2	n. v.	2,6	3,2	n. v.	17,5	3,1
SOLL, 2020															
§2 (Planstellen)	601	(2)	44	28	54	29	55	(3)	33	0	19	23	26	0	22
Ambulatorien (SVE)	0		1,3	1,8	5,8	1,5	4,3		0	0	1,5	2,1	1,4	0	1
KH-Ambulanzen (SVE)	0		7,1	5,5	11,6	5,1	30,3		8,5	-	2,4	6,5	-	16,3	3

15.1.3 Allgemeine Anmerkungen

- Im Bereich der UC sind die bestehenden zusätzlichen Kapazitäten der UKHs in Graz und Kalwang für die BMZ zu berücksichtigen (siehe 4.1.4).
- Im Bereich NC wird die bestehende Versorgungssituation fortgeschrieben, zur Normalpflege sind noch die entsprechenden Intensivkapazitäten der Klinik mit einzubeziehen.
- Die INT-K-Betten waren im RSG 2009 nicht gesondert ausgewiesen und damit in den SOLL-Zahlen von KI und KCH implizit enthalten. Diese Situation wird in der SOLL, 2020-Darstellung insofern bereinigt, als INT-K-Betten nun gesondert ausgewiesen und damit nicht in den KI- und KCH-Zahlen enthalten sind.
- Der Kinderversorgung sind zusätzlich noch die Kinderintensivbetten (INT K) und die Kinderpsychosomatik (PSO K) zuzurechnen.
- Gynäkologische Krankenhausambulanzen werden zukünftig als TA geführt. Geburtshilfliche Ambulanzen werden als 24h-Ambulanzen geführt.
- Im Bereich der niedergelassenen Allgemeinmediziner werden die SOLL-Planstellen 2020 nur in Summe für die gesamte Steiermark ausgewiesen. Eine Aufteilung in den Regionen erfolgt in Abstimmung zwischen StGKK und der ÄK Steiermark. In den folgenden Tabellen bleiben die SOLL-Zahlen demzufolge leer (1).
- Im Bereich der ambulanten Versorgung in der Allgemein Chirurgie werden keine neuen Planstellen mehr aufgebaut. Die bestehenden Planstellen werden schrittweise abgebaut. Eine exakte Planstellenangabe ist daher für die Allgemein Chirurgie bis 2020 nicht möglich. Demzufolge bleiben die SOLL-Strukturen leer (2).
- Die Zahlen zum IST-Stand der ambulanten Versorgung im Kombinationsfach Neurologie/Psychiatrie wurden aus dem RSG, Version 1.1, des Jahres 2009 übernommen und sie basieren auf Daten des Jahres 2006. Eine SOLL-Darstellung ist nicht enthalten (3).
- Die Versorgungswirksamkeit einer SVE entspricht jener einer durchschnittlichen §2-Planstelle.

15.2 Versorgungsregion 61 – Graz

15.2.1 Stationäre und teilstationäre Strukturen

15.2.1.1 Gesamtdarstellung

VR 61, Graz																										
Betten Normalpflege	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	Normal Σ
IST 2009																										
tatsächliche Betten 2009		770	124	344	132	61	46	62	132	58	77	336	68	20	51	25	664		23	20	80	114	70	12	41	3.330
RSG 2009 (für 2015)		701	148	339	115	50	60	72	118	53	72	234	98	20	52	27	594		24	20	78	155	72		45	3.147
SOLL 2020																										
systemisierte Betten	22	667	159	314	110	50	60	72	98	45	60	249	84	20	52	27	509	12	24	20	8	118	54	12	74	2.920

Betten Intensivpflege	INT-E	INT-K	Intensiv Σ
IST 2009			
tatsächliche Betten 2009	138	44	182
RSG 2009 (für 2015)	159	44	203
SOLL 2020			
systemisierte Betten	170	44	214

Gesamtbetten	
IST 2009	
tatsächliche Betten 2009	3.512
RSG 2009 (für 2015)	3.306
SOLL 2020	
systemisierte Betten	3.134

15.2.1.2 Allgemeine Anmerkungen

- Psychiatrie: Die Zuordnung der regionalen Verantwortlichkeiten erfolgt im Rahmen von Detailplanungen im Jahre 2014.
- Zwischen dem Land Steiermark, der KAGes, den Konventen der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse und Graz-Eggenberg, der Krankenhaus der Elisabethinen GmbH, sowie dem Gesundheitsfonds Steiermark wurde eine Versorgungsvereinbarung abgeschlossen. Die Versorgungsvereinbarung zur Versorgungsregion 61 Graz ist als Anhang im RSG dargestellt und Bestandteil des RSG Steiermark.

15.2.1.3 Standortspezifische Darstellung

LKH - Univ.Klinikum Graz																												
	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL ⁹	MKG	NC	PCH	PSY ¹	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO- K	KJP	INT E	INT K	Ges.
IST 2009																												
tatsächliche Betten		264		180	107	61	46	62	87	58	77	71		20	51	25	64		23	12	2	114	70	12		91	44	1.541
RSG 2009		255		185	90	50	60	72	75	53	72	84	18	20	52	27	64		24	12		155	72			126		1.566
SOLL 2020																												
Organisationsform	ZAE	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	B	A	B		A	A	B		B	B	
systemisierte Betten	22	243		167	85	50	60	72	66	45	60	84	14	20	52	27	64	12	24	12		118	54	12		130	44	1.537
Ambulanzen	24h	TA		TA	24h ³	24h	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	24h		TA				24h					

Verbund LSF und LKH Graz-West																												
	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY ²	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO- K	KJP ⁵	INT E ⁶	INT K	Ges.
Standort Graz West																												
IST 2009																												
tatsächliche Betten		118		47																	64					16		245
RSG 2009		94		40																	64					16		214
SOLL 2020																												
Organisationsform	AEE ¹⁰	A		A									A														IFB	
systemisierte Betten		110		42									70													19		241
Ambulanzen	24h	TA		TA									TA															
Standort LSF																												
IST 2009																												
tatsächliche Betten												129					600									41	4	774
RSG 2009				24								120					440									45		629
SOLL 2020																												
Organisationsform	AEE	A		D								A					A									A	B	
systemisierte Betten		64		44								125					355									74	6	668
Ambulanzen	24h	TA										TA					24h									24h		

SKA, Albert-Schweizer-Klinik ⁷																														
	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO- K	KJP	INTE	INT	K	Ges.	
IST 2009																														
tatsächliche Betten			100																											100
RSG 2009																														
			100																											100
SOLL 2020																														
Organisationsform			A																											
systemisierte Betten			115																											115
Ambulanzen																														

15.2.2 Ambulante Strukturen

VR 61 – Graz und Umgebung																
	AM	CH	AU	DER	GGH	HNO	IM	NEU/PSY	KI	KJP	PUL	OR	RAD	UC	URO	
IST																
§2 (Planstellen)	168	7	13	8	21	9	18	8	14	0	7	7	9	0	7	
SKV/WahlärztInnen (SVE)	2,6	0,3	3,1	1,9	4,5	1,3	6,3	n. v.	1,2	0	0,2	0,4	0,1	0,3	0,9	
Ambulatorien (SVE)	0	1,3	1,2	1,8	5,9	1,5	4,3	1,4	0	0	0	2,1	1,4	0	0,9	
KH-Ambulanzen (SVE)	0	11,9	3,5	4,5	4,7	4,6	15,4	7,2	9,7	n. v.	1,3	0,8	n. v.	4,3	2	
SOLL, 2020																
§2 (Planstellen)	(1)	(2)	13	8	20	9	16	(3)	12	0	7	8	8	0	7	
Ambulatorien (SVE)			1,3	1,8	5,8	1,5	4,3		0	0	1,5 ^B	2,1	1,4	0	1	
KH-Ambulanzen (SVE)			5	4,3	4,6	4,0	15		6,2	-	1,3	0,9	-	5,8	2	

15.2.3 Regionenspezifische Anmerkungen

- ¹ Der regionale Versorgungsauftrag für die PSY am LKH – Univ. Klinikum Graz ist mit dem LSF abzustimmen und gemeinsam zu übernehmen.
- ² In den PSY-Planzahlen sind im SOLL, 2020 die Betten für Forensik, Asylisierung (Langzeitfälle) und Alkoholentwöhnung nicht enthalten.
- ³ 24h gilt nur für die geburtshilfliche Ambulanz, nicht für die gynäkologische Ambulanz, diese wird als TA geführt (siehe 15.1.3).
- ⁴ Die Abteilung wurde bis 2009 als gemischte allgemeine psychiatrisch/neurologische Abteilung geführt.
- ⁵ Eine Regionalisierung der Versorgung im Bereich der KJP für die Obersteiermark (24 Betten in Verbund mit der somatischen Versorgung der Kinder- und Jugendlichen) ist mittelfristig vom Träger anzustreben.

⁶ Die Zuordnung der INT-Bettenkapazitäten zwischen diesen beiden Standorten kann bedarfsorientiert durch den Träger erfolgen.

⁷ In der Gesamtbettenanzahl sind 15 AG/R TK-Betten enthalten.

⁸ Einrichtung einer Ambulanz für Pulmologie im Rahmen des Kassenambulatoriums der StGKK.

⁹ In Kooperation mit der Pulmologie am LKH Graz-West

¹⁰ ZAE/AEE: Die zwischen dem Land, dem Fonds, der KAGes, dem KH der Elisabethinen und den Barmherzigen Brüdern Graz abgeschlossene Versorgungsvereinbarung mit Transformationsphase bis 2018, sieht u.a. eine Beteiligung an einem trägerübergreifend organisierten System zur Verteilung von Akutaufnahmen und Erstversorgung vor. Damit ist eine schrittweise Umwandlung in eine ZAE vorgesehen.

¹¹ davon 30 Betten WALKABOUT - Therapiestation für Drogenkranke in Kainbach

(1) Allgemeinmedizin, siehe 15.1.3

(2) Allgemeinchirurgie, siehe 15.1.3

(3) Neurologie/Psychiatrie, siehe 15.1.3

15.3 Versorgungsregion 62 – Liezen

15.3.1 Stationäre und teilstationäre Strukturen

15.3.1.1 Gesamtdarstellung

VR 62, Liezen																										
Betten Normalpflege	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	Normal Σ
IST 2009																										
tatsächliche Betten		182	24	105	21	29												100								461
RSG 2009 (für 2015)		159	24	87	23	24												100		4						421
SOLL 2020																										
systemisierte Betten		147	24	48	21	44												100		4						388

Betten Intensivpflege	INT E	INT K	Intensiv Σ
IST 2009			
tatsächliche Betten	19		19
RSG 2009 (für 2015)	19		19
SOLL 2020			
systemisierte Betten	19		19

Gesamtbetten	
IST 2009	
tatsächliche Betten	480
RSG 2009 (für 2015)	440
SOLL 2020	
systemisierte Betten	407

Klinik für Psychosomatik Bad Aussee																											
EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	INT E	INT K	Ges.
IST 2009																											
tatsächliche Betten																	100									100	
RSG 2009																											
																	100									100	
SOLL 2020																											
Organisationsform																	A										
systemisierte Betten																	100									100	
Ambulanzen																											

15.3.2 Ambulante Strukturen

VR 62 - Liezen																
	AM	CH	AU	DER	GGH	HNO	IM	NEU/PSY	KI	KJP	PUL	OR	RAD	UC	URO	
IST																
§2 (Planstellen)	48	0	3	2	4	2	4	2	2	0	1	1	2	0	1	
SKV/WahlärztInnen (SVE)	0,4	0,1	0,5	0	1	0	0,1	n. v.	0	0	0	0	0	0	0	
Ambulatorien (SVE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
KH-Ambulanzen (SVE)	0	5,2	0	0	0,5	0	1,6	0	0	0	0	0	n. v.	1,2	0	
SOLL, 2020																
§2 (Planstellen)	(1)	(2)	3	2	4	2	4	(3)	2	0	1	1	2	0	1	
Ambulatorien (SVE)			0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
KH-Ambulanzen (SVE)			0	0	0,6	0	1,6		0,3	0	0	0,6	-	1,6	0	

15.3.3 Regionenspezifische Anmerkungen

- ¹ Die Ambulanz der Kinderheilkunde am LKH Bad Aussee wird mit Öffnungszeiten im Ausmaß von 6 h pro Woche geführt.
- ² 24h gilt nur für die geburtshilfliche Ambulanz, nicht für die gynäkologische Ambulanz, diese wird als TA geführt (siehe 15.1.3).
- ³ Die orthopädische Ambulanz am DKH Schladming wird im Rahmen der unfallchirurgischen Ambulanz geführt, mit Öffnungszeiten im Ausmaß von 12 h pro Woche.
- ⁴ Das SD für UC am LKH Rottenmann-Bad Aussee wird im Rahmen der Mutterabteilung für UC des LKHs Leoben-Bruck/Mur (Standort Bruck/Mur) geführt. Der Aufbau des SD erfolgt in Abhängigkeit zur vorhandenen Versorgungsstruktur am UKH Kalwang.
- ⁵ Reduzierte Grundversorgung gemäß ÖSG 2010

- (1) Allgemeinmedizin, siehe 15.1.3
- (2) Allgemeinchirurgie, siehe 15.1.3
- (3) Neurologie/Psychiatrie, siehe 15.1.3

15.4 Versorgungsregion 63 – Östliche Obersteiermark

15.4.1 Stationäre und teilstationäre Strukturen

15.4.1.1 Gesamtdarstellung

VR 63, Obersteiermark																										
Betten Normalpflege	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	Normal Σ
IST 2009																										
tatsächliche Betten		317	15	184	68	60		55	35	34		136	53							8		51		10		1.026
RSG 2009 (für 2015)		275	48	175	55	60		52	31	32		144	42				80		11	8		51				1.064
SOLL 2020																										
systemisierte Betten	14	236	48	141	50	47		50	28	22		136	35				80		11	8		33	8	12		959

Betten Intensivpflege	INT-E	INT-K	Intensiv Σ
IST 2009			
tatsächliche Betten	43	9	52
RSG 2009 (für 2015)	49	9	58
SOLL 2020			
systemisierte Betten	51	9	60

Gesamtbetten	
IST 2009	
tatsächliche Betten	1.078
RSG 2009 (für 2015)	1.122
SOLL 2020	
systemisierte Betten	1.019

NTK Kapfenberg																													
	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO- K	KJP	INT E	INT K	Ges.	
IST 2009																													
tatsächliche Betten												70																	70
RSG 2009												74																	74
SOLL 2020																													
Organisationsform												A																	
systemisierte Betten												74																	74
Ambulanzen																													

15.4.2 Ambulante Strukturen

VR 63 –Obersteiermark																
	AM	CH	AU	DER	GGH	HNO	IM	NEU/PSY	KI	KJP	PUL	OR	RAD	UC	URO	
IST																
§2 (Planstellen)	101	1	7	5	9	5	8	5	5	0	3	3	5	0	3	
SKV/WahlärztInnen (SVE)	0,3	0	0	0	0,8	0,1	0,4	n. v.	0	0	0	0,1	0	0,1	0,1	
Ambulatorien (SVE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
KH-Ambulanzen (SVE)	0	11,3	1,3	0	2,2	1,3	3,7	0,7	1,5	0	1,3	0	n. v.	4	1,1	
SOLL, 2020																
§2 (Planstellen)	(1)	(2)	7	4	8	5	8	(3)	4	0	3	3	5	0	3	
Ambulatorien (SVE)			0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
KH-Ambulanzen (SVE)			1,2	0,9	1,6	1,1	3,7		1,3	-	1,1	0,4	-	2,5	1	

15.4.3 Regionenspezifische Anmerkungen

- ¹ 24h gilt nur für die geburtshilfliche Ambulanz, nicht für die gynäkologische Ambulanz, diese wird als TA geführt (siehe 15.1.3).
- ² Die orthopädische Ambulanz am Standort Bruck/Mur wird im Rahmen der unfallchirurgischen Ambulanz geführt, mit Öffnungszeiten im Ausmaß von 12 h pro Woche.
- ³ Die Strahlentherapie wird im Rahmen der IM mit Belegrecht für die ausgewiesene Bettenzahl geführt.
- ⁴ Das LKH Mürzzuschlag-Mariazell führt eine zusätzliche dAEE auch am Standort Mariazell.

⁵ Die Unterschreitung der MBZ für die AU wird durch die Führung von TK-Betten (Faktor 1,5) kompensiert.³⁶

⁶ Die dWK für KCH am LKH Leoben-Bruck/Mur (Standort Leoben) wird im Rahmen der Mutterabteilung für KCH des LKH-Univ.Klinikums Graz geführt.

⁷ Die dTK für DER am LKH Leoben-Bruck/Mur (Standort Leoben) wird im Rahmen der Mutterabteilung für DER des LKH-Univ.Klinikums Graz geführt.

(1) Allgemeinmedizin, siehe 15.1.3

(2) Allgemein Chirurgie, siehe 15.1.3

(3) Neurologie/Psychiatrie, siehe 15.1.3

³⁶ vgl. GÖG, ÖSG 2010, S. 16

15.5 Versorgungsregion 64 – Oststeiermark

15.5.1 Stationäre und teilstationäre Strukturen

15.5.1.1 Gesamtdarstellung

VR 64, Oststeiermark																											
Betten Normalpflege	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	Normal Σ	
IST 2009																											
tatsächliche Betten		426	24	239	85	33	47	1																			855
RSG 2009 (für 2015)		384	72	185	75	38	51						45								8						858
SOLL 2020																											
systemisierte Betten		339	72	132	65	73	51						45								8						785

Betten Intensivpflege	INTE	INTK	Intensiv Σ
IST 2009			
tatsächliche Betten	31		31
RSG 2009 (für 2015)	38		38
SOLL 2020			
systemisierte Bette	33		33

Gesamtbetten	
IST 2009	
tatsächliche Betten	886
RSG 2009 (für 2015)	896
SOLL 2020	
systemisierte Betten	818

LKH Hartberg																													
	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	INT E	INT K	Ges.	
IST 2009																													
tatsächliche Betten		98		61	30																					8		197	
RSG 2009		90		35	30																					8		163	
SOLL 2020																													
Organisationsform	AEE	A		A	A																						dTK⁵		IFB
systemisierte Betten		68		62	27																						7		164
Ambulanzen	24h	TA		TA	24h																						TA		

MKH Vorau																													
	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	INT E	INT K	Ges.	
IST 2009																													
tatsächliche Betten		54	24	44																							4		126
RSG 2009		54	48	35																							3		140
SOLL 2020																													
Organisationsform	AEE	A	D	dTK*																								B	
systemisierte Betten		54	48	8																							2		112
Ambulanzen	24h	TA																											

LKH Weiz⁶																													
	EV	IM	AG/R RNS	CH	GYN	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	INT E	INT K	Ges.	
IST 2009																													
tatsächliche Betten		34		42																							4		76
RSG 2009		38		40																							4		82
SOLL 2020																													
Organisationsform	AEE	A		dTK	dTK	A	dTK																					B	
systemisierte Betten		38		4	X	36	X																				3		81
Ambulanzen	24h	TA				24h																						TA³	

15.5.2 Ambulante Strukturen

VR 64 – Oststeiermark																
	AM	CH	AU	DER	GGH	HNO	IM	NEU/PSY	KI	KJP	PUL	OR	RAD	UC	URO	
IST																
§2 (Planstellen)	127	1	8	6	10	5	13	4	7	0	3	5	5	0	4	
SKV/WahlärztInnen (SVE)	1,9	0,1	1,1	0,4	2,1	0,5	1	n. v.	0,6	0	0	0	0	0	0,1	
Ambulatorien (SVE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
KH-Ambulanzen (SVE)	0	16,2	0	0	2,2	0	4	0	0	0	0	1,1	n. v.	3,9	0	
SOLL, 2020																
§2 (Planstellen)	(1)	(2)	10	7	11	6	14	(3)	7	0	3	6	5	0	5	
Ambulatorien (SVE)			0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
KH-Ambulanzen (SVE)			0,9	0	2,3	0	6,2		0,4	0	0	1,6	-	3,6	0	

15.5.3 Regionenspezifische Anmerkungen

- ¹ 24h gilt nur für die geburtshilfliche Ambulanz, nicht für die gynäkologische Ambulanz, diese wird als TA geführt (siehe 15.1.3).
- ² Die Ambulanz der Kinderheilkunde am LKH Bad Radkersburg wird mit Öffnungszeiten im Ausmaß von 8 h pro Woche geführt.
- ³ Der Aufbau der Ambulanz im Fach AU am LKH Weiz erfolgt zeitgleich mit jenem der dTK im Fach AU am LKH Weiz.
- ⁴ Die dTK für URO am LKH Feldbach-Fürstenfeld (Standort Fürstenfeld) wird im Rahmen der Mutterabteilung für URO des LKH-Univ.Klinikums Graz geführt.
- ⁵ Die dTK für PSY am LKH Hartberg wird im Rahmen der Mutterabteilung für PSY des LSF Graz geführt.
- ⁶ Die dTKs für GYN, OR, AU und DER am LKH Weiz werden im Rahmen der Mutterabteilung für die entsprechende Fachrichtung des LKH-Univ.Klinikums Graz geführt.
- (1) Allgemeinmedizin, siehe 15.1.3
- (2) Allgemeinchirurgie, siehe 15.1.3
- (3) Neurologie/Psychiatrie, siehe 15.1.3

15.6 Versorgungsregion 65 – Süd-/Weststeiermark

15.6.1 Stationäre und teilstationäre Strukturen

15.6.1.1 Gesamtdarstellung

VR 65, Süd-/Weststeiermark																											
Betten Normalpflege	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	Normal Σ	
IST 2009																											
tatsächliche Betten		231	19	160	57																						467
RSG 2009 (für 2015)		230	48	158	52																						488
SOLL 2020																											
systemisierte Betten		200	48	86	38	30																			8	410	

Betten Intensivpflege	INT E	INT K	Intensiv Σ
IST 2009			
tatsächliche Betten	23		23
RSG 2009 (für 2015)	19		19
SOLL 2020			
systemisierte Betten	19		19

Gesamtbetten	
IST 2009	
tatsächliche Betten	490
RSG 2009 (für 2015)	507
SOLL 2020	
systemisierte Betten	429

15.6.2 Ambulante Strukturen

VR 65 – Süd-/West-Steiermark																
	AM	CH	AU	DER	GGH	HNO	IM	NEU/PSY	KI	KJP	PUL	OR	RAD	UC	URO	
IST																
§2 (Planstellen)	102	1	7	3	7	4	7	5	5	0	3	3	3	0	3	
SKV/WahlärztInnen (SVE)	1,2	0	0,6	0,4	1,8	0,5	1,1	n. v.	0	0	0	0,1	0	0	0	
Ambulatorien (SVE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
KH-Ambulanzen (SVE)	0	14,6	0	0	1,4	0	1,7	0	0	0	0	0	n. v.	0	0	
SOLL, 2020																
§2 (Planstellen)	(1)	(2)	7	4	7	4	8	(3)	6	0	3	3	4	0	4	
Ambulatorien (SVE)			0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
KH-Ambulanzen (SVE)			0	0	1,7	0	2,6		0	0	0	0,7	-	1	0	

15.6.3 Regionenspezifische Anmerkungen

¹ Die orthopädische Ambulanz am LKH Wagna wird im Rahmen der unfallchirurgischen Ambulanz geführt, mit Öffnungszeiten im Ausmaß von 12 h bis 14 h pro Woche.

² 24h gilt nur für die geburtshilfliche Ambulanz, nicht für die gynäkologische Ambulanz, diese wird als TA geführt (siehe 15.1.3).

³ Die dTK für GYN am LKH Voitsberg wird im Rahmen der Mutterabteilung für die entsprechende Fachrichtung des LKH Deutschlandsberg geführt.

(1) Allgemeinmedizin, siehe 15.1.3

(2) Allgemeinchirurgie, siehe 15.1.3

(3) Neurologie/Psychiatrie, siehe 15.1.3

15.7 Versorgungsregion 66 – Oberes Murtal

15.7.1 Stationäre und teilstationäre Strukturen

15.7.1.1 Gesamtdarstellung

VR 66, oberes Murtal																											
Betten Normalpflege	EV	IM	AG/R RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	Normal Σ	
IST 2009																											
tatsächliche Betten		156		55	28	41	171					40															491
RSG 2009 (für 2015)		140	30	48	27	40	160					40									8						493
SOLL 2020																											
systemisierte Betten		98	36	40	21	31	160					38									8						432

Betten Intensivpflege	INT-E	INT-K	Intensiv Σ
IST 2009			
tatsächliche Betten	21		21
RSG 2009 (für 2015)	19		19
SOLL 2020			
systemisierte Betten	18		18

Gesamtbetten	
IST 2009	
tatsächliche Betten	512
RSG 2009 (für 2015)	512
SOLL 2020	
systemisierte Betten	450

15.7.2 Ambulante Strukturen

VR 66 – Oberes Murtal																
	AM	CH	AU	DER	GGH	HNO	IM	NEU/PSY	KI	KJP	PUL	OR	RAD	UC	URO	
IST																
§2 (Planstellen)	63	0	4	2	4	3	5	3	3 ⁶	0	2	2	3	0	3	
SKV/WahlärztInnen (SVE)	0,1	0	0	0	0,6	0	0,2	n. v.	0	0	0	0	0	0	0	
Ambulatorien (SVE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
KH-Ambulanzen (SVE)	0	2	0	0	1,1	0	1,2	0,7	0	0	0	1,3	n. v.	4,1	0	
SOLL, 2020																
§2 (Planstellen)	(1)	(2)	4	3	4	3	5	(3)	2	0	2	2	2	0	2	
Ambulatorien (SVE)			0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
KH-Ambulanzen (SVE)			0	0,3	0,8	0	1,2		0,3	0	0	2,3	-	1,8	0	

15.7.3 Regionenspezifische Anmerkungen

¹ Die endgültige Standortentscheidung für die (d)AEE ist noch zu treffen.

² Die dermatologische Ambulanz wird im Rahmen der dAEE mit Öffnungszeiten im Ausmaß von 6 h pro Woche geführt.

³ Die Ambulanz der Kinderheilkunde wird im Rahmen der dAEE mit Öffnungszeiten im Ausmaß von 6 h pro Woche geführt.

⁴ 24h gilt nur für die geburtshilfliche Ambulanz, nicht für die gynäkologische Ambulanz, diese wird als TA geführt (siehe 15.1.3).

⁵ Die orthopädische Ambulanz wird im Rahmen der unfallchirurgischen Ambulanz geführt, mit Öffnungszeiten im Ausmaß von 20 h pro Woche

⁶ Die derzeit nicht besetzte KI-Planstelle im Bezirk Murau wird gestrichen und durch eine entsprechende Ambulanz ersetzt.

⁷ Unterschreitung der MBZ aufgrund der peripheren Lage

(1) Allgemeinmedizin, siehe 15.1.3

(2) Allgemeinchirurgie, siehe 15.1.3

(3) Neurologie/Psychiatrie, siehe 15.1.3

16 VERSORGUNGSVEREINBARUNG VR 61 - GRAZ

VERSORGUNGSVEREINBARUNG

gem. § 20 lit a der Rahmenvereinbarungen zwischen dem Land Steiermark, dem Gesundheitsfonds Steiermark sowie dem Konvent der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse und der Krankenhaus der Elisabethinen GmbH

**abgeschlossen zwischen
dem Land Steiermark**

p.A. Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Burgring 4, 8010 Graz

im Folgenden kurz **Land** genannt,

**dem Gesundheitsfonds Steiermark,
Friedrichgasse 9, 8010 Graz,**

im Folgenden kurz **Fonds** genannt,

**der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft mbH
Stiftingtalstraße 4-6, 8010 Graz**

im Folgenden kurz **KAGes** genannt,

**dem Konvent der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse
Marschallgasse 12,
8020 Graz**

als Rechtsträger

des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Graz-Eggenberg und
des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse
unter Beitritt der Konvents der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg

und

**der Krankenhaus der Elisabethinen GmbH, FN 227583g
Elisabethinergasse 14, 8020 Graz**

als Rechtsträger des Krankenhauses der Elisabethinen

im Folgenden beide kurz **Träger** genannt wie folgt:

PRÄAMBEL

Die Rahmenverträge abgeschlossen zwischen dem Land Steiermark, den Konventen der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse und Graz-Eggenberg, der Krankenhaus der Elisabethinen GmbH sowie dem Gesundheitsfonds Steiermark sehen vor, dass eine Versorgungsvereinbarung hinsichtlich der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung in abgestufter Form nach den Planungsvorgaben des Gesundheitsfonds Steiermark unter Einhaltung der Betriebspflicht einer öffentlichen Krankenanstalt und in Kooperation zwischen den konfessionellen Krankenanstalten und den Krankenanstalten der KAGes sowie der Beteiligung an einem trägerübergreifend organisierten System zur Verteilung von Akutaufnahmen und Erstversorgung abgeschlossen wird.

Hierzu wurde von den Vertragsparteien gegenständliche Versorgungsvereinbarung zur Versorgungsregion 61 Graz erarbeitet, welche mit dem Zielhorizont für die Umsetzung bis 2018 eine Zusammenarbeit in den Bereichen Akut- und Notfallversorgung vorsieht und eine abteilungs- und fachbezogene Darstellung der Versorgungsfestlegungen, krankenanstaltenbezogene Rahmenbedingungen und die Zusammenarbeitsbereitschaft in Forschung und Lehre enthält. Hierbei werden die jeweils gültigen gesetzlichen Bestimmungen sowie die Vorgaben des jeweils gültigen Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) bzw. des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) für die Steiermark beachtet.

Der Abschluss der Versorgungsvereinbarung zwischen dem Land, dem Fonds, der KAGes und den Trägern stellt ebenso wie der Abschluss von Vereinbarungen über die Abwicklung und Bezuschussung von Investitionsvorhaben auf dem Standort Graz Marschallgasse sowie Elisabethnergasse zwischen dem Fonds und den Trägern unter Zustimmung des Landes eine aufschiebende Bedingung für die Rechtswirksamkeit der Rahmenvereinbarungen dar.

Gegenstand der nunmehrigen Versorgungsvereinbarung ist die Erfüllung einer der aufschiebenden Bedingungen gemäß § 20 lit a der Rahmenvereinbarungen.

Inhalt

1	Rahmenbedingungen	107
2	Akut- und Notfallversorgung.....	108
	2.1 Endausbau (ab 2018).....	108
	2.2 Transformationsphase (bis 2018).....	109
	2.3 Virtuelle EBA.....	110
3	Abteilungsbezogene Darstellung	111
	3.1 Innere Medizin.....	111
	3.2 Neurologie	113
	3.3 Psychiatrie	114
	3.4 Pulmologie.....	115
	3.5 Chirurgie	116
	3.6 HNO	117
	3.7 Gynäkologie.....	117
	3.8 Palliativmedizin	118
	3.9 Schmerztherapie.....	118
4	KA-bezogene Rahmenbedingungen	119
5	Zusammenarbeitsbereitschaft im Bereich Forschung und Lehre	120

1 RAHMENBEDINGUNGEN

Für die Planungen gelten folgende Rahmenbedingungen:

- Zielrichtung Vollumsetzung 2018
- Übergangsbestimmungen sind gesondert zu definieren

2 AKUT- UND NOTFALLVERSORGUNG

2.1 Endausbau (ab 2018)

Ab 2018		BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK	UKH
Mitwirkung am Aufbau einer virtuellen EBA		ja	ja	ja	ja	ja	(ja)
Ambulante Erstversorgung		ZAE	AEE	ZAE	AEE	ZAE	
direkte Rettungszufahrten (unspezifische Notfälle) mit definierten Kontingenten		ja	in Regelbetriebszeit	ja	in Regelbetriebszeit	ja	(ja)
vorabgeklärte spez. Notfälle			ja		ja		
Stationäre Weiterversorgung mit definierten Kontingenten		ja	definierte spez. Notfälle u. Übernahme aus ZAE (und Koop. EBA Ost)	ja	definierte spez. Notfälle u. Übernahme aus ZAE	ja	
Spez. Notfälle	Herzinfarkt			ja		ja	
	Schlaganfall				ja	ja	
	Gastro-intestinale Notfälle	ja	ja	ja	ja	ja	
	Kinder					ja	
	Traumata/ Unfälle					ja (Level 1)	(ja)
	Psychiatrische Notfälle	ja (VR 65*)				ja (VR 61/64*)	Mitwirkung
vorabgeklärte spez. Notfälle			ja		ja		

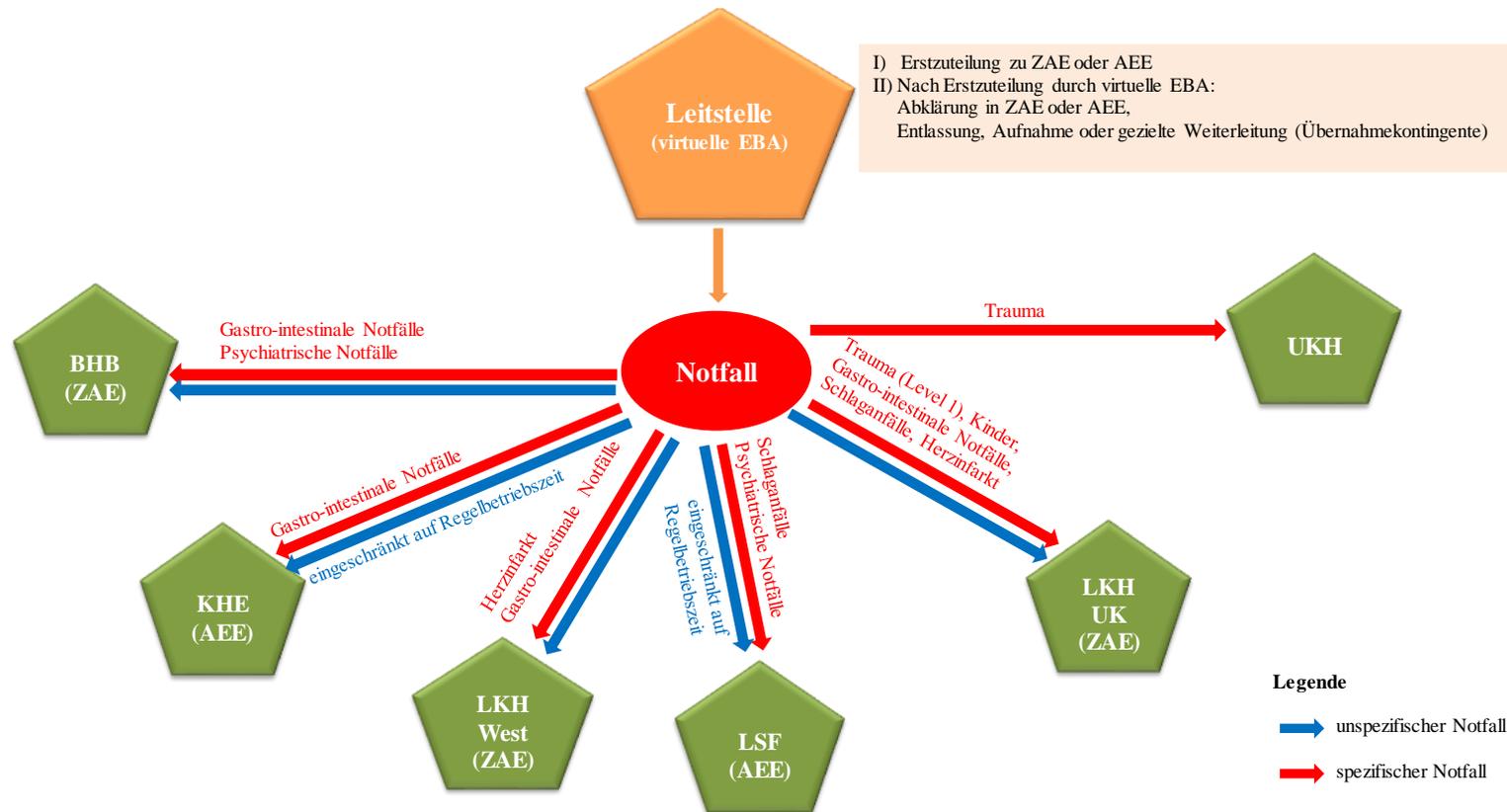
* Die endgültige Zuordnung der regionalen Verantwortlichkeit erfolgt im Rahmen der Detailplanungen im Jahre 2014.

2.2 Transformationsphase (bis 2018)

Bis 2018		BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK	UKH
Mitwirkung am Aufbau einer virtuellen EBA		ja	ja	ja	ja	ja	(ja)
Ambulante Erstversorgung		AEE	AEE	ZAE	AEE	ZAE	
direkte Rettungszufahrten (unspezifische Notfälle) mit definierten Kontingenten		ja (Marschallgasse, Kooperation West)“	in Regelbetriebszeit	ja	in Regelbetriebszeit	ja	(ja)
Stationäre Weiterversorgung mit definierten Kontingenten		ja (schrittweiser Aufbau)	definierte spez. Notfälle u. Übernahme aus ZAE (und Koop. EBA Ost)	ja	definierte spez. Notfälle u. Übernahme aus ZAE	ja	
Spez. Notfälle	Herzinfarkt			ja		ja	
	Schlaganfall				ja	ja	
	Gastro-intestinale Notfälle	ja	ja	ja		ja	
	Kinder					ja	
	Traumata/ Unfälle					ja (Level 1)	ja
	Psychiatrische Notfälle	ja (VR 65*) (schrittweiser Aufbau)				ja (VR 61/64*)	Mitwirkung
vorabgeklärte spez. Notfälle			ja		ja		

* Die endgültige Zuordnung der regionalen Verantwortlichkeit erfolgt im Rahmen der Detailplanungen im Jahre 2014.

2.3 Virtuelle EBA



Relevanz für die aktuellen Versorgungsaufträge:

- * Festlegung über die Bereitschaft bei der Virtuelle EBA teilzunehmen und Kontingente zu übernehmen (Übernahmebereitschaft)
- * Bereitschaft die Daten offen zu legen

Leitstelle:

Besetzung: - 24h, 365 Tage mit 2 Notfallmedizinern aus verschiedenen Häuser, die sich selbst organisieren (eigene Mannschaft)

Aufgabe:

- Entgegennahme Anruf Rettung; evtl. auch Callcenter für Selbstzuweiser (rechtliche Abklärung erforderlich)
- Zuteilung anhand hinterlegtem Krankheitsbild des Patienten und anhand der freien (laufend aktualisierten) Krankenhaus-Kapazitäten: freie Betten, Ambulanzfrequenzen, Belastung Großgeräte, voraussichtliche Belegdauer über eigene Software
- Vereinbarte Kontingente für Rettungszufahrten

3 ABTEILUNGSBEZOGENE DARSTELLUNG

3.1 Innere Medizin

Versorgungsparameter (Soll) | Relative Verweildauer: 95% vom LKF-Mittelwert 2012 (Vergleichsbasis)

Versorgungsfestlegungen

	BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK
Endokrinologie und Stoffwechsel	Fachliche Abdeckung	Fachliche Abdeckung	Fachliche Abdeckung	Fachliche Abdeckung	Zentralversorgung
Nuklearmedizin	Fachliche Abdeckung				Zentralversorgung
Nephrologie	Fachliche Abdeckung mit Dialyse				Referenzzentrum Nierenkrankheiten (NEPR)
Kardiologie	Fachliche Abdeckung in Koop. mit LKH West / LKH-UK	Fachliche Abdeckung in Koop. mit LKH West / LKH-UK	Fachliche Abdeckung konservative und interventionelle Kardiologie (Versorgungsstufe II)	Fachliche Abdeckung in Koop. mit LKH West / LKH-UK	Zentralversorgung konservative und interventionelle Kardiologie (Versorgungsstufe I)
Angiologie	Fachliche Abdeckung	Fachliche Abdeckung	Fachliche Abdeckung	Fachliche Abdeckung	Zentralversorgung
Gastroenterologie und Hepatologie	Fachliche Abdeckung	Fachliche Abdeckung	Fachliche Abdeckung	Fachliche Abdeckung	Zentralversorgung
Onkologie	assoziierte onkologische Versorgung (ONKA)	assoziierte onkologische Versorgung (ONKA)	assoziierte onkologische Versorgung (ONKA)		Onkologisches Referenzzentrum (ONKZ)
Hämatologie	Fachliche Basisabdeckung				Zentralversorgung

	BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK
Rheumatologie und Immunologie	Fachliche Abdeckung				Zentralversorgung
Schlaflabor/ Schlafmedizin (* Darstellung aller Fachbereiche)	4 Plätze in Koop. mit Neurologie		*4 Plätze Pulmologie	*2 Plätze Gemeinsamer Fachbereich für Schlafmedizin	*3 Plätze UK Kinder-Jugendheilkunde 3 Plätze UK Innere Medizin, Klin. Abtlg. für Pulmologie

3.2 Neurologie

Versorgungsparameter (Soll) | Relative Verweildauer: 95% vom LKF-Mittelwert 2012 (Vergleichsbasis)

Versorgungsfestlegungen

	BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK
Ist-Versorgung inkl. Kooperationen	Fachliche Abdeckung (exkl. Stroke.) Schwerpunkte: Multiple Sklerose, neuromuskuläre Erkrankungen und Bewegungsstörungen			Fachliche Abdeckung (inkl. Stroke)	Zentralversorgung
Aufzubauende Versorgungsleistung	Versorgung neurologischer Akutfälle (exkl. Rettungszufahrten Stroke)				

3.3 Psychiatrie

Versorgungsparameter (Soll) | Relative Verweildauer: 95% vom LKF-Mittelwert 2012 (Vergleichsbasis)

Versorgungsfestlegungen

	BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK
Ist-Versorgung inkl. Kooperationen				Regionalversorgung VR 61*, VR 64* weitere fachliche Schwerpunkt- bildungen	fachliche Schwerpunkt- bildungen
Aufzubauende Versorgungsleistung	Regionalversorgung VR 65*				Mitwirkung an der Regionalversorgung VR 61*

* Die endgültige Zuordnung der regionalen Verantwortlichkeit erfolgt im Rahmen der Detailplanungen im Jahre 2014.

3.4 *Pulmologie*

Versorgungsparameter (Soll) | Relative Verweildauer: 95% vom LKF-Mittelwert 2012 (Vergleichsbasis)

Versorgungsfestlegungen

	BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK
Ist-Versorgung inkl. Kooperationen			Fachliche Abdeckung inkl. RCU (Onkolog. Therapie im Rahmen ONKA)		Fachliche Abdeckung inkl. RCU im Rahmen der UK für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Pulmologie (Onkolog. Therapie im Rahmen ONKZ)

3.5 Chirurgie

Versorgungsparameter (Soll) | Relative Verweildauer: 95% vom LKF-Mittelwert 2012 (Vergleichsbasis)

Versorgungsfestlegungen

	BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK
Ist-Versorgung inkl. Kooperationen	Fachliche Abdeckung (inkl. onkolog. Chirurgie)	Fachliche Abdeckung (inkl. onkolog. u. bariatrischer Chir.) Fortführung Wochenklinik	Fachliche Abdeckung (inkl. onkolog. Chirurgie)		Zentralversorgung
Aufzubauende Versorgungsleistung	chirurgische Tagesklinik (interdisziplinär mit Gynäkologie)				

3.6 HNO

Versorgungsparameter (Soll) | Relative Verweildauer: 95% vom LKF-Mittelwert 2012 (Vergleichsbasis)

Versorgungsfestlegungen

	BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK
Ist-Versorgung inkl. Kooperationen		Fachliche Abdeckung (inkl. 24h Notfallversorgung)			Zentralversorgung

3.7 Gynäkologie

Versorgungsparameter (Soll) | Relative Verweildauer: 95% vom LKF-Mittelwert 2012 (Vergleichsbasis)

Versorgungsfestlegungen

	BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK
Ist-Versorgung inkl. Kooperationen	Fachliche Abdeckung (inkl. Chemotherapie im Rahmen ONKA)				Zentralversorgung
Aufzubauende Versorgungsleistung	chirurgische Tagesklinik (interdisziplinär mit Chirurgie)				

3.8 Palliativmedizin

Versorgungsfestlegungen

	BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK
Ist-Versorgung inkl. Kooperationen		Fachliche Abdeckung (entspr. RSG)			Fachliche Abdeckung (entspr. RSG)

3.9 Schmerztherapie

Versorgungsfestlegungen

	BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK
Ist-Versorgung inkl. Kooperationen		Fachliche Abdeckung*			

* unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Belegungsanalysen

4 KA-BEZUGENE RAHMENBEDINGUNGEN³⁷

	BHB	KHE	LKH West	LSF	LKH-UK
Outcomeparameter	lt. Zielsteuerung	lt. Zielsteuerung	lt. Zielsteuerung	lt. Zielsteuerung	lt. Zielsteuerung
Patientenbefragung	lt. Zielsteuerung	lt. Zielsteuerung	lt. Zielsteuerung	lt. Zielsteuerung	lt. Zielsteuerung
Präoperative Diagnostik (entspr. Bundesleitlinie)	ja	ja	ja	ja	ja
Initiative PatientInnensicherheit	ja	ja	ja	ja	ja
Aufnahme- / Entlassungs- management (entspr. Bundesleitlinie)	ja	ja	ja	ja	ja
Aktion Saubere Hände	ja	ja	ja	ja	ja
Controlling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinbarung eines Umsetzungszeitplans ▪ Detaillierte Entwicklung von Controllingmaßnahmen ▪ Jährliches Review zur Steuerung des Umsetzungsstandes 				

³⁷ Exemplarische Darstellung. Gesetzliche Vorgaben, ÖSG und RSG-Vorgaben sind davon unbeschadet zu beachten.

5 ZUSAMMENARBEITSBEREITSCHAFT IM BEREICH FORSCHUNG UND LEHRE

	BHB	KHE	LKH West	LSF
Bereitschaft zur Teilnahme an der Sammellogistik Biobank	ja	ja	ja	ja
Bereitschaft zur Einbeziehung als Lehrkrankenhaus	ja	ja	ja	ja

**Gemeinsam eine gesunde
Zukunft bauen.**

VERSION
2.1



**GESUNDHEITSPLATTFORM
STEIERMARKE**

Gesundheitsfonds Steiermark
Friedrichgasse 9, 8010 Graz
www.gesundheitsfonds.steiermark.at



**Das Land
Steiermark**

→ Gesundheit und Pflegemanagement