

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT BURGENLAND 2025 (9460/10)

Kundmachung des Landeshauptmannes von Burgenland vom 12. September 2024, betreffend den Regionalen Strukturplan Gesundheit Burgenland 2025, LGBl. Nr. 57/2024.

Gemäß § 15 Abs. 4 Burgenländisches Gesundheitswesengesetz 2017 - Bgl. GwG 2017, LGBl.Nr. 6/2018, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 1/2024, wird kundgemacht:

Die Landes-Zielsteuerungskommission hat den geänderten Regionalen Strukturplan Gesundheit-Burgenland 2025 einvernehmlich beschlossen. Der Regionale Strukturplan Gesundheit Burgenland 2025 wird als Anlage 1 verlautbart.

Anlage 1

Regionaler Strukturplan Gesundheit – Burgenland 2025
gemäß Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission vom 16. Dezember 2020
inklusive der im Feber 2021, im November 2023 sowie im Mai 2024 beschlossenen
Anpassungen

Basierend auf analytischen Grundlagen der:

EPIG GmbH
Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

Hans-Sachs-Gasse 14/2
8010 Graz

T: +43 (0)316 810 850
F: +43 (0)316 810 850 50
E: office@epig.at
W: www.epig.at

Gendering

Die Berücksichtigung der gleichen Rechte von Frauen und Männern ist uns wichtig. Das Redaktionsteam bemüht sich daher um die sprachliche Gleichbehandlung von Personenbezeichnungen. Wird in einigen Dokumenten dennoch nur die weibliche oder männliche Form verwendet, so dient dies einer größeren Verständlichkeit des Textes und soll für beide Geschlechter gleichermaßen gelten.

Inhalt

1	Einleitung	8
1.1	Planungsauftrag	8
1.2	Vorbemerkungen	8
1.3	Planungsgrundlagen und verbindliche Rahmenbedingungen	9
2	Grundsätze und Zielsetzungen der Planung	10
2.1	Allgemeine Planungsgrundsätze	10
2.2	SARS-CoV-2	11
3	Allgemeine Planungsvoraussetzungen im Burgenland.....	12
3.1	Topografie	12
3.2	Demographie.....	12
3.3	Gesundheitsversorgung	13
4	Allgemeinmedizinische Primärversorgung	15
4.1	Spezifische Planungs- und Versorgungsgrundsätze	15
4.2	Methodisches Vorgehen	15
4.3	Bestehende allgemeinmedizinische Versorgung -IST 2017.....	18
4.4	Zukünftige Versorgungsstruktur, PLAN 2025	20
5	Ambulante fachärztliche Versorgung	22
5.1	Spezifische Planungsgrundsätze	22
5.2	Methodisches Vorgehen	22
5.3	Bestehende Versorgungsstruktur, IST 2017.....	23
5.4	Zukünftige Versorgungsstruktur, PLAN 2025	23
6	Akutstationäre Versorgung.....	26
6.1	Spezifische Planungsgrundsätze	26
6.2	Methodisches Vorgehen	27
6.3	Zukünftige Versorgungsstruktur, PLAN 2025	29
7	Hämodialyse	36
7.1	Aktuelle Versorgung.....	36
7.2	Rahmen der Planung.....	38
7.3	SOLL-Struktur für 2025.....	39
8	Anhang.....	41
8.1	RSG-Planungsmatrix (ÖSG-konforme Strukturdarstellung)	41

Abbildungen

Abbildung 1: Module zur Planung des ambulanten ärztlichen Versorgungsbereichs.....	17
Abbildung 2: allgemeinmedizinische ÄrztInnendichte je Bezirk mit 31.12.2017 Burgenland.....	19
Abbildung 3: allgemeinmedizinische Arztkontakte je EW und je Bezirk im Jahr 2017 für das Burgenland	20
Abbildung 4: demografiebedingter Bedarfszuwachs in der Allgemeinmedizin von 2017 bis 2025 je Bezirk.....	21
Abbildung 5: Überregionale Versorgungsplanung gem. ÖSG 2017.....	34

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

Tabellen

Tabelle1:Bevölkerungsentwicklung bis 2030	13
Tabelle2:Darstellungder Plätzefür Hämodialyse im IST2018 und im SOLL2025 für das Burgenland.	39
Tabelle 3: Darstellung der Plätze für Hämodialyse im IST 2018 und im SOLL 2025 für die VR 11.....	40
Tabelle 4: Darstellung der Plätze für Hämodialyse im IST 2018 und im SOLL 2025 für die VR 12.....	40

Abkürzungsverzeichnis

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
Abs	Absatz
AKH	Allgemeines Krankenhaus
ambBP	ambulanter Betreuungsplatz
AP	affiliierter Partner
Art.	Artikel
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BBR	Barmherzige Brüder
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BURGEF	Burgenländischer Gesundheitsfonds
bzw.	beziehungsweise
ca.	cirka
EPIG	Entwicklungs-und Planungsinstitut für Gesundheit
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
ET	Einheit (für PAL)
FOKO	Folgekostendatensatz
GKK	Gebietskrankenkasse
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HD	Hämodialyse
Hg.	Herausgeber
idgF	in der gültigen Fassung
inkl.	inklusive
KA	Krankenanstalt
KDok	Krankenanstaltendokumentation
KH	Krankenhaus
LGBI.	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF-Modell
Mio.	Million
Nr.	Nummer
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PDia	Peritonealdialyse
RFD	relative Frequenzdichte
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RSG-B 2025	Regionaler Strukturplan Gesundheit -Burgenland 2025
SVE	Standardversorgungseinheit
ÜRVP	überregionale Versorgungsplanung
VR	Versorgungsregion
VZÄ	Vollzeitäquivalent
Z	Zeile
z.B.	zum Beispiel

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

Medizinische Fachrichtungen und Spezialbereiche

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AU	Augenheilkunde und Optometrie
BRZ	Brustgesundheitszentrum
CH	Chirurgie bzw. Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
GGH	Frauenheilkunde (Gynäkologie) und Geburtshilfe
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
IM	Innere Medizin
KFO	Kieferorthopädie
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
KJR	kinder- und jugendmedizinische Versorgung
NEPS	nephrologischer Schwerpunkt
ORTR	Orthopädie und Traumatologie
PDia	Peritonealdialyse
RAD	Radiologie
RNS	Remobilisation/Nachsorge
URO	Urologie
ZAE	zentrale ambulante Erstversorgung
ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Versorgungsregionen im Burgenland

VR 11	Versorgungsregion Burgenland -Nord
VR 12	Versorgungsregion Burgenland -Süd

Bezirke im Burgenland

E	Eisenstadt
EU	Eisenstadt-Umgebung
GS	Güssing
JE	Jennersdorf
MA	Mattersburg
ND	Neusiedl
OP	Oberpullendorf
OW	Oberwart
RU	Rust

1 Einleitung

Die Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens¹ regelt in Art. 5 den Österreichischen Strukturplan Gesundheit und die Erstellung der Regionalen Strukturpläne Gesundheit. Art. 5 Abs 1 sieht vor, dass die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung in Österreich der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) der einzelnen Bundesländer sind, wobei der ÖSG der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSGs vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung ist. Art. 5 Abs 7 bestimmt, dass die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) je Bundesland entsprechend den Vorgaben des jeweils gültigen ÖSG bezüglich der Inhalte, Planungshorizonte und Planungsrichtwerte kontinuierlich weiter zu entwickeln und regelmäßig zu revidieren sind. Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten bundesweit einheitlich im Sinne gutachterlicher Empfehlungen.

Der im Burgenland letztgültig beschlossene und verbindlich gemachte RSG legt Kapazitäten für den Planungshorizont 2015 fest. Im Sinne der bundesweiten Vorgaben zu regelmäßigen Aktualisierungen aber auch, um zeitnahe Planungssicherheit gewährleisten zu können, wurde die EPIG GmbH – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit mit der Ausarbeitung einer Experten-Empfehlung für einen RSG Burgenland 2025 von Seiten des Burgenländischen Gesundheitsfonds beauftragt. Die vorliegenden Planungsarbeiten spiegeln letztlich die Ergebnisse der Abstimmungsprozesse auf Ebene des Burgenländischen Gesundheitsfonds, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)², Landesstelle Burgenland, mit den Krankenanstaltenträgern sowie den weiteren entscheidenden Gremien wider.

1.1 Planungsauftrag

Inhalt der vorliegenden Neuentwicklung des RSG-B 2025 sind die Bereiche der akutstationären und der ambulanten Versorgung einschließlich den Kapazitäten für die chronische Hämodialyse. Der RSG-B 2025 geht von der bestehenden Versorgungsstruktur unter Berücksichtigung der demografischen Herausforderungen, der medizinisch-technischen Entwicklungen und der Änderungen in den rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen aus und sieht einen Entwicklungspfad für die Versorgungsstrukturen im Burgenland bis zum Jahr 2025 vor. Als Basis dazu dienen die inhaltlichen Vorgaben des ÖSG 2017, in der Fassung vom 27.09.2019³, bzw. der ÖSG-VO, vor allem hinsichtlich der Planungsmatrix, der Bundes-Zielsteuerungsvertrag sowie das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen und die einschlägigen gesetzlichen Rahmenbedingungen.

1.2 Vorbemerkungen

Der vorliegende RSG-B 2025 stellt eine fachlich fundierte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem des Burgenlandes unter Wahrung der bundesweiten Rahmenvorgaben dar. Er achtet insbesondere auch darauf, eine in einzelnen Fächern aufeinander abgestimmte und abgestufte Versorgung noch stärker zu akzentuieren und den Häusern differenzierte Versorgungsaufträge zuzuteilen. Gleichzeitig gibt er Anregungen dazu, eine engere Verschränkung der Häuser in der Ausbildung, im laufenden Training und in der Zuweisung von Patientinnen und Patienten mit spezifischen und komplexen Bedarfen voranzutreiben und dafür Modelle zu entwickeln.

Die Wechselwirkungen zwischen dem Burgenland und den anderen, vor allem den angrenzenden, Bundesländern wurde in Bezug auf Gastpatientinnen und -patienten sowohl innerhalb des Burgenlandes als auch außerhalb desselben in die Betrachtungen mit einbezogen.

Die Arbeiten an diesem RSG-B 2025 wurden im Jahr 2018 begonnen und anhand der Daten aus dem Jahr 2017 durchgeführt. Des Weiteren wurden die Ergebnisse anhand der Analysen des Leistungsgeschehens im Jahr 2018 nochmals plausibilisiert und validiert. Die zu dem Zeitpunkt zuständige Sozialversicherung war im Burgenland die Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK). Daher wird in den Textpassagen auf diese Bezug genommen. Sie ist synonym zu der mit der seit 01.01.2020 verantwortlichen Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), die durch die Landesstelle Burgenland vertreten ist. Dies gilt in gleicher Weise für alle anderen bundesweiten Krankenver-

sicherungen, die seit 01.01.2020 neue Bezeichnungen tragen.

1.3 Planungsgrundlagen und verbindliche Rahmenbedingungen

Die zentralen rechtlichen Grundlagen für die integrative regionale Versorgungsplanung stellen die zwischen dem Bund und allen Bundesländern abgeschlossenen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Zielsteuerung-Gesundheit⁴ dar.

Weiters wurden folgende Rechtsgrundlagen im Planungsprozess berücksichtigt: das Kranken- und Kuranstaltengesetz⁵, das Ärztegesetz⁶, die Ärzte-Ausbildungsordnung⁷, das Primärversorgungsgesetz⁸, das Burgenländische Krankenanstaltengesetz 2000⁹, das Burgenländische Gesundheitswesengesetz 2017¹⁰ und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz¹¹.

Eine weitere wesentliche Grundlage der Arbeiten stellen die umfassenden Analysen bestehender Leistungsdaten aus dem stationären und ambulanten intramuralen Bereich sowie aus dem extramuralen Bereich auf Basis des Jahres 2017 sowie des gesamten intramuralen Leistungsgeschehens im Jahr 2018 dar. Weiters flossen in die finalen Ergebnisse, die hiermit vorliegen, die Ergebnisse der Abstimmungsgespräche mit den Trägern und bereits bestehende themenspezifische Vereinbarungen ebenso ein, wie existente themenspezifische Versorgungskonzepte (z.B.: zur ambulanten psychosozialen Versorgung).

Ein weiteres rahmenbildendes Instrument für die Erstellung des vorliegenden RSG-B 2025 ist der jeweils gültige ÖSG 2017, der in der Beschlussfassung vom 27.09.2019 vorliegt. Auf diese Version wird im gesamten RSG-B 2025 referenziert, wenn vom ÖSG 2017 bzw. der ÖSG-VO die Rede ist.

¹ BGBl. I Nr. 98/2017 idgF

² bis 31.12.2019 erfolgten die Abstimmungen mit der Burgenländischen Gebietskrankenkasse

³ BMASGK (Hg.) (2019): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen. Wien.

⁴ BGBl. Nr. 97/2017 idgF

⁵ BGBl. Nr. 1/1957 idgF

⁶ BGBl. Nr. 169/1998 idgF

⁷ BGBl. II Nr. 147/2015 idgF

⁸ BGBl. I Nr. 131/2017 idgF

⁹ LGBl Nr. 52/2000 idgF

¹⁰ LGBl Nr. 6/2018 idgF

¹¹ BGBl. Nr. 189/1955 idgF

2 Grundsätze und Zielsetzungen der Planung

Sämtliche Planungsüberlegungen folgen dem Grundsatz der integrativen Versorgungsplanung, die die Beziehungen zwischen den Versorgungsbereichen einschließlich der ambulanten und stationären Rehabilitation und den Wahleinrichtungen ins Zentrum struktureller Entwicklungsmaßnahmen rückt. Auch wenn nicht alle diese Bereiche im vorliegenden Plan ausdrücklich ihren Niederschlag finden, so wurden die Wechselwirkungen an der Nahtstelle zum Sozialbereich ebenso beachtet, wie die präklinische Notfallversorgung und damit das Rettungs- und Transportwesen.

Ausgangspunkt der Konzeption ist die Patientenorientierung, die die Bedarfe aus Sicht der Nutzungsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten bewertet und das Versorgungssystem so adaptiert, dass es diesen weitestgehend gerecht werden kann. Das Ziel der kontinuierlichen Verlagerung stationärer Leistungen in den tagesklinischen Bereich und weiter in den ambulanten Versorgungsbereich wurde angestrebt. Dies hat zur Folge, dass stationäre Kapazitäten durch tagesklinische und ambulante Versorgungsangebote kompensiert werden. Die Beachtung von Wegen, der Siedlungsräume der Bevölkerung und der Nutzungsbedürfnisse im Sinne der Patientenorientierung hatte große Bedeutung.

Außerdem wurde zur Wahrung einer Kontinuität in der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen darauf Bedacht genommen, dass die bestehenden Strukturen behutsam weiterentwickelt und an moderne Versorgungsbedarfe angepasst werden.

Als Planungshorizont und Umsetzungsziel gilt, sofern nicht explizit anders angegeben, das Jahr 2025. Die Planvorgaben sind demgemäß bis Ende 2025 umzusetzen.

2.1 Allgemeine Planungsgrundsätze

Der vorliegende RSG-B 2025 wurde unter Berücksichtigung der allgemeinen Planungsgrundsätze des gültigen ÖSG 2017 und insbesondere der verordneten Bestandteile der ÖSG-VO erarbeitet. Dieser definiert sieben Prinzipien der integrativen regionalen Versorgungsplanung, die eine wichtige Rolle in den Überlegungen zu den hierin festgelegten Vorgaben spielten.¹²

Die Planungsgrundsätze des ÖSG 2017 betonen die Gewährleistung einer möglichst gleichmäßigen und bestmöglich erreichbaren aber auch medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvollen Versorgung mit entsprechender Qualitätssicherung. Die Entlastung des akutstationären Versorgungsbereichs soll angestrebt werden, kooperative Betriebsformen sowohl innerhalb des intramuralen Sektors aber vor allem auch mit dem extramuralen Sektor sollen gestärkt werden. Insgesamt erfolgt eine deutliche Orientierung hin zu abgestuften Behandlungsprozessen, die letztlich die notwendige Struktur determinieren.

Der Ausgleich von Über-, Unter- und Fehlversorgung fand ebenso Beachtung wie eine zwischen den akutstationären Standorten besser aufeinander abgestimmte und abgestufte Versorgung in den vom ÖSG 2017 diesbezüglich besonders hervorgehobenen Bereichen. Es erfolgte eine regionale Abstimmung der Versorgungskapazitäten unter Beachtung der überregionalen Versorgungsstrukturen und der Vorgaben der überregionalen Versorgungsplanung. Die Ziele und Planungsgrundsätze der „integrativen regionalen Versorgungsplanung“ betonen die Notwendigkeit leistungsfähiger, bedarfsgerechter, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmter und – soweit sinnvoll – in regionalen Verbänden organisierter Akutkrankenanstalten, die Notwendigkeit der Umstrukturierung der Kapazitäten von Fachbereichen mit zukünftig steigenden beziehungsweise sinkendem Bedarf, die Anpassung an Bedürfnisse hochbetagter Patientinnen und Patienten, die Vernetzung der Akteure und die Institutionalisierung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements.

Genderspezifische Aspekte, prognostizierte demografische, epidemiologische, medizinische und technologische Entwicklungen wurden in den Planungen über alle Versorgungsbereiche hinweg berücksichtigt.

Die Überlegungen spiegeln zudem wider, dass einer erwarteten Verknappung von verfügbarem ärztlichem und pflegerischem Personal durch eine schrittweise Bündelung von angebotenen Strukturen antizipativ begegnet werden sollte. Dieser Aspekt kommt auch einer intendierten Hebung von Leistungsmengen bei gleichzeitiger Forcierung ambulanter Leistungserbringung entgegen. Letztlich

kann damit ohne die Versorgung in irgendeiner Form einzuschränken auch dem Ziel Rechnung getragen werden, die Leistungserbringung im ökonomischen Sinne effizienter gestalten zu können.

2.2 SARS-CoV-2

Der vorliegende RSG-B 2025 weist jene Versorgungsstrukturen aus, die das Burgenland für die Regelversorgung der Bevölkerung aller Erfahrung nach und unter Berücksichtigung erwarteter medizinischer und demografischer Entwicklungen benötigen wird. Dabei sind auch Bedarfe für außergewöhnliche Ereignisse begrenzten Ausmaßes mit den Empfehlungen umfasst. Die Versorgung einer Virus-Pandemie, wie sie jene durch das SARS-CoV-2 im Jahr 2020 darstellt, ist ein dermaßen außergewöhnliches Ereignis, dass es jedenfalls nicht Teil der Regelversorgung sein kann. Mit den steigenden Erfahrungswerten dazu wird man neu bemessen, welche Versorgungsprozesse und welche Versorgungskapazitäten für die Bewältigung einer solchen Pandemie und die Versorgung der betroffenen Bevölkerungsteile notwendig sind. Abhängig davon, ob diese Betroffenen in den Strukturen der Regelversorgung versorgt werden sollen und abhängig von den in weiterer Folge gestalteten Prozessen werden die hierin festgehaltenen Kapazitäten in einzelnen Bereichen anzupassen sein. Es sollte jedoch nicht vorgesehen werden, möglicherweise benötigte zusätzliche Kapazitäten dauerhaft zu betreiben, dies ist weder personell noch technisch sinnvoll. Demgemäß sind kurzfristig umsetzbare Aktivierungsprotokolle im Falle des Eintritts einer Pandemie auszuarbeiten.

¹² Siehe dazu ÖSG 2017 in der Fassung vom 27.09.2019, Seite 26

3 Allgemeine Planungsvoraussetzungen im Burgenland

3.1 Topografie

Das Burgenland hat eine Gesamtfläche von 3.965 km² und eine Bevölkerung von rund 295.000 Einwohnern. Verwaltungstechnisch besteht das Burgenland aus sieben Bezirken mit 171 Gemeinden.

Bei der Topografie des Burgenlandes ist insbesondere seine langgestreckte Nord-Süd-Ausdehnung sowie die Lage des Neusiedler Sees hervorzuheben, die dazu führt, dass die im Seewinkel liegenden Siedlungsgebiete längere Anfahrtswege nach Eisenstadt oder in den Großraum Wien haben.

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit erfolgt die Strukturierung des Bundesgebietes für die Gesundheitsstrukturplanung in vier Versorgungszonen (VZ) und 32 Versorgungsregionen (VR). Die topografische Lage des Burgenlandes führt dazu, dass die beiden Versorgungsregionen zwei unterschiedlichen Versorgungszonen zugeteilt werden. Die Versorgungsregion 11 (VR 11 – Burgenland-Nord) gehört planerisch zur Versorgungszone Ost mit Wien und Niederösterreich, die Versorgungsregion 12 (VR 12 Burgenland-Süd) liegt mit der Steiermark und Kärnten in der Versorgungszone Süd. Die VR 11 umfasst die Bezirke Neusiedl am See, Eisenstadt Umgebung, die Statutarstädte Eisenstadt und Rust und die Bezirke Mattersburg und Oberpullendorf. Die VR 12 umfasst die Bezirke Oberwart, Güssing und Jennersdorf.

Bei der Gesundheitsstrukturplanung ist zu beachten, dass viele Burgenländerinnen und Burgenländer auf Grund der geografischen Lage, der üblich genutzten Verkehrswege und der dadurch bedingten besseren Erreichbarkeit Gesundheitsdienstleistungen auch in anderen Bundesländern in Anspruch nehmen. Andererseits werden in den burgenländischen Einrichtungen ebenso Patienten aus anderen Bundesländern versorgt.

3.2 Demographie

Laut Berechnungen der Statistik Austria wird die Bevölkerung des Burgenlandes im Jahr 2025 auf etwa 300.000 Einwohner ansteigen. Für das Jahr 2030 werden etwa 305.000 Einwohner prognostiziert. Für die Bezirke Eisenstadt und Neusiedl am See wird dabei der größte Bevölkerungszuwachs erwartet. Für die Bezirke Güssing und Jennersdorf wird die Einwohnerzahl hingegen voraussichtlich sinken.

Tabelle 1 zeigt, dass die demografische Entwicklung im Burgenland wesentlich vom Bundesdurchschnitt abweicht.

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung bis 2030

Jahr	Burgenland			Österreich		
	Unter 20 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre	Unter 20 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre
	in %			in %		
2019	17,8	60,2	22,1	19,3	61,7	18,9
2020	17,7	59,8	22,4	19,3	61,5	19,1
2021	17,7	59,5	22,8	19,3	61,3	19,4
2022	17,7	59,1	23,3	19,3	61,0	19,7
2023	17,7	58,6	23,7	19,3	60,6	20,1
2024	17,6	58,2	24,2	19,3	60,3	20,4
2025	17,6	57,7	24,8	19,3	59,9	20,8
2026	17,5	57,1	25,3	19,3	59,4	21,3
2027	17,5	56,6	25,9	19,3	59,0	21,7
2028	17,5	56,1	26,5	19,3	58,5	22,2
2029	17,4	55,5	27,1	19,3	58,0	22,7
2030	17,4	55,0	27,6	19,3	57,5	23,2

Quelle: Statistik Austria

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

Im Jahr 2019 lag der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung im Burgenland bei 22,1 %, im gesamten Bundesgebiet waren es im selben Jahr 18,9 %. Dieser Anteil wird im Jahr 2025 in Österreich auf 20,8 % und im Burgenland auf 24,8 % ansteigen. 2030 werden im Burgenland voraussichtlich 27,6 % der Bevölkerung älter als 65 Jahre sein.

Dieser Umstand ist bei der Gesundheitsstrukturplanung insofern zu berücksichtigen, dass sich das Leistungsgeschehen und das Inanspruchnahmeverhalten auf Grund der demografischen Entwicklung zunehmend ändern wird. Zudem ist zu beachten, dass die burgenländischen Berufswochenpendler häufig am Ort des Arbeitsplatzes versorgt werden und nach Pensionsantritt Gesundheitsdienstleistungen vorwiegend im Burgenland in Anspruch nehmen werden.

3.3 Gesundheitsversorgung

Für die akutstationäre Versorgung sind im Burgenland fünf fondsfinanzierte Krankenanstalten eingerichtet. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt und die Krankenanstalten Kittsee und Oberpullendorf befinden sich in der VR 11, die Krankenhäuser Oberwart und Güssing befinden sich in der VR 12. Die Zentralversorgung wird für die Bevölkerung der VR 11 vorwiegend in Wien und Niederösterreich, für die Bevölkerung der VR 12 hauptsächlich in der Steiermark bereitgestellt.

Von den im Jahr 2017 insgesamt zur Verfügung stehenden 308 § 2 Kassenplanstellen (davon 143 Allgemeinmedizin) befanden sich 198 (davon 91 AM) in der VR 11 und 110 (davon 52 AM) in der VR 12.

Patienten mit terminalem Nierenversagen werden in den Dialyseeinrichtungen im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt und im LKH Oberwart versorgt. Zudem steht eine extramurale Einrichtung im Seewinkel zur Verfügung. Die ambulante psychosoziale Versorgung für Erwachsene bzw. Kinder- und Jugendliche erfolgt flächendeckend in Einrichtungen der PSD Burgenland-GmbH.

4 Allgemeinmedizinische Primärversorgung

Die Primärversorgung stellt gemäß dem ÖSG 2017 die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung dar. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung und berücksichtigt gesellschaftliche Bedingungen. Träger der Primärversorgung sind ärztlicherseits Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in Einzelordinationen und in kooperativen Organisationsmodellen, wie sie im Primärversorgungsgesetz definiert sind. Diese kooperativen Organisationsmodelle können an einem Standort oder als Netzwerke etabliert werden.

Es ist ein wesentliches Ziel der Planung, durch eine starke und umfassend versorgungswirksame Primärversorgung eine flächendeckende Grundversorgung zu erreichen und somit die ambulante fachärztliche Struktur in besserem Ausmaß als bislang für fachlich spezifische Bedarfe einzusetzen.

4.1 Spezifische Planungs- und Versorgungsgrundsätze

Wesentliche Aspekte der Primärversorgung sind die Zusammenarbeit der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner mit anderen Gesundheitsberufen sowie die Sicherstellung ausreichender zeitlicher Verfügbarkeit in räumlicher Nähe zu den Wohnorten. Demgemäß fördert dieser RSG-B 2025 die Errichtung von Primärversorgungsstrukturen und strebt in Übereinstimmung mit Art. 5 des Bundeszielsteuerungsvertrags¹³ den Aufbau von zumindest drei Primärversorgungseinrichtungen für das Burgenland bis zum Jahr 2025 an.

Alle neu zu schaffenden allgemeinmedizinischen Versorgungskapazitäten sollen demgemäß bevorzugt in kooperativen Organisationsformen der Primärversorgung aufgebaut werden. Darüber hinaus wird aber auch der Zusammenschluss bereits bestehender Einzelordinationen zu solchen kooperativ geführten Einrichtungen angeregt. Es wird davon ausgegangen, dass durch diese kooperativen Modelle unter Einbeziehung weiterer Gesundheitsberufe eine Hebung der Versorgungswirksamkeit erreicht werden kann, was wiederum zu einer Stabilisierung der wohnortnahen allgemeinmedizinischen Versorgung beitragen sollte. Dies ist unter dem Aspekt des sinkenden Interesses von Ärztinnen und Ärzten an dem Berufsbild der Hausärztin bzw. des Hausarztes wesentlich. Es sollen damit im Sinne des Gesetzgebers jungen Ärztinnen und Ärzten neben der selbständig geführten Einzelordination neue Arbeitsorganisationsmodelle angeboten werden, die die Attraktivität der allgemeinmedizinischen Versorgung für die Berufsausübenden vor allem außerhalb von Ballungsräumen wieder steigern.

Bis aus ersten validen Evaluationen belastbare Bewertungen der Versorgungswirksamkeit dieser kooperativ geführten Primärversorgungseinrichtungen vorliegen, wird davon ausgegangen, dass eine Einrichtung mit drei VZÄ für Allgemeinmedizin und weiteren Gesundheitsberufen und mit erweiterten Öffnungszeiten eine Versorgungswirksamkeit von fünf Standardversorgungseinheiten als kohärente Messgröße erreichen kann.

¹³ Siehe dazu Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene, Art. 5, Strategische und Operative Ziele, S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes.

4.2 Methodisches Vorgehen

Methodisch handelt es sich in der Planung um einen mehrstufigen Prozess. Im ersten Schritt beruht er auf einem datengetriebenen analytischen Teil der Planungsarbeiten, der vielfach erprobt ist und auf der bekannten Verfügbarkeit und Qualität der relevanten Daten aus diesem ambulanten Versorgungsbereich basiert und um eine auf den Rechenergebnissen beruhende Abstimmung mit der Sozialversicherung, die die praktische Umsetzbarkeit der Empfehlungen sicherstellen soll. Der Planungsbereich in der Primärversorgung umfasst alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin mit §2-Kassenvertrag sowie jene mit einem Vertrag mit bundesweiten Versicherungsträgern (inklusive Gruppenpraxen). Berücksichtigung finden auch sämtliche Kontakte auf Wahlarztbasis, sofern eine Kostenrückerstattung dazu existiert.

Die softwaregestützte Datenanalyse wurde auf Ebene von Einzel-Patientenkontakten (Frequenzen) durchgeführt. Die Ermittlung der Versorgungswirksamkeit aller ambulanten ärztlichen Strukturen erfolgt anhand des methodischen Ansatzes in Form der Standardversorgungseinheiten (SVE). Eine

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

Standardversorgungseinheit (SVE) entspricht der zugrunde gelegten Versorgungswirksamkeit einer allgemeinmedizinischen Einzelordination mit einem Vertrag mit einer §2-Krankenkasse. Diese Maßzahl ermöglicht einen objektiven und gesamthaften Vergleich der quantitativen Versorgungswirksamkeit aller Strukturen im ambulanten Bereich auf Ebene der Frequenzen, unabhängig von strukturspezifischen und praktisch nicht fassbaren Merkmalen wie personeller Ausstattung, Öffnungszeiten oder sonstigen organisatorischen Rahmenbedingungen. Gemäß den Vorgaben aus dem ÖSG 2017 zur Wahrung der bundesweiten Vergleichbarkeit wird der Umrechnungsfaktor auf bundesweit durchschnittliche ÄAVEs dargestellt.

4.2.1 Datenbasis

Es wurden die Daten des tatsächlichen Leistungsgeschehens des Jahres 2017 innerhalb des Burgenlandes inklusive in- und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten verwendet. Dies geschah weiters unter Berücksichtigung aller Burgenländerinnen und Burgenländer, die außerhalb des Burgenlandes allgemeinmedizinisch versorgt wurden. Dafür wurden die in den Folgekostendatensätzen (FOKO) der Sozialversicherung (alle GKKs und bundesweiten Träger) des Jahres 2017 dokumentierten Frequenzen in anonymisierter Form verwendet. Enthalten sind auch all jene Frequenzen bei Wahlärztinnen und Wahlärzten, die mit der jeweiligen Krankenkasse rückverrechnet wurden und somit in den Folgekostendatensätzen dokumentiert waren.

4.2.2 Planungsprozess

Der Analyse- und Planungsprozess berücksichtigt die zielbezogene Perspektive der Versorgungsstrukturen sowie die quellbezogene Perspektive der Inanspruchnahme durch die Wohnbevölkerung. Er beginnt mit der umfangreichen Betrachtung der IST-Struktur auf Basis des Jahres 2017, des quantitativen IST-Leistungsgeschehens (Frequenzen) und des IST-Inanspruchnahme-Verhaltens der Wohnbevölkerung. Diese Analysen ergeben die bestehenden strukturell bedingten Ungleichheiten und potenziellen Handlungsfelder.

In der Folge wird daraus die theoretische SOLL-Planung unter Berücksichtigung prognostizierter Entwicklungstendenzen in einem normativen datengetriebenen Prozess abgeleitet. Hierin enthalten sind die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sowie die Korrektur strukturell bedingter deutlich abweichender Parameter des Inanspruchnahmeverhaltens und des Leistungsgeschehens aus der IST-Analyse.

Aus den theoretischen SOLL-Ergebnissen wird im dritten Schritt die tatsächliche quantitative Festlegung der zukünftig benötigten Strukturen je Region abgeleitet. Dieser Schritt erfolgt unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten, der Charakteristik der umliegenden Versorgungsstrukturen, strategischer Überlegungen und der qualitativen Kenntnis der einzelnen Strukturen. Dieser Abstimmungsprozess erfolgte im Austausch mit der Landesstelle Burgenland der ÖGK.



Abbildung 1: Darstellung der Module zur Planung des ambulanten ärztlichen Versorgungsbereichs

4.2.3 Planungsalgorithmus

Die Analyse der derzeitigen Inanspruchnahme von Strukturen der Primärversorgung erfolgt durch die Betrachtung des gesamten Leistungsgeschehens auf Ebene von Einzelkontakten. Ein Kontakt entspricht einer Patientin oder einem Patienten, der an einem bestimmten Tag bei einem bestimmten ärztlichen Leistungserbringer ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. Leistungen, die von Ärztinnen und

Ärzten im nichtvertragsärztlichen Bereich erbracht wurden, werden sowohl in der Analyse des aktuellen Leistungsgeschehens als auch in der SOLL-Planung berücksichtigt, da sie versorgungswirksam sind.

Zu Vergleichszwecken erfolgte die Berechnung von Raten nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung in Bezug auf die burgenländische Gesamtbevölkerung sowie normiert auf die Einwohnerzahl des jeweiligen politischen Bezirks. Für die IST-Analyse werden quellbezogene Frequenzzahlen, Inanspruchnahmeraten je Wohnbezirk und das Pendlerverhalten zwischen allen Wohnbezirken und den Bezirken der Leistungserbringung analysiert.

Die Normierung der versorgungswirksamen Kapazitäten aller ambulant tätigen Strukturen zum Zwecke der Vergleichbarkeit erfolgt auf Ebene der Standardversorgungseinheiten (SVE). Dieser Wert ergibt sich aus einer detaillierten Analyse der Versorgungswirksamkeit aller § 2-Kassenplanstelleninhaberinnen und -inhaber. Dazu erfolgt einer Verteilungsanalyse der Versorgungswirksamkeit mit den wesentlichen statistischen Verteilungsparametern (Median, Quartile, Mittelwert, Minimum, Maximum...). Die Bedarfsberechnung in Bezug auf die zukünftig benötigten primärversorgenden Strukturen basiert auf normativen Adaptionen jener Parameter, die aus dem Inanspruchnahme- und Leistungserbringungsverhalten abgeleitet werden können. Diese sind

- die demografische Entwicklung als die zum Planungshorizont erwartete Frequenzmenge, getrennt nach Wohnbezirk, Geschlecht und Altersgruppe, abhängig von der Bevölkerungsprognose
- die relative Frequenzdichte (RFD), die angibt, wie stark das quantitative Inanspruchnahme-Verhalten der Bevölkerung eines Wohnbezirks von jenem der Gesamtbevölkerung des Burgenlandes abweicht
- der Nicht-§2-Faktor, der angibt, wie stark der Anteil an bei Nicht-§2-Ärztinnen und -Ärzten in Anspruch genommenen Frequenzen eines Wohnbezirks von jenem des Burgenlandes abweicht
- der Pendleranteil als Anteil an außerhalb des jeweiligen Wohnbezirks in Anspruch genommenen Kontakten

Die Adaptionsschritte zur Ermittlung der zukünftig benötigten Strukturen erfolgen anhand von Benchmarking-Prozessen für die genannten Planungsparameter auf Ebene der Wohnbezirke des Burgenlandes.

4.3 Bestehende allgemeinmedizinische Versorgung - IST 2017

Nachstehend sind die Erkenntnisse aus der IST-Analyse für die wesentlichen Parameter dargestellt und interpretiert. Daraus werden die Rückschlüsse beschrieben, die gezogen werden, um zur SOLL-Konzeption in der Allgemeinmedizin zu kommen. Diese Beschreibung dient exemplarisch auch für die weiteren medizinischen Fächer der ambulanten Versorgung.

4.3.1 Versorgungsstruktur

Mit Stand vom 31.12.2017 waren im Burgenland 142 von 143 allgemeinmedizinische Planstellen besetzt. Davon entfallen 91 Planstellen auf die Versorgungsregion 11 – Burgenland-Nord und 52 auf die Versorgungsregion 12 – Burgenland-Süd. Die Planstellendichte in der Allgemeinmedizin für das Burgenland beträgt somit 4,9 je 10.000 EW. Die Planstellendichte ist in der VR 11 mit 4,7 je 10.000 EW deutlich geringer als in der VR 12 mit 5,3 je 10.000 EW, mit den höchsten Dichten in den Bezirken Jennersdorf und Oberwart und den geringsten in den Bezirken Eisenstadt-Umgebung und Güssing.

Im Oktober 2019 erfolgte die Etablierung eines Pilot-Primärversorgungsnetzwerks in Form eines Vereins, vorweg befristet bis 31. Dezember 2022. Nach Ablauf der Befristung ist die Überführung in eine Primärversorgungseinheit gemäß Primärversorgungsgesetz vorgesehen.

Nachstehend sind die bezirksweisen Ärztedichten im ÖGK-Vertragsbereich für die Allgemeinmedizin dargestellt.

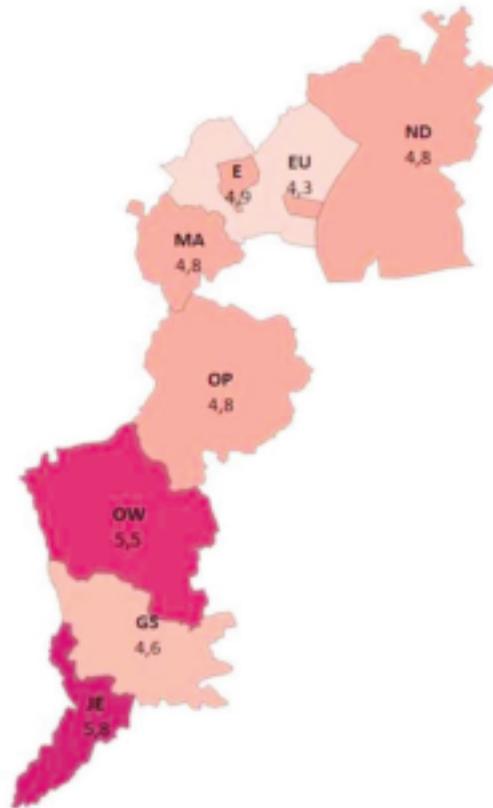


Abbildung 2: Darstellung der allgemeinmedizinischen ÄrztInnendichte je Bezirk mit 31.12.2017 für das Burgenland

Die durchschnittlich arbeitende allgemeinmedizinische Einzelordination im Burgenland mit ganzjährigem §2-Kassenvertrag weist im Jahr 2017 etwa 17.400 Patientenkontakte auf, wobei die Bandbreite für Einzelordinationen mit ganzjährigem §2-Kassenvertrag von ca. 4.500 Kontakten bis zu über 36.000 Kontakten reicht. Hintergrund dieser Breite sind unterschiedliche Betriebsstunden, unterschiedliche innerbetriebliche Organisationsmodelle und personelle Besetzungen in den nicht-ärztlichen Berufen.

Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Versorgungsregionen. So ist die Versorgungswirksamkeit mit durchschnittlich 17.983 Kontakten pro Jahr in der Allgemeinmedizin in der VR 11 um 10 % höher als in der VR 12 mit 16.342. Betrachtet man den Median ist der Unterschied mit fast 17 % höheren Kontaktzahlen in der VR 11 noch deutlicher. Diese Heterogenität gilt es in der SOLL-Konzeption zu berücksichtigen.

4.3.2 Leistungsgeschehen

Insgesamt nahm die Bevölkerung des Burgenlandes im Jahr 2017 2,81 Mio. Kontakte im allgemeinmedizinischen Bereich wahr, mehr als 15 % all dieser Kontakte wurden jedoch bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern außerhalb des Burgenlandes in Anspruch genommen. Dabei ist der Anteil der außerhalb des Burgenlandes in Anspruch genommenen allgemeinmedizinischen Kontakte bei der Bevölkerung der VR 11 mit 15,8 % höher als bei jener der VR 12 mit 14,5 %. Im Gegenzug wurden ca. 200.000 allgemeinmedizinische Arztkontakte durch Gastpatientinnen und -patienten im Burgenland wahrgenommen. Somit wurden im Burgenland im Jahr 2017 insgesamt

2,58 Mio. allgemeinmedizinische Arztkontakte erbracht. 2 % davon sind dem nicht-vertragsärztlichen Bereich zurechenbar, soweit dies über dokumentierte Kostenrückerstattungen durch die Krankenversicherungsträger darstellbar ist.

Mehr als zwei Drittel der Gastpatientinnen und -patienten finden sich dabei bei Ärztinnen und Ärzten in der VR 11.

Die Inanspruchnahme durch die burgenländische Bevölkerung entspricht durchschnittlich 9,6 Arztkontakten bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern je Einwohnerin und Einwohner im Jahr 2017. Hier sind die regionalen Unterschiede gering, in der VR 11 liegt der Wert bei 9,6 Kontakten je Einwohnerin und Einwohner im Jahr 2017, in der VR 12 bei 9,8.

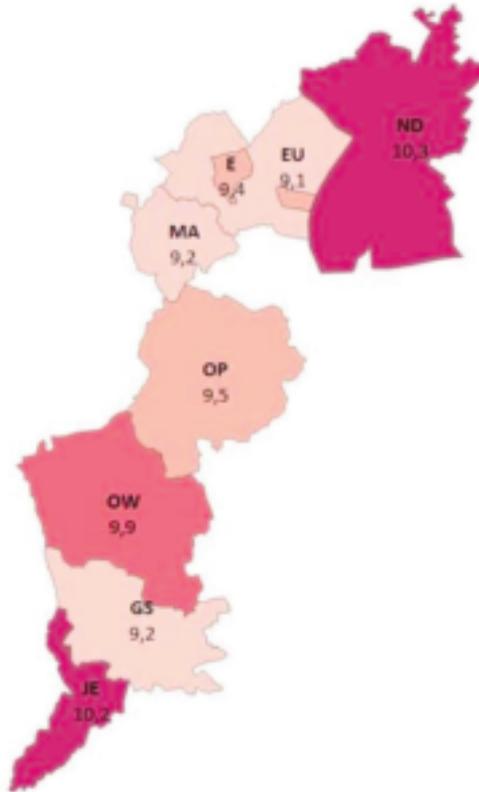


Abbildung 3: Darstellung der allgemeinmedizinischen Arztkontakte je EW und je Bezirk im Jahr 2017 für das Burgenland

4.4 Zukünftige Versorgungsstruktur, PLAN 2025

Der Bedarf an allgemeinmedizinischer Versorgung wird im Burgenland bis 2025 aufgrund der demografischen Entwicklung im Durchschnitt um ca. 6 % zunehmen. Allerdings gibt es zwischen den einzelnen politischen Bezirken erhebliche Unterschiede in der demografischen Entwicklung, die insgesamt einen demografiebedingten Zuwachs in der VR 11 von 8,4 % und in der VR 12 von lediglich 4 % erwarten lässt. Der demografiebedingte Bedarfszuwachs in der Allgemeinmedizin von 2017 bis 2025 je Bezirk ist nachstehend dargestellt.

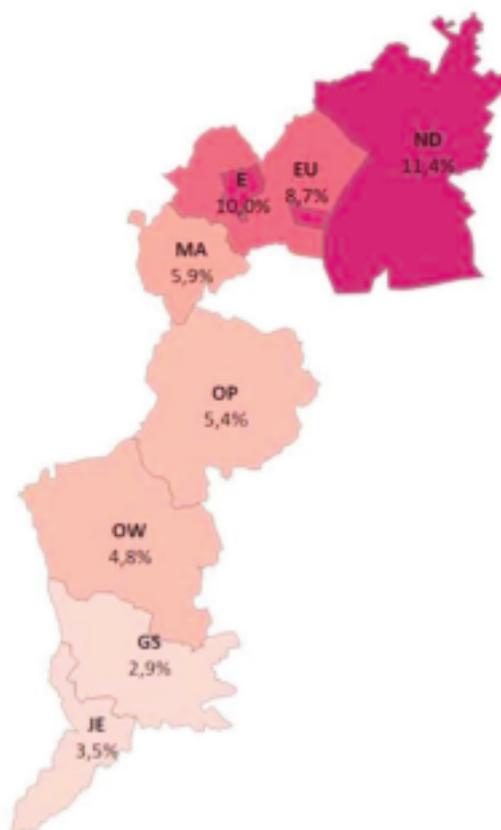


Abbildung 4: demografiebedingter Bedarfszuwachs in der Allgemeinmedizin von 2017 bis 2025 je Bezirk

Neben dem demografischen Entwicklungsfaktor fließen in die SOLL-Konzeption jedoch auch der Ausgleich der bestehenden Unterschiede in der Ärztedichte ein, die Berücksichtigung der deutlich höheren Kontaktzahlen je Ärztin und Arzt in der VR 11 sowie die auspendelnden Burgenländerinnen und Burgenländer sowie die Gastpatientinnen und Gastpatienten je Bezirk. Unter gemeinsamer Berücksichtigung all dieser Faktoren ergibt sich die endgültige PLAN-Struktur bis 2025.

Diese PLAN-Struktur für das Burgenland im Jahr 2025 soll auf 152 §2-Planstellen für Allgemeinmedizin anwachsen. Während die heute überdurchschnittliche allgemeinmedizinische Versorgungsstruktur in der VR 12 durch den leichten Bedarfszuwachs bis 2025 kompensiert werden wird und somit eine adäquate Strukturdichte erreicht werden wird, muss in der VR 11 nicht nur der Bedarfszuwachs abgefangen werden, sondern zudem eine bereits heute notwendige Verdichtung der Struktur nachgeholt werden, weswegen der gesamte Strukturaufbau in der Allgemeinmedizin in der VR 11 erfolgen soll.

Diese zusätzlichen neun Planstellen gegenüber dem Stand zum Ende des Jahres 2017 sind in Form von Primärversorgungseinheiten zu berücksichtigen. Die jeweilige Organisationsform ist bedarfsorientiert den regionalen Strukturen anzupassen.

In welcher rechtlichen Vertragsform die Arbeitsverhältnisse der Ärztinnen und Ärzte und anderen Gesundheitsberufe geregelt sein sollen, wird nicht im Rahmen des RSG-B 2025 festgelegt, sondern obliegt im jeweiligen Fall der individuellen Vereinbarung unter den Beteiligten. Die ÖSG-konforme strukturelle Kapazitätsdarstellung für das Jahr 2025 findet sich in der RSG-Planungsmatrix im Anhang des Berichts.

5 Ambulante fachärztliche Versorgung

Die Strukturen der ambulanten fachärztlichen Versorgung im Burgenland umfassen die niedergelassene Ärzteschaft mit einem Vertrag mit §2-Kassen sowie jene ohne einen solchen Vertrag, die fachgleichen Krankenhausambulanzen sowie fachgleiche Ambulatorien mit oder ohne Verträge mit den öffentlichen Krankenversicherungen. Im Sinne einer integrativen Versorgungsplanung werden diese Bereiche je Fach als eine gemeinsame Struktur mit Interdependenzen zueinander betrachtet, analysiert und beplant. Darüber hinaus werden auch mögliche Verschiebungen stationärer Leistungen in den ambulanten Versorgungsbereich berücksichtigt und entsprechende Kapazitäten dafür vorgesehen.

Ziel einer vorausschauenden Versorgungsplanung sollte die deutliche Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen sein, was auch innerhalb der Krankenhausmauern zu einer höheren Gewichtung der ambulanten Versorgungskapazitäten führen sollte. Dies entspricht somit auch den im Rahmen der Neugestaltung der LKF-Finanzierung bereits begonnen Neuausrichtungen der Versorgungsaufträge.

Gemäß der Ärzteausbildungsordnung, der Fächerstruktur der Planstellen der ÖGK sowie der diesbezüglichen Vorgaben des ÖSG 2017 in der Fassung vom 27.09.2019 ergibt sich die hierin festgelegte Fächerstruktur für die Planvorgaben 2025.

5.1 Spezifische Planungsgrundsätze

Die zentralen Ziele der Planung in diesem Bereich sind die Sicherstellung einer auch mittelfristig bedarfsgerechten Versorgung durch die -im Sinne der integrativen Versorgung -Gesamtheit der entsprechenden Leistungserbringer und die gleichzeitige Stärkung der ambulanten Versorgungsanteile zu Lasten des stationären Versorgungsanteils.

Die verbesserte Abstimmung zwischen intra- und extramuralen Strukturen, die Förderung der Kooperation und damit die bessere Nutzung bestehender Ressourcen und die Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote in der ambulanten fachärztlichen Leistungserbringung sind wesentliches Motiv der hinter den Planfestlegungen stehenden Überlegungen. Demzufolge spielt in dieser Betrachtung auch die Anpassung der Ambulanzstrukturen in den Krankenanstalten eine wesentliche Rolle, die im Zuge dieses RSG-B 2025 vorgenommen werden sollen.

Zudem wird die Forcierung interdisziplinärer und multiprofessioneller Versorgungsformen in Form von Facharztzentren und Fachambulatorien dringend angeregt.

5.2 Methodisches Vorgehen

In jedem einzelnen betrachteten medizinischen Fach wurde die methodisch gleiche Vorgehensweise gewählt, wie sie auch für die Planung der Strukturen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung beschrieben ist (Kapitel 4.2). Die einzelnen Fächer wurden getrennt voneinander analysiert und geplant. Über die Vorgehensweise in der Primärversorgung hinaus wurde in der Planung der ambulanten fachärztlichen Versorgung zusätzlich auch eine Differenzierung zwischen Krankenhausambulanzen und Ambulatorien vorgenommen. Zum Einsatz kam wiederum die kohärente Messgröße der Standardversorgungseinheiten (SVE), die zur Wahrung der bundesweiten Vergleichbarkeit wiederum mitsamt dem Umrechnungsfaktor für ÄAVes angegeben wird.

5.3 Bestehende Versorgungsstruktur, IST 2017

Außerhalb der Allgemeinmedizin waren mit Jahresende 2017 insgesamt 87 von 91 fachärztlichen §2Kassenplanstellen im Burgenland besetzt. Weitere 73 gab es für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK), sechs für Kieferorthopädie (KFO) sowie fünf für die Fachgruppe Radiologie (RAD).

Eine detaillierte Darstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgungsstrukturen findet sich in der RSG-Planungsmatrix im Anhang des Berichts.

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

Im Kalenderjahr 2017 fanden 51,1 % der fachärztlichen Kontakte durch die burgenländische Wohnbevölkerung im §2-Kassenbereich im eigenen Bundesland statt, weitere 18,3 % im spitalsambulanten Bereich, 5,9 % im Wahlarztbereich, sowie 0,8 % im Bereich der kasseneigenen Ambulatorien. 23,9 % der fachärztlichen Kontakte fanden außerhalb des Burgenlandes (bei Vertragsärztinnen und -ärzten, Wahlärztinnen und -ärzten oder Ambulatorien), vor allem in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und der Steiermark statt.

5.4 Zukünftige Versorgungsstruktur, PLAN 2025

Nachfolgend werden die medizinischen Fachbereiche mit geplanten Veränderungen gegenüber der derzeitigen ambulanten Versorgungsstruktur im intra-wie im extramuralen Bereich beschrieben. Für alle weiteren Fachbereiche ist keine Veränderung bis zum Jahresende 2025 vorgesehen.

5.4.1 Ambulante extramurale Strukturveränderungen

Im Fachbereich *Gynäkologie-Geburtshilfe* wird bis zum Jahr 2025 aufgrund der demografischen Entwicklung in Jennersdorf und des geänderten Inanspruchnahmeverhaltens der SOLL-Stellenplan von derzeit 14 auf zwölf Planstellen reduziert.

Für den Ausgleich regionaler Unterschiede in der Strukturichte wird in der VR 12 im Fachbereich *Kinder- und Jugendheilkunde* eine zusätzliche Planstelle eingerichtet. Wenn möglich, so sollte versucht werden, diese als geteilte Planstelle für die Bezirke Güssing und Oberwart umzusetzen. In der VR 11 wurde bereits im Jahr 2018 eine Planstelle für Kinder- und Jugendheilkunde geschaffen.

Im Fachbereich *Neurologie* wird in der VR 12 die derzeitige Planstelle Psychiatrie/Neurologie im Bezirk Güssing als Planstelle für Neurologie definiert.

Im Fachbereich *Psychiatrie* wird in der VR 11 eine Planstelle reduziert und in der VR 12 eine Planstelle geschaffen.

Im Fachbereich *Orthopädie-Traumatologie* werden im Raum Eisenstadt und in Neusiedl am See bis 2025 weitere ambulante Kapazitäten durch die Schaffung von Gruppenpraxen geschaffen. Eine Planstelle aus dem Bezirk Oberpullendorf wird dabei verlagert.

Im Fachbereich *Pulmologie* wird im Großraum Eisenstadt eine zusätzliche Planstelle geschaffen, um regionale Unterschiede in der Strukturichte auszugleichen.

Zur Deckung des steigenden Bedarfs in der VR 11 im Fachbereich *Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde* erfolgt die Einrichtung von drei zusätzlichen Planstellen bis 2025. Der Ausbau erfolgt im Bezirk Mattersburg (+eine Planstelle) und im Bezirk Neusiedl am See (+zwei Planstellen).

5.4.2 Ambulante intramurale Strukturveränderungen

LKH Oberpullendorf

Im Zuge des Ausbaus der derzeitigen dislozierten Tagesklinik für Augenheilkunde in einen Fachschwerpunkt erfolgt auch eine Erweiterung der spitalsambulanten Versorgungskapazitäten für Augenheilkunde, jedoch schwerpunktmäßig für prä- und postoperative ambulante Leistungen am Standort.

Zentrale ambulante Erstversorgung

An allen fünf Krankenhausstandorten im Burgenland wird je eine zentrale ambulante Erstversorgungseinheit (ZAE) eingerichtet, soweit sie nicht bereits vorhanden ist. Diese ZAEs übernehmen die Erstversorgung von Akutfällen und am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt für die VR 11 und am LKH Oberwart für die VR 12 auch die Aufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten. Diese werden nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung ambulant begutachtet und erst-oder abschließend behandelt. Akutfälle können ambulant bis zu 24 Stunden beobachtet und/oder nach Erstversorgung bei Bedarf in eine geeignete Versorgungsstruktur bzw. zur Aufnahme in den stationären Bereich weitergeleitet werden. Damit einher geht die Entflechtung der elektiven fachärztlichen Kontakte an den Fachambulanzen und den ungeplanten und primär unspezifischen

Bedarfen, die an der ZAE gebündelt und erstbegutachtet werden. Die Aufgaben und Qualitätskriterien für ZAEs, wie sie der ÖSG definiert, gelten dabei uneingeschränkt.¹⁴

Insgesamt ist über die Einrichtung von Fachambulanzen in einigen bis dato an den Standorten nicht vorhandenen Fächern am LKH in Güssing und später (ab 2030) auch am neuen Standort des LKHs im Bezirk Neusiedl eine deutliche Stärkung der ambulanten fachärztlichen Versorgung vorgesehen.

5.4.3 Ambulante psychosoziale Versorgung

Grundsätzlich wird die Versorgungsstruktur im psychosozialen Bereich als ausgewogen und flächen-deckend gut ausgebaut gesehen.

Erwachsene

Die psychosoziale Versorgung für Erwachsene ist im Burgenland neben der Fachabteilung für Psychiatrie am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt über ein gut ausgebautes Netz an ambulanten Einrichtungen mit multiprofessionellem und integrativem Teamansatz organisiert. Zusätzlich zu den bestehenden §2-Planstellen betreibt die PSD Burgenland-GmbH zwei Ambulatorien bzw. fünf Behandlungs- und Beratungszentren für psychisch-und/oder alkoholranke Personen sowie für Drogen- oder Suchtkranke in allen Bezirksvororten des Burgenlandes.

Kinder- und Jugendliche

Für die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen steht im Burgenland mit den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Zentren Eisenstadt und Oberwart je ein Ambulatorium pro Versorgungsregion und mit dem Heilpädagogischen Zentrum in Rust eine stationäre Einrichtung in der VR 11 zur Verfügung.

¹⁴ vgl. ÖSG 2017, idFv. 27.9.2019; Seite 155 -156

Abhängigkeitserkrankungen

Entzugs- bzw. Substitutionsbehandlung sowie abstinentenzgestützte Therapie werden in den Einrichtungen der PSD Burgenland-GmbH angeboten. Akutstationäre Angebote sind im Burgenland in diesen Therapiebereichen nicht vorhanden. Burgenländische Patientinnen und Patienten werden in akutstationären Einrichtungen benachbarter Bundesländer (Steiermark bzw. Niederösterreich) versorgt.

Gerontopsychiatrie

Eine Einrichtung für ältere pflegebedürftige Personen mit psychiatrischer Diagnose besteht in der VR 11 im Pflegeheim Neudörfel, sowohl stationär als auch in Form einer Tagesbetreuung. Im Hinblick auf die zu erwartende demografische Entwicklung wird ein Ausbau des gerontopsychiatrischen Versorgungsangebots für ältere Personen mit psychiatrischen Erkrankungen empfohlen.

6 Akutstationäre Versorgung

Die Neugestaltung der akutstationären Versorgungsstruktur beruht auf einer detaillierten und fundierten Analyse des aktuellen Leistungsgeschehens im gesamten akutstationären und tagesklinischen sowie im LKF-systemisierten Teil der intramuralen ambulanten Versorgung. Berücksichtigung finden alle Gastpatientinnen und Gastpatienten im Burgenland sowie alle Burgenländerinnen und Burgenländer in Krankenanstalten anderer Bundesländer. Zudem wird auch die Versorgungswirkung von nicht fondsfinanzierten Spitälern für die burgenländische Bevölkerung -außerhalb des Burgenlandes -in die Betrachtungen eingeschlossen.

Die Entwicklungen in demografischer Hinsicht werden in Bezug auf regionale und alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten zum Planungshorizont für einzelne medizinische Einzelleistungsgruppen und Hauptdiagnosegruppen als zentraler prognostischer Bestandteil der Bedarfsabschätzung berücksichtigt. Zudem erfolgen Anpassungsprozesse zu den einzelnen beschreibenden Parametern, sowohl quellbezogener als auch zielbezogener Natur.

6.1 Spezifische Planungsgrundsätze

Es ist ein Ziel der Neugestaltung der akutstationären Versorgung, dass Kooperationen zwischen den Krankenhäusern noch ausgeprägter gelebt werden, um die Abstufung der Versorgung noch besser zu etablieren. Darüber hinaus sollen mit dem Ziel einer verbesserten Leistungsabstimmung manchen der Standorte klar definierte Versorgungsaufträge zukommen, um sie im gesamten Versorgungskontext spezifischer zu positionieren und Parallelangebote, die nicht bedarfsadäquat sind, abzubauen. Es werden deswegen zwischen den Standorten vermehrte personelle und organisatorische Verschränkungen fachgleicher Organisationsformen forciert. Damit soll auch der schwieriger werdenden Personalsituation, die gerade an kleinen Standorten bereits zu Besetzungsproblemen führt, begegnet werden. Dies folgt den Grundsätzen und Zielen zur akutstationären Versorgung, wie sie der ÖSG 2017 formuliert¹⁵.

Es ist eine leistungsfähige, bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, die in Akutkrankenanstalten erfolgt, die in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmt sind und, soweit sinnvoll möglich, in regionalen Verbänden organisiert sind. Die Forcierung des tagesklinischen und ambulanten Leistungsgeschehens und die stärkere Orientierung an Versorgungsprozessen, die die prä- und postoperative Abklärung und Betreuung sowie das Entlassungsmanagement umfassen, sind ebenso Teil der Überlegungen, wie die verstärkte Abstufung von Organisationsformen, die Forcierung interdisziplinärer Versorgungsstrukturen und die Anpassung an steigenden und sinkenden Bedarf.

Die Krankenhäuser mit Schwerpunktfunktion (LKH Oberwart und Krankenaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt) sollen als Leitspitäler etabliert werden, denen in der Abstufung der Versorgungsaufgaben eine zentrale Rolle zukommen soll und an denen sich das Akut-, vor allem aber das Notfallgeschehen konzentrieren sollen. Ein Standort, der nicht die Rolle des Leitspitals übernimmt (die Standardkrankenanstalten in Güssing, Oberpullendorf und Kittsee), soll verstärkt elektiv tätig sein und somit die Leitspitäler entlasten und durch personelle Rotation eng an diese angebunden bleiben. Dem muss eine klare Definition der Versorgungsverantwortung und eine Ausdifferenzierung der Rollen folgen.

Periphere Standorte sollen einen verstärkt auf die fachliche Breite der regional benötigten fachlichen Basisversorgung ausgerichteten Versorgungsauftrag wahrnehmen. Zudem sollen sie besser auf die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft ausgerichtet werden. Dazu gehört die Entwicklung von Strukturen zur Versorgung hochbetagter Menschen in Form von Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R).

¹⁵ Siehe dazu ÖSG 2017 in der Fassung vom 27.09.2019, Seite 30

6.2 Methodisches Vorgehen

Der Planungsprozess zur Ermittlung der zukünftig benötigten Kapazitäten des akutstationären Versorgungssystems umfasst die Analyse des derzeitigen Versorgungsgeschehens auf Basis aller Einzelfälle aus dem Jahr 2017, die Prozessschritte zur Prognose des akutstationären Bedarfs zum

zeitlichen Planungshorizont, die Anpassung und Optimierung der quellbezogenen Plankapazitäten sowie die Transformation derselben auf die Ebene der Krankenhausstandorte im Rahmen der zielbezogenen Detailplanung.

6.2.1 Datenbasis

Die IST-Analyse und die daraus abgeleiteten SOLL-Planungsschritte für den akutstationären fachärztlichen Versorgungsbereich basieren auf den nachstehend angeführten Datensätzen, die das gesamte akutstationäre Leistungsgeschehen des Jahres 2017 umfassen und somit von den Leistungserbringern selbst so eingemeldet werden.

- Struktur-, Leistungs- und Diagnosedaten (KDok im XMBDS-Format) zu stationären Aufenthalten für alle landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten im Burgenland
- Leistungs- und Diagnosedaten (KDok im XMBDS-Format) zu stationären Aufenthalten für alle landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten außerhalb des Burgenlandes für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Burgenland
- Leistungs- und Diagnosedaten (KDok im XMBDS-Format) zu allen AUVA- und PRIKRAF-Krankenanstalten in Österreich für Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Burgenland
- Bevölkerungsstand und demografische Prognosen für das Burgenland

Darüber hinaus wurden sämtliche nachstehend beschriebenen Analysen auch mit den entsprechenden Daten des Jahres 2018 durchgeführt, um die Ergebnisse zu plausibilisieren und zu validieren.

6.2.2 Planungsprozess

Die IST-Analyse als erster Schritt erfolgt für jeden bettenführenden medizinischen Fachbereich getrennt auf Ebene der Wohnbevölkerung (quellbezogen) und auf Ebene des Orts der medizinischen Leistungserbringung (ziel- oder standortbezogen).

Für die quellbezogene Betrachtung werden dabei relevante Kennzahlen wie die alters- und geschlechtsstandardisierte Krankenhaushäufigkeit und -verweildauer, die Leistungsverteilung zwischen vollstationären und Null-Tagesfällen inkl. tagesklinischem Leistungsgeschehen, der Anteil potentiell ambulant erbringbarer Leistungen sowie die Patientenströme zwischen allen politischen Bezirken des Burgenlandes zueinander ermittelt. Die Kennzahlen werden auf den Ebenen der politischen Bezirke des Burgenlandes, der zwei Versorgungsregionen und des gesamten Bundeslandes berechnet und visualisiert. Die Analysen erfolgen dabei auf Ebene der MEL-Gruppen und der Hauptdiagnosegruppen.

Die zielbezogene Analyse umfasst Kennzahlen zur Auslastung der vollstationären und tagesklinischen Kapazitäten, zur Leistungsverteilung zwischen vollstationären Fällen und Null-Tagesfällen inklusive tagesklinischem Leistungsgeschehen, zum Pflege- und Belagstagevolumen, zu Verweildauer und Anteil potentiell ambulant erbringbarer Leistungen, sowie zum Anteil akuter und geplanter Aufenthalte für jeden Krankenhausstandort. Ergänzt werden diese Betrachtungen um die ausführliche Analyse des kleinräumigen und überregionalen Einzugsgebiets der jeweiligen Einrichtungen unter Berücksichtigung der Leistungen für Gastpatientinnen und -patienten.

Die SOLL-Darstellung erfolgt auf Basis der ermittelten Kennzahlen der quell- und zielbezogenen IST-Analyse. Sie stellt die Prognoseberechnung der zukünftig benötigten akutstationären Versorgungskapazitäten aus Sicht der Quellbevölkerung für alle Fachbereiche dar. Diese umfasst die Anpassung der quellbezogenen Krankenhaushäufigkeit je MEL-Gruppe und Hauptdiagnosegruppe und der Verweildauer durch normative Benchmarking-Prozesse, die Hebung des leistungsspezifischen Tagesklinikanteils, die demografische Hochrechnung der erwarteten Fallzahlen, sowie die Durchführung von medizinisch begründeten oder organisatorisch sinnvollen Leistungsverchiebungen zwischen Fach- und Versorgungsbereichen.

Dabei werden Substitutionspotentiale für stationäre Fälle mit langer Aufenthaltsdauer durch den Aufbau akutergeriatrischer/remobilisierender Kapazitäten ebenso berücksichtigt, wie die Optimierung abgestufter Versorgungsprozesse (z.B. Kapazitätsverteilung Stroke Unit, Akutneurologie, neurolo-

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

gische Akutnachbehandlung Stufe B und C) oder die verstärkte Ausdifferenzierung zwischen akutem und elektivem Leistungsgeschehen. Die Darstellung der berechneten Planzahlen (Fälle, Belagstage, vollstationäre PLAN-Betten, Tagesklinikplätze) erfolgt unter Wahrung des quellbezogenen Bedarfs auf der Ebene der politischen Bezirke, der Versorgungsregionen und des gesamten Bundeslandes inklusive der benötigten Versorgungskapazitäten für inländische und ausländische Gastpatientinnen und -patienten.

Im letzten Schritt des Prozesses werden die quellbezogenen Planzahlen auf die Ebene der Krankenhausstandorte transformiert. Die Transformation erfolgt nach den Kriterien der festgelegten zukünftigen Versorgungsaufträge von Krankenanstalten (fachspezifische Versorgungsstufe und zugeordneter Versorgungsauftrag, Leistungsangebotsplanung für komplexe medizinische Leistungsbündel) im Kontext der jeweils umliegenden Standorte. Die Berücksichtigung von Verkehrswegen, qualitätsbezogene Aspekte im Sinne von etablierten Versorgungsmodellen, Mindestmengenvorgaben und die Schaffung von personell, organisatorisch, baulich und betriebswirtschaftlich sinnvoll betreibbaren Strukturgrößen kommen in diesem Schritt auf dem Weg zu einer umsetzbaren Strukturvorgabe zur Anwendung.

Die strukturelle Darstellung der Planzahlen erfolgt, den bundesweit einheitlichen Vorgaben des ÖSG 2017 entsprechend, in vollstationären PLAN-Betten einerseits und Tagesklinikplätzen bzw. ambulanten Betreuungsplätzen (ambBP) auf Ebene der bettenführenden Fachbereiche je Krankenhausstandort andererseits. Für die überregionale Darstellung der zukünftig benötigten Kapazitäten erfolgt die Zusammenfassung der Planzahlen auf unterschiedlichen regionalen Granularitäten.

Die finalen Ergebnisse sind Produkt eines breiten Abstimmungsprozesses unter Einbindung aller betroffenen Entscheidungs- und Kostenträger im Gesundheitswesen des Burgenlandes sowie der Gesundheitsdiensteanbieter.

6.3 Zukünftige Versorgungsstruktur, PLAN 2025

Die standortspezifischen Planzahlen finden sich im Anhang. In der Tabelle befinden sich auch die Festlegungen zu abgestuften Versorgungsaufgaben oder Referenzzentren bzw. zur ÜRV. Darüber hinaus gibt es qualitative Festlegungen zu einzelnen Krankenhausstandorten, die nachstehend ausgearbeitet sind. Zudem gibt es fachspezifische Anmerkungen, die sich ebenfalls nachstehend finden.

6.3.1 Konzeption der Leitspitäler, verstärkte Kooperationen

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt und das LKH Oberwart übernehmen die Funktion eines Leitspitals für die jeweilige Versorgungsregion. Mit dieser Funktion sind folgende Aufgaben zukünftig verbunden:

- In der Versorgung von Patientinnen und Patienten
 - sollen Aufgaben mit geringerer Fallzahl einem Standort zugeordnet werden; diese Aufgabenzuteilung soll mit dem Leitspital in der Region abgestimmt werden. Diese Aufgaben müssen nicht zwingend am Leitspital erfolgen, wenn dies fachlich und technisch nicht notwendig ist
 - sind Abstufungen entlang der Komplexität sinnvoll und notwendig; Leitspitäler übernehmen in Abstimmung mit den umliegenden Häusern die komplexeren Leistungen
 - erfolgt die Notfallversorgung an den Leitspitälern; in diese Aufteilung sind die Landesleitstelle und die Rettungsdienste einzubinden
 - sollte das Leitspital für fachlichen Austausch als erster Ansprechpartner dienen

- in der Ausbildung von medizinischem Personal
 - sollen jedenfalls Rotationen zwischen den Standorten zum Sammeln möglichst umfassender Erfahrung in den einzelnen Fächern erfolgen
 - sollte die Koordination der Ausbildungen von den Leitspitälern ausgehen

- in der personellen Besetzung reduzierter Organisationsformen
 - sollte das Leitspital als koordinierende und Personal entsendende Einrichtung dienen. Reduzierte Organisationsformen sollen als dislozierte Einrichtungen zur zugehörigen Fachabteilung des Leitspitals fungieren.

Um die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Trägerorganisationen nicht außer Acht zu lassen, was Kooperationen vereinfachen kann, kann von einer zwingenden Zuordnung gemäß den Versorgungsregionen zu Gunsten einer Abstimmung nach Trägerzugehörigkeit abgegangen werden, wenn dies keine Nachteile in der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach sich zieht.

6.3.2 Allgemeine Anmerkungen

PLAN-Kapazitäten

Die Summe aus PLAN-Betten 2025 und ambulanten Betreuungsplätzen PLAN 2025 stellt je Krankenhausstandort und Fachbereich die maximale Obergrenze der PLAN-Kapazitäten für den Planungshorizont 2025 dar.

Wochenklinische Strukturen

Im Rahmen der vollstationären Bettenstationen wird empfohlen, je nach Bedarf an Betten in der wochenweisen Nutzung durch organisatorische Maßnahmen Teile der Bettenkapazitäten nach Möglichkeit als wochenstationäre Einheiten (5-Tage-Stationen) zu verwenden.

Die festgelegte Zahl wochenstationärer Betten darf – jedoch ausschließlich durch Umwandlung vollstationärer Betten mit ausreichender Auslastung des entsprechenden Faches – überschritten werden. Für jedes umgewandelte vollstationäre Bett dürfen wochenstationäre Betten bis maximal im Ausmaß 1,4 eingerichtet werden. Vor allem an Standorten mit kurzen Verweildauern und hohem elektivem Leistungsanteil bringt diese Maßnahme organisatorische Vorteile mit sich. Dieses Vorgehen ist im Vorhinein mit dem Burgenländischen Gesundheitsfonds abzustimmen und darf den Versorgungsauftrag des Standorts nicht einschränken.

Tagesklinik-Plätze und ambulante Betreuungsplätze

Es steht jedem Träger frei, vollstationäre Betten unter Wahrung der gesamthaften PLAN-Bettenobergrenze einer Fachabteilung oder anderen Organisationsform in tagesklinische Plätze oder ambulante Betreuungsplätze umzuwandeln, um dem tagesklinischen oder ambulanten Versorgungsbedarf bestmöglich gerecht zu werden. Dieses Vorgehen ist im Vorhinein mit dem Burgenländischen Gesundheitsfonds abzustimmen und darf den Versorgungsauftrag des Standorts nicht einschränken.

Im Falle einer Führung in dislozierter Form ist gemäß dem ÖSG 2017 auf die Sicherstellung der fachlichen Abstimmung mit einer fachgleichen Vollabteilung zu achten.

Intensivpflegeeinheiten

Die PLAN-Betten 2025 der Intensivpflegeeinheiten für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und jene der Neonatologie werden in der standortbezogenen RSG-Planungsmatrix neben der Gesamtdarstellung auch in Versorgungsstufen (Intensivbehandlung und Intensivüberwachung) gegliedert. Die Verteilung der tatsächlich aufgestellten Betten auf diese beiden Versorgungsstufen kann sich aufgrund der jährlich neu vorzunehmenden Einstufung durch das LKF-Modell jedoch ändern.

Die Gesamtsumme an PLAN-Betten 2025 für Intensivseinheiten stellt jeweils die verpflichtend einzuhaltende Obergrenze an Intensivkapazitäten dar.

Akutstationäre Notfallversorgung

Die Versorgung von Notfällen im Sinne des § 10 Abs 2 Sanitätergesetz¹⁶ kann nur an Krankenhausstandorten erfolgen, die fachlich, technisch und personell dafür ausgestattet sind. Demzufolge sollen alle Notfälle zukünftig ausschließlich an den beiden Standorten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt und am LKH Oberwart versorgt werden, da sie fachlich und personell und in ihrem zukünftigen Versorgungsauftrag darauf ausgerichtet sind. Dementsprechend sind die Leitstellen, die Notfalleinsatzmittel und Rettungsdienste zu instruieren und zu disponieren. Es sollte

damit erreicht werden, dass durch zielgerichteten Transport von Patientinnen und Patienten in den zeitkritischen Notfällen keine Verzögerungen durch notwendige Weitertransporte („erweiterte Primärtransporte“) entstehen können.

¹⁶ BGBl. 30/2002

Die anderen drei Krankenhausstandorte haben einen akutversorgenden Auftrag, jedoch dezidiert keinen über die Erstversorgung hinausgehenden Auftrag zur Notfallversorgung, für den sie technisch auch nicht gerüstet sein können und müssen. Um im Bedarfsfall eine reibungslose Übernahme von Notfallpatienten gewährleisten zu können, sind zwischen den Trägern entsprechende Kooperationsvereinbarungen zu treffen.

Ausbildung

Zur Wahrung der hohen Ausbildungsqualität im gesamten Burgenland sind organisatorische und fachliche Abstimmungen zwischen den Trägern für die Ausbildung aller relevanten Gesundheitsberufe herbeizuführen. Dies gilt besonders vor dem Hintergrund, den zukünftigen Bedarf an Gesundheitspersonal sowohl im intra- und extramuralen Bereich als auch im Langzeitpflegebereich decken zu können.

6.3.3 Standortspezifische Anmerkungen

LKH Kittsee

Das LKH Kittsee ist eine Standardkrankenanstalt im Sinne von § 2a Abs 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten mit einem zukünftig geänderten Versorgungsauftrag. Es hat keinen Auftrag, über die Erstversorgung hinausgehende Notfallversorgung im Sinne des § 10 Abs 2 Sanitättergesetz anzubieten. Das LKH Kittsee wird im akutstationären Bereich internistische und altersspezifische Versorgungsleistungen im Rahmen eines zur Abteilung für Innere Medizin gehörenden Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) erbringen.

Es ist für die Akutversorgung in allen Fällen der Inneren Medizin sowie der Chirurgie gemäß der Leistungsmatrix des ÖSG 2017 eingerichtet. Der bestehende Fachschwerpunkt für Urologie ist im Rahmen der Leistungsmatrix des ÖSG 2017 tätig. Die zugehörige Ambulanz bietet prä- und postoperative Versorgung an.

Die stationäre Versorgung in den Fächern CH und URO soll zukünftig verstärkt im tages- und wochenstationären Betrieb mit dem zugehörigen Leistungsspektrum gemäß ÖSG 2017 organisiert werden.

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt hat die Funktion einer Schwerpunktkrankenanstalt im Sinne von § 2a Abs 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten und bleibt in seinem Versorgungsauftrag weitestgehend unverändert. Es bietet Schwerpunktversorgung unter Einhaltung aller zugehörigen im ÖSG 2017 festgelegten Qualitätskriterien in den Bereichen der Gefäßchirurgie, Kardiologie und Onkologie sowie in der geburtshilflichen Versorgung (Typ B), in der Traumaversorgung und zukünftig in der Nephrologie. Darüber hinaus bietet es regionale kinder- und jugendmedizinische Versorgung (KJR) der Stufe 2 und ist affiliierter Partner eines Brustgesundheitszentrums (AP). Eine Abteilung für HNO mit reduzierter Bettenanzahl wird vorgehalten. Außerdem übernimmt das Haus die psychiatrische Akutversorgung im Erwachsenenbereich für das gesamte Burgenland.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt ist jene Krankenanstalt, die die Notfälle in der VR 11 in Abstimmung mit den umliegenden Krankenanstalten in anderen Bundesländern im Rahmen seines Fachspektrums versorgt.

Für den Aufbau eines Traumanetzwerks sind Kooperationsvereinbarungen mit Traumazentren vorzusehen.

LKH Oberpullendorf

Das LKH Oberpullendorf ist eine Standardkrankenanstalt im Sinne von § 2a Abs 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten mit einem geänderten Versorgungsauftrag.

Es hat keinen Auftrag, über die Erstversorgung hinausgehende Notfallversorgung im Sinne des § 10 Abs 2 Sanitätergesetz anzubieten. Es ist jedoch für die Akutversorgung in allen Fällen der Inneren Medizin gemäß der Leistungsmatrix des ÖSG 2017 eingerichtet, sowie für die ambulante Akutversorgung in den Fächern CH, IM und GGH. Die ambulanten Fachangebote dienen jedoch auch der elektiven Betreuung sowie der Nachsorge nach stationären Aufenthalten. Die Fachambulanzen werden mit begrenzten Öffnungszeiten geführt, die vom Träger bedarfsadäquat geregelt werden.

Zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und zur Entlastung der Abteilung für Urologie am LKH Oberwart werden zwei urologische Betten in Form einer dislozierten Tagesklinik vorgehalten.

Das LKH Oberpullendorf ist für die Akutversorgung in allen Fällen der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Gynäkologie gemäß der Leistungsmatrix des ÖSG 2017 eingerichtet. Die geplante Abteilung für Augenheilkunde soll zukünftig die Anzahl der burgenländischen Gastpatienten in anderen Bundesländern sowie die Wartezeiten für burgenländische Patienten reduzieren. Die zugehörige Ambulanz bietet schwerpunktmäßig prä- und postoperative Versorgung an.

Die geburtshilfliche Versorgung soll im Rahmen des Planungshorizonts 2025 ausschließlich an den Krankenanstalten mit Schwerpunktfunktion erfolgen.

Die stationäre Versorgung in den Fächern AU, CH und Gynäkologie soll zukünftig vorzugsweise im tages- und wochenklinischen Betrieb mit dem zugehörigen Leistungsspektrum gemäß ÖSG 2017 organisiert werden. Diese Fachbereiche sind außerhalb der ambulanten Versorgung somit für die elektive Leistungserbringung in Abstimmung mit den fachgleichen Abteilungen des LKH Oberwart und des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt und zu deren Entlastung zuständig.

LKH Oberwart

Das LKH Oberwart hat die Funktion einer Schwerpunktkrankenanstalt im Sinne von § 2a Abs 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten mit erweitertem Fächerspektrum und Versorgungsauftrag. Es bietet Schwerpunktversorgung unter Einhaltung aller zugehörigen im ÖSG 2017 festgelegten Qualitätskriterien in den Bereichen der Gefäßchirurgie, Kardiologie und Onkologie sowie in der geburtshilflichen Versorgung (Typ B) und in der Traumaversorgung. Der Bereich Kardiologie soll bis zum Planungshorizont 2025 um coronarangiographische Leistungen durch Errichtung eines Herzkatheter-Arbeitsplatzes erweitert werden. Darüber hinaus bietet das Schwerpunkthaus Oberwart regionale kinder- und jugendmedizinische Versorgung (KJR) der Stufe 2, neurochirurgische Versorgung und soll in weiterer Folge affiliierter Partner eines Brustgesundheitszentrums (BRZ) sein. Der bestehende Fachschwerpunkt für HNO soll als Abteilung für HNO etabliert werden.

Die Abteilung für Urologie nimmt auch die Funktion der überregionalen Versorgung für die VR 64 (Steiermark-Ost) wahr.

Das LKH Oberwart ist jene Krankenanstalt, die die Notfälle in der VR 12 in Abstimmung mit den umliegenden Krankenanstalten in anderen Bundesländern im Rahmen seines Fachspektrums versorgt.

Das LKH Oberwart -als überwiegend akutversorgendes Haus -steht in enger fachlicher und personeller Abstimmung mit den überwiegend elektiv tätigen Häusern in Oberpullendorf und Güssing. Es fungiert als Leitspital im südlichen Burgenland und koordiniert somit das abgestimmte Leistungsangebot zusammen mit den Standorten in Oberpullendorf und in Güssing. Zur Wahrung der umfassenden Ausbildungsmöglichkeiten, der Routine und des dauernden Trainingsstands vor allem des ärztlichen Personals sind personelle Rotationsmodelle zwischen den Standorten des Trägers auszuarbeiten und arbeitsrechtlich vorzusehen.

Für den Aufbau eines Traumanetzwerks sind Kooperationsvereinbarungen mit Traumazentren vorzusehen.

LKH Güssing

Das LKH Güssing ist eine Standardkrankenanstalt im Sinne von § 2a Abs 1 des Bundesgesetzes über

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

Krankenanstalten und Kuranstalten mit einem zukünftig geänderten Versorgungsauftrag. Es hat keinen Auftrag, über die Erstversorgung hinausgehende Notfallversorgung im Sinne des § 10 Abs 2 Sanitätergesetz anzubieten. Es wird im akutstationären Bereich internistische und altersspezifische Versorgungsleistungen in Form eines zur Abteilung für Innere Medizin gehörenden Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) erbringen.

Das LKH Güssing ist für die Akutversorgung in allen Fällen der Inneren Medizin gemäß der Leistungsmatrix des ÖSG 2017 sowie in allen weiteren Abteilungen führenden Fächern, gemäß der korrespondierenden Leistungsmatrix eingerichtet. Das LKH Güssing ist affiliierter Partner eines Brustgesundheitszentrums (AP). Die ambulanten Fachangebote dienen auch der elektiven Betreuung sowie der Nachsorge nach stationären Aufenthalten. Die Fachambulanzen werden mit begrenzten Öffnungszeiten geführt, die vom Träger bedarfsadäquat geregelt werden.

Die Abteilung für Orthopädie ist als Teil der Abteilung für Orthopädie und Traumatologie des LKH Oberwart vorwiegend elektiv im tages- bzw. wochenklinischen Betrieb tätig. Die zugehörige Ambulanz ist vorwiegend für prä- und postoperative Versorgung eingerichtet.

6.3.4 Fachspezifische Anmerkungen

Geriatrische Versorgung

Das Burgenland verfügt bis dato nicht über explizit für die Versorgung alter Menschen gewidmete Strukturen innerhalb der Fondsspitäler. Dies stellt in Österreich mittlerweile eine Ausnahme dar. Während Niederösterreich und Vorarlberg Strukturen der RNS etabliert haben, setzen die anderen Bundesländer auf AG/R.

Im Burgenland sollen nunmehr im Rahmen des RSG 2025 ebenfalls Kapazitäten aufgebaut werden, die speziell der Versorgung alter Menschen dienen. Im LKH Güssing und im LKH Kittsee soll eine Organisationseinheit für AG/R als Department der dort angesiedelten Abteilungen für Innere Medizin geschaffen werden.

Ziel dieser Strukturen ist es, durch die Behandlung und Betreuung akut kranker geriatrischer Patientinnen und Patienten, weitere Funktionsverluste zu vermeiden, die Lebensqualität zu erhöhen und sie in das gewohnte Lebensumfeld zu reintegrieren. Dabei gilt es, medizinische, funktionelle, psychische, kognitive und soziale Aspekte der Erkrankungen geriatrischer Patientinnen und Patienten zu beachten.¹⁷

Es gelten in Hinblick auf die Zugangskriterien für Patientinnen und Patienten sowie für die technische und personelle Ausstattung die Vorgaben des ÖSG 2017 zu AG/Rs.¹⁸ Zudem wird auf das grundlegende Versorgungskonzept¹⁹ dazu und das entsprechende Prozesshandbuch²⁰ als Grundlagen für den Aufbau der Strukturen im Burgenland dazu verwiesen.

Augenheilkunde

Erstmals soll eine vollstationäre Struktur für Augenheilkunde im Burgenland geschaffen werden, um die Eigenversorgung der gesamten Bevölkerung stärken zu können und auf einen Standort zu konzentrieren. Es wird eine Abteilung für Augenheilkunde am LKH Oberpullendorf eingerichtet. Technische und personelle Ausstattung sowie die Betriebszeiten folgen dabei den Vorgaben des ÖSG.²¹

Überregionale Versorgungsplanung

Für die Gewährleistung qualitativ hochwertiger Behandlungen werden komplexe medizinische Leistungen in Referenzzentren gebündelt. Das sind hochspezialisierte Strukturen von regionaler und überregionaler Bedeutung, grundsätzlich innerhalb von Krankenanstalten der Schwerpunkt- oder Zentralversorgung. Dabei sind bei der Planung die im ÖSG definierten Anforderungen bzgl. Infrastruktur und Personalqualifikation inklusive Ausbildungstätigkeit sowie verbindliche Mindestfallzahlen und Einwohnerrichtwerte zu beachten.

Die Versorgung der burgenländischen Bevölkerung mit komplexen medizinischen Leistungen ist im Kapitel „Überregionale Versorgungsplanung“ (ÜRVP) des ÖSG 2017 für nachfolgende Bereiche geregelt:

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Kinder/Jugendliche und Erwachsene
→ Herzchirurgie → Transplantationschirurgie → Neurochirurgie – akut	→ Kinder-Herzzentren (Herz-CH und Kardiologie) → Pädiatrische onkologische Versorgung	→ Zentren für medizinische Genetik (inkl. BRCA) → Expertisezentrum für seltene Erkrankungen
→ Schwerbrandverletzten-Versorgung → Stammzell-Transplantation – allogene	→ Kinder-Schwerbrandverletzten-Versorgung → Kinder-Stammzell-Transplantation – allogene	→ Sonderisolerstationen für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE)

Abbildung 5: Überregionale Versorgungsplanung gem. ÖSG 2017

Auf Grund der Topografie des Burgenlandes ist für die Versorgung der Patienten aus der Versorgungsregion 12 (Burgenland-Süd) in erster Linie das LKH-Graz zuständig. Patienten der Versorgungsregion 11 (Burgenland-Nord) werden weitestgehend in Krankenhäusern in Wien bzw. Niederösterreich versorgt.

Soweit noch keine Kooperationsvereinbarungen getroffen wurden, sind seitens der Krankenanstaltsträger zur Sicherstellung der Übernahme von Patienten in jenen Bereichen, die im Burgenland auf Grund der zu geringen Bevölkerungsdichte nicht vorgehalten werden und auch in der ÜRVP nicht definiert sind, entsprechende Kooperationen mit Referenzzentren benachbarter Bundesländer zu vereinbaren. Insbesondere sind hier Referenzzentren für Thoraxchirurgie, Onkologie sowie Traumazentren für den Aufbau von Traumanetzwerken und die Fächer Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Pulmologie zu nennen.

¹⁷ Siehe dazu ÖSG 2017 in der Fassung vom 27.09.2019, Seite 159

¹⁸ Siehe dazu ÖSG 2017 in der Fassung vom 27.09.2019, Seite 160

¹⁹ GÖG (2008): Akutgeriatrie/Remobilisation in österreichischen Krankenanstalten. Wien.

²⁰ GÖG (2008): Prozesshandbuch Akutgeriatrie/Remobilisation, 2. Aufl. Wien.

²¹ Siehe dazu ÖSG 2017 in der Fassung vom 27.09.2019, Seite 64

7 Hämodialyse

Die chronische Hämodialyse stellt eine Option der Nierenersatztherapie bei terminalem Nierenversagen dar und ist jene Therapieoption, die den niederschwelligsten Zugang erlaubt. Die Sicherstellung einer entsprechenden flächendeckenden Versorgung sowohl für die ungeplante Akutdialyse als auch für die Patientinnen und Patienten, die einer chronischen ambulanten Hämodialyse bedürfen, ist im Rahmen des RSG-B 2025 zu gewährleisten. Dabei wird auch auf die Versorgungsfunktion für Gastpatientinnen und -patienten Rücksicht genommen und es werden jene Leistungen berücksichtigt, die im Rahmen der Nierenersatztherapie außerhalb des Burgenlandes für Burgenländerinnen und Burgenländer erbracht werden.

7.1 Aktuelle Versorgung

7.1.1 Strukturelle Darstellung

Die aktuelle Versorgung im Burgenland ist auf Basis der Daten des Jahres 2018 an drei Standorten mit jeweils zwölf Plätzen, also mit landesweit insgesamt 36 Plätzen organisiert. Am LKH Oberwart werden diese Plätze im 3-3-Schicht-Betrieb, am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt seit dem 01.04.2019 sogar im 4-3-Schicht-Betrieb betrieben. Am Dialysezentrum der OpimaMed Dialysezentrum Frauenkirchen GmbH in Frauenkirchen wurden bislang zehn reguläre Plätze im 2-0-Schicht-Betrieb betrieben.²² Seit 1.4.2020 wurde auf einen 3-0-Schicht-Betrieb umgestellt.²³ Zudem sind dort weitere zwei Plätze für Feriendialyse vorhanden. Gemäß dem jeweiligen Schichtbetrieb stehen an den einzelnen Einrichtungen letztlich sehr unterschiedliche Versorgungskapazitäten zur Verfügung. Eine detaillierte Darstellung der Struktur findet sich in Tabelle 2.

²² Daten wurden vom BURGEF im Februar bzw. April 2020 bereitgestellt.

²³ Auskunft von Seiten des Amtes der Bgld. Landesregierung, 6.5.2020

7.1.2 Epidemiologische Zahlen ²⁴

Zum 31.12.2017 betrug die Prävalenz für Patientinnen und Patienten, die einer dauerhaften Nierenersatztherapie bedürfen, bei Burgenländerinnen und Burgenländern 108,3 Personen je 100.000 EW (davon 60 mit Dialyseverfahren), was marginal unter dem Bundesschnitt von 110 je 100.000 EW liegt (davon 52,7 mit Dialyseverfahren). Somit ist die Prävalenz gegenüber dem Jahr 2012 von 92,5 je 100.000 EW jedoch sehr deutlich angestiegen (+17,1 %), wohingegen der Bundesdurchschnitt von 102 im Jahr 2012 auf 2017 nur geringfügig angestiegen ist (+7,8 %).

Der deutliche Anstieg der Fallzahlen insgesamt ist seit 2012 de facto ausschließlich auf den Zuwachs bei der Hämodialyse zurückzuführen (+35,9 %), die Zahl der Menschen mit funktionierendem Transplantat blieb gemessen daran fast gleich (+3,2 %), wobei es hier deutlich unterschiedliche Datenlagen zwischen dem Jahresbericht der ÖDTR und den Zahlen des BURGEF gibt. Nach zweitem sind die Prävalenz der Dialyse insgesamt mit 70 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern und dabei jene der Peritonealdialyse mit 10,7 je 100.000 EW deutlich höher. Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit Peritonealdialyse liegt gemäß diesen Daten bei ca. 15 %.

Unabhängig davon fällt vor allem auf, dass dadurch das Burgenland den mit Abstand höchsten Anteil an Patientinnen und Patienten an der Hämodialyse (53,5 %) und den geringsten an Menschen hat, die mit einem funktionierenden Transplantat leben (44,6 %). Bundesweit ist der Anteil an Menschen mit einem funktionierenden Transplantat bei 52,1 %, in Vorarlberg als jenem Land mit dem höchsten entsprechenden Anteil gar bei 57,1 %, bezogen auf den 31.12.2017.

²⁴ Die Zahlen sind den Jahresberichten des Österreichischen Dialyse- und Transplantationsregisters entnommen (Jahre 2010 bis 2017). Die Zahlen für 2018 lagen zum Zeitpunkt der Erstellung nur für die Transplantationen, nicht jedoch für die Dialyseverfahren vor.

7.1.3 Leistungszahlen

An den drei Standorten für ambulante Dialyse im Burgenland wurden im Jahr 2017 in Summe ca. 21.500 Frequenzen zur Hämodialyse an ambulanten Patientinnen und Patienten verzeichnet, weitere

ca. 1.300 Frequenzen fanden im Rahmen stationärer Aufenthalte in Eisenstadt und Oberwart statt.²⁵ Davon betrafen ca. 26 % der ambulanten Leistungen Patientinnen und Patienten, die nicht im Burgenland wohnhaft sind. Im Gegenzug dazu wurden außerhalb des Burgenlandes weitere 3.200 Leistungen der Hämodialyse an Burgenländerinnen und Burgenländern erbracht.

Im Jahr 2018 waren es ca. 23.000 Frequenzen an ambulanten Patientinnen und Patienten gewesen und weitere ca. 1.600 im Rahmen stationärer Aufenthalte. Davon betrafen ca. 27 % der ambulanten Leistungen Patientinnen und Patienten, die nicht im Burgenland wohnhaft sind. Im Gegenzug dazu wurden außerhalb des Burgenlandes weitere 4.100 Leistungen der Hämodialyse an Burgenländerinnen und Burgenländern erbracht.

Innerhalb dieses kurzen Betrachtungszeitraumes ist jedenfalls ein Anstieg der Zahlen zu bemerken, der mit der Zunahme an HD-Patientinnen und -Patienten konform geht.

Im Jahr 2017 wurden 24 Burgenländerinnen und Burgenländer je 1 Mio. EW einer Nierentransplantation unterzogen, im Bundesdurchschnitt waren es fast doppelt so viele (46,2). Im selben Jahr kamen jedoch vergleichsweise sogar 54 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger je 1 Mio. EW zu einer Nierentransplantation. Im Jahr 2018 lag dieser Wert im Burgenland dann wieder überdurchschnittlich hoch bei 47,8 Transplantierten je 1 Mio. EW, in Vorarlberg waren es 51,1 je 1 Mio. EW. Beide Länder haben eine vergleichbare Einwohnerzahl und keine eigene Transplantationseinheit im Land.

²⁵ Daten wurden vom BURGEF im Februar 2020 bereitgestellt.

7.1.4 Fazit aus der Analyse der bestehenden Versorgung

Das Burgenland verfügt über eine hohe Versorgungsdichte an Hämodialyseplätzen und leidet dennoch an einer engen Versorgungssituation mit Dialyseplätzen. Dafür sind mehrere Ursachen verantwortlich:

- Ein zu geringer Schichtbetrieb an einem der drei Standorte für ambulante HD
- Ein hoher Anteil an Gastpatientinnen und Gastpatienten aus anderen Bundesländern, die im Burgenland versorgt werden
- Eine über mehrere Jahre andauernde geringe Transplantationsrate an Burgenländerinnen und Burgenländern, die nachwirkt

Gemildert wird die Situation derzeit durch einen guten Anteil an PDia-Versorgung, die jedoch außerhalb des Burgenlandes stattfindet und durch die HD-Versorgung in den angrenzenden Bundesländern sowie den intensiven Schichtbetrieb vor allem am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt.

7.2 Rahmen der Planung

7.2.1 Grundsätze und Zielsetzung

Aufgabe der strukturellen Kapazitätsbereitstellung ist es, dafür zu sorgen, dass die Patientinnen und Patienten im Burgenland, die an terminaler Niereninsuffizienz leiden, zeitgerecht und in vollem Umfang mit der Therapieoption versorgt werden können, die ihnen angesichts ihrer gesundheitlichen und persönlichen Umstände am besten geeignet erscheint, um eine möglichst gute Lebensqualität zu erhalten oder wieder herzustellen. Damit sollen auch Impulse gesetzt werden, eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung zu gewährleisten. Die Planung der notwendigen Kapazitäten für die Hämodialyse kann nur unter Einbeziehung der Rahmenbedingungen für die Nierentransplantation und deren Entwicklung sowie der Peritonealdialyse und ihrer Entwicklung erfolgen. Daraus ergibt sich letztlich, dass die Hämodialyse all jenen zur Verfügung gestellt werden soll, die nicht für eine Nierentransplantation oder eine Peritonealdialyse in Frage kommen oder diese Therapieformen aus eigenem Willen ablehnen.

Topografische und verkehrstechnische Belange sind in dem Zusammenhang ebenso zu berücksichtigen, wie die Versorgungsaufgaben der jeweiligen Standorte insgesamt. Leitende Planungsgrundsätze sind eine regionale Ausgewogenheit für eine gut erreichbare und bedarfsgerechte Versorgung und

die integrative regionale Planung derselben unter gemeinsamer Betrachtung intra- und extramuraler Strukturen.

Ziel der Planung ist es weiters, für eine weitere Forcierung der Peritonealdialyse zu sorgen und ihren Anteil bis 2025 auf über 15 % aller Dialysen zu heben und eine Versorgungsmöglichkeit im eigenen Bundesland zu etablieren. Zudem soll eine deutliche Verbesserung und Stabilisierung der jährlichen Nierentransplantationszahlen auf zumindest den Bundesdurchschnitt erreicht werden, um den Anteil der Patientinnen und Patienten, die mit einem funktionierenden Transplantat versorgt sind, weiter zu steigern. Selbst damit ist es in absehbarer Zeit nicht realistisch, deren Anteil auf 50 % aller Patientinnen und Patienten mit Nierenersatztherapie oder darunter zu senken und in weiterer Folge zu stabilisieren. Durch die geringen Transplantationszahlen entsteht auch ein Bedarf an zusätzlichen Dialysekapazitäten, dem gerecht zu werden ist.

7.2.2 Methodische Annahmen

Zur ausreichenden Berücksichtigung von Vorhaltekapazitäten für akute Hämodialyse, für saisonale Schwankungen und ungeplante Zugänge wird eine maximale Auslastung der Strukturen im SOLL von 85 % intramural und 95 % extramural angenommen. Es wird mit jenen Schichtbetrieben gerechnet, die derzeit an den einzelnen Standorten im Einsatz sind, am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt wird wieder auf einen 3-3-Betrieb zurückgerechnet.

7.3 SOLL-Struktur für 2025

7.3.1 Peritonealdialyse (PDia)

Das Angebot an Peritonealdialyse soll zur Wahrung der Versorgungsqualität im Burgenland an den Standorten Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt und LKH Oberwart angeboten werden. Seitens der Träger sind Maßnahmen zu setzen, die ein qualitativ hochwertiges und ausreichend versorgungswirksames Angebot gewährleisten können. Dabei sind sämtliche im ÖSG 2017 festgelegte Qualitätskriterien einzuhalten.²⁶

Ziel ist es, landesweit zumindest 50 bis 60 Patientinnen und Patienten kontinuierlich mit dieser Methode zu versorgen.

²⁶ Siehe dazu ÖSG 2017 in der Fassung vom 27.09.2019, Seite 45

7.3.2 Kinderdialyse

Der überregional versorgungswirksame Standort für Kinderdialyse für die Burgenländische Bevölkerung von 0 bis 18 Jahre in der VR 11 ist das AKH in Wien. Der überregional versorgungswirksame Standort für Kinderdialyse für die Burgenländische Bevölkerung von 0 bis 18 Jahre in der VR 12 ist das LKH Universitätsklinikum Graz. Eine dauerhafte regionale Versorgung nach der Vorstellung der Kinder am AKH in Wien oder am LKH Universitätsklinikum in Graz kann in Abstimmung mit diesen beiden Häusern in der Folge dann an den Standorten des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt und am LKH Oberwart erfolgen. Dabei sind die im ÖSG 2017 festgelegten Qualitätskriterien zur Kinderdialyse verpflichtend einzuhalten.²⁷

²⁷ Siehe dazu ÖSG 2017 in der Fassung vom 27.09.2019, Seiten 140 und 141

7.3.3 Standortfestlegung

Die quantitative Standortfestlegung, wie sie bis spätestens 2025 umzusetzen ist, ist nachstehend dargestellt.

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

Versorgungskapazitäten zur Hämodialyse im Burgenland	Anzahl der Plätze	
	IST 2018	PLAN 2025
Akut KA, gesamt	24	24
im extramuralen Bereich, gesamt	10	10
Burgenland, gesamt	34	34

Tabelle 2: Darstellung der notwendigen Plätze für Hämodialyse im IST 2018 und im SOLL 2025 für das Burgenland. Am extramuralen Standort zusätzlich zwei Plätze für Feriendialyse

Versorgungskapazitäten zur Hämodialyse	Anzahl der Plätze		Schichten pro Woche	
	IST 2018	PLAN 2025	IST 2018	PLAN 2025
Akut KA, gesamt	12	12	6	6
K102 KH BBR Eisenstadt	12	12	6	6
im extramuralen Bereich, gesamt	10	10	2	3
Frauenkirchen, OptimaMed Dialysezentrum	10	10	2	3
VR 11, gesamt	22	22		

Tabelle 3: Darstellung der notwendigen Plätze für Hämodialyse im IST 2018 und im SOLL 2025 für die VR 11. Am extramuralen Standort in Frauenkirchen zusätzlich zwei Plätze für Feriendialyse. Im Jahr 2019 wurde im KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt auf einen 7-Schicht-Betrieb gewechselt. Mit 1.4.2020 wurde in Frauenkirchen auf einen 3-Schicht-Betrieb aufgestockt.

Versorgungskapazitäten zur Hämodialyse	Anzahl der Plätze		Schichten pro Woche	
	IST 2018	PLAN 2025	IST 2018	PLAN 2025
Akut KA, gesamt	12	12	6	6
K107 LKH Oberwart	12	12	6	6
VR 12, gesamt	12	12	6	6

Tabelle 4: Darstellung der notwendigen Plätze für Hämodialyse im IST 2018 und im SOLL 2025 für die VR 12.

8 Anhang

8.1 RSG-Planungsmatrix (ÖSG-konforme Strukturdarstellung)

Regionaler Strukturplan Gesundheit - Burgenland 2025

Anhang

8 Anhang

8.1 RSG-Planungsmatrix (ÖSG-konforme Strukturdarstellung)

"RSG-Planungsmatrix" für das Burgenland

Fählegende/optionale Angabe

Legende:

■ nicht vorgesehen

Ambulante ärztliche Versorgung	AM/PV	AN	KULU	KJC	KIP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UCH	ORTR	MRKG	ZMK	STR	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	SON	gesamt		
IST SVE 2017	0,0		3,5	0,0	24,5	115	4,8	18	0,4	0,0	0,3	2,1	15							117	0,0								62,1			
SVE Spitalambulanz																																
SVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (mit Vertrag)	145,4		6,5	0,0	2,9	15,2	12,1	4,0	3,0	6,0	114	8,0	6,0	5,2						7,2	73,6									306,5		
SVE in selbstständigen Ambulatorien (mit Vertrag)	0,0		0,0	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	6,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0						0,0	10									12,5		
SVE in Kassenambulatorien	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0						0,0	4,0									4,0		
(Kasseneigene selbstständige Ambulatorien)																																
SVE insgesamt	145,4		10,0	4,9	27,4	26,7	16,9	6,8	10,0	6,0	11,7	10,1	7,5	5,2						18,9	78,6									385,1		
davon in PV-Einheiten	0,0																															
IST Bz-Kassenplanstellen 2017																																
Bz-Kassenplanstellen	143		7	0	3	5	14	4	4	6	11	8	6	5						8	74										308	
Kassenplanstellen sonstiger Vertragsärzte																																
PLAN SVE 2025																																
SVE Spitalambulanz	0,0		3,5	0,0	21,5	110	4,8	2,3	0,4	0,0	2,0	2,2	16							12,8	0,0										62,1	
SVE niedergelassene Ärztinnen und in selbstständigen Ambulatorien (mit Vertrag und Kasseneigene)	63,4		7,3	4,9	2,2	16,8	11,8	4,1	9,1	6,3	12,9	8,2	6,5	5,7						7,2	81,5										337,9	
SVE insgesamt	163,4		10,8	4,9	23,7	27,8	16,6	6,4	9,5	6,3	14,9	10,4	8,1	5,7						20,0	81,5										400,0	
davon in PV-Einheiten	9,0																															
sofern Planungsgröße nicht AAVE gemäß ÖSG:																																
Umrechnungsfaktor zu AAVE gem. ÖSG	12		16		0,6	0,4	12	15	18	0,8	12	12	14	15	0,9					14	11											

Aktuelle Krankenanstalten - Normalpflege- und Intensivpflege

alle Akut-KA	NEO	KULU	KJC	KIP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UCH	ORTR	MRKG	NUKT	STR	AG/R	RNS	PAL	PSO-E	PSO-KJ	gesamt			
IST-Stand tatsächliche Betten 2017	91	65	12	40	0	86	0	349	78	79	53	0	11	27	35	0	0	0	122	0	0	0	0	0	0	0	0	1.860			
PLAN-Betten gesamt 2025	12	81	11	35	0	133	26	276	69	78	60	0	6	20	40	0	0	6	122	0	0	0	48	0	16	0	0	1.039			
Fonds-KA (PKA) gesamt																															
IST-Stand tatsächliche Betten 2017	91	65	12	40	0	86	0	349	78	79	53	0	11	27	35	0	0	0	122	0	0	0	0	0	0	0	0	1.860			
PLAN-Betten FGA 2025	12	81	11	35	0	133	26	276	69	78	60	0	6	20	40	0	0	6	122	0	0	0	48	0	16	0	0	1.039			

Regionaler Strukturplan Gesundheit - Burgenland 2025
Anhang

BRZ/Versorgungsstufe/URVP/Spezialisierungs-/Module	URVP												Module in NEU												
	TCH	GCH	KAR	ONK	BRZ	NUKT	NEP	GH	KIU	TR	NEU-SZ	NCH-a	ZMG	TXC	HCH	KHZ	KJONK	BRA	KBRA	SET	KSZT	HKLE	SU	ANB/B	ANB/C
Anzahl gesamt																									
IST-Stand Leistungsstandorte Z/SZ/ZEZ 2017	2	1	5	2	2	3	2	2	2	2															
IST-Stand Leistungsstandorte Module 2017																									
Leistungsstandorte Z/SZ/ZEZ PLAN 2025	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2															
Leistungsstandorte Module PLAN 2025																									
Betten gesamt (eigentlich in eigener Struktur):																									
IST-Stand Betten Z/SZ/ZEZ 2017																									
PLAN-Betten Z 2025																									
PLAN-Betten Module 2025																									

Anmerkungen:
 GCH: Schwerpunkt für Gefäßchirurgie (GCHS); KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, LKH Oberwart
 GCH: Schwerpunkt für Gefäßchirurgie (GCHS); KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt (SIP-P-LAN), LKH Oberwart
 ONK: onkologischer Schwerpunkt (ONKS) KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, LKH Oberwart
 ONK: assoziierte onkologische Versorgung (ONKA); LKH Kittsee/Oberpullendorf/Güssing
 BRZ: affiliierter Partner (AP) eines BRZ; KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, LKH Güssing (IST), LKH Oberwart (PLAN)
 GH: Schwerpunktversorgung Typ B (S/B) ; KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, LKH Oberwart
 KH: Schwerpunkt für Wirbelsäulenchirurgie (WEP-S); KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, Klinik Oberwart
 KIU: Trauma-Schwerpunkt (TRS) KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, LKH Oberwart
 TR: Trauma-Schwerpunkt (TRS) KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, LKH Oberwart
 SU/ANB/B, ANB/C: KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, LKH Oberwart

Großgeräte exkl. Funktionsgeräte	CT		MR		COR		STR		ECT		PET	
	GG	GGP										
Akut KA gesamt	5	5	2	4	1	2	0	0	1	1	0	0
im extramuralen Bereich gesamt	4	3	2	1	0	0	0	0	2	2	0	0
GG/GGP gesamt	9	8	4	5	1	2	0	0	3	3	0	0

Dialyse-Einheiten		Plätze	
IST 2017	PLAN 2025	IST	PLAN
Akut KA gesamt	24	24	24
im extramuralen Bereich gesamt	10	10	10
DIA IST 2017	PLAN 2025 ges	34	34

Anmerkungen:
 GG: Geräte IST-Stand 31.12.2015
 GG: Geräte IST-Stand 31.12.2015
 MR: Magnetresonanztomographen
 COR: Computertomographen
 STR: Strahlentherapie (Strahlentherapie) (Stereotaktische Radiatiotherapie, Cyberknife)
 ECT in Fonds-KA: insgesamt – Kooperation KH Eisenstadt (K102) mit KH W. Neustadt (K356)
 CT, MR, ECT: Gerätevorstellungen in Fonds-KA jeweils mit Abrechnungsvereinbarung mit der BGKK (ab 1.12.2020 Österreichische Gesundheitskasse) (Ausnahme: K106)
 Funktionsgeräte: ergänzend ICT am K102 Krankenhaus der BBR Eisenstadt
 Rehabilitation (Erwehrene): siehe OSG-Vo in der jeweils gültigen Fassung

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

Regionaler Strukturplan Gesundheit - Burgenland 2025
Anhang

"RSG-Planungsmatrix" für die Versorgungsregion 11 - Burgenland Nord

Fehlende oder nicht angegebene Angabe Legende: nicht vorgesehen

	AM/PV	AN	KIU	KJC	KJP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UCH	ORTR	MKG	ZMK	STR	STR	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	SON	gesamt
IST SVE 2017	0,0	1,8	0,0	14,5	7,6	3,4	0,7	0,4	0,0	0,2	1,4	0,6	0,0								6,7	0,0	0,0							37,3	
SVE in niedergelassene Arztpraxen gesamt (inkl. Vertrags)	95,2	5,1	0,0	2,0	9,6	3,1	2,9	10	3,7	6,3	6,5	4,0	3,3								5,3	47,7								199,7	
SVE in selbstständigen Ambulanzdiensten (kassenempfangsfähig)	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0								0,0	10								8,7	
SVE in Kassenambulanz (kassenempfangsfähig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0								0,0	4,0								4,0	
SVE insgesamt	95,2	6,9	3,6	16,5	17,2	10,5	3,6	5,5	3,7	6,5	7,9	4,6	3,3								12,0	52,7								249,7	
davon in PV-Einheiten	0,0																														0
IST §2-Kassenpläne stellen 2017	91	5	2	10	8	3	3	4	6	6	4	3									6	47								98	
Kassenpläne von sonstiger KV-Träger																															
PLAN SVE 2025	0,0	2,0	0,0	8,5	7,0	3,5	10	0,4	0,0	2,0	15	0,6	0,0								7,5	0,0								39,0	
SVE in niedergelassene Arztpraxen und in selbstständigen Ambulanzdiensten (inkl. Vertrags und Kassenempfangsfähigkeit)	0,17	5,5	3,6	12	10	7,2	2,8	5,3	4,0	8,4	6,2	4,3	3,7								5,2	55,5								225,6	
SVE insgesamt	0,17	7,5	3,6	14,7	18,0	10,7	3,8	5,7	4,0	10,4	7,7	4,9	3,7								12,7	55,5								264,6	
davon in PV-Einheiten	0,0																														0

Anmerkungen:
PSY: inklusive 4 SVE der ambulanten psychologischen Dienste
DER: inklusive 1 SVE der ambulanten Dermatologie
ZMK: inklusive 15 SVE durch zahnärztliches Institut im Bruckmadorf

Akt-Krankenanstalten - Normalpflege- und Intensivabteilung	
alle Akut-KA	gesamt
IST-Stand tatsächliche Betten 2017	40
IST-Stand tatsächliche Betten 2017	40
Fonds-KA (FKA) gesamt	40
IST-Stand tatsächliche Betten 2017	40
P LAN-Betten FKA 2025	5
Fonds-KA (FKA) Gesamtbereitstellung PLAN 2025	5

Fonds-KA (FKA) Gesamtbereitstellung PLAN 2025																														
GEM/DB	NT	NEO	KIU	KJC	KJP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR <td>UCH</td> <td>ORTR</td> <td>MKG</td> <td>NUKT</td> <td>STR</td> <td>AGR</td> <td>RNS</td> <td>PAL</td> <td>PSOE</td> <td>PSO-KJ</td> <td>gesamt</td>	UCH	ORTR	MKG	NUKT	STR	AGR	RNS	PAL	PSOE	PSO-KJ	gesamt	
ambulante Behandlungsplätze Plan 2025	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	59
TK-Plätze 2025	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
vollständige P LAN-Betten 2025	49	6	6	0	0	82	0	89	40	45	60	0	6	9	8	0	0	0	0	0	82	0	0	0	0	0	0	0	0	889
Intramurale P LAN-Kapazität gesamt	19	49	6	16	0	88	0	197	44	49	70	0	16	9	12	0	0	0	0	92	0	0	0	24	0	8	0	0	867	

Anmerkungen:
2025: Monats P für ZA
NT: umfasst alle INT-E und INT-KJ, evtl. NEO

Dialyse-Einheiten	
Akt KA gesamt	gesamt
K 102 Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt	12
im extramuralen Bereich gesamt	10
Dialyseinst. Standort Frauenkirchen	0
DIA IST 2017/P LAN 2025 gesamt	22

*Schichten/Woche
*zusätzlich zwei Plätze für Freizeidialyse

Regionaler Strukturplan Gesundheit - Burgenland 2025
Anhang

"RSG-Planungsmatrix" für die Versorgungsregion 12 - Burgenland Süd

Farblegende: optionale Angabe nicht vorgesehen

Legende: nicht vorgesehen

Ambulante ärztliche Versorgung

	AM/	IPV	AN	KUU	KIC	KJP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	P.U.L	OR	UCH	ORTR	MKG	ZMK	STR	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	SON	gesamt		
IST SVE 2017	0,0	17	0,0	10,0	3,9	14	11	0,0	0,0	0,1	0,7	0,9	0,0								5,0	0,0									24,8		
SVE Splaisambulant																																	
SVE niedergelassene ÄrztInnen gesamt (mit Vertrag)	50,2	14	0,0	0,9	5,6	5,0	11	2,0	2,3	5,1	15	2,0	19								19	25,9										95,8	
SVE in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)	0,0	0,0	13	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0								0,0	0,0									3,8		
SVE in Kassensambulatorien (Kasseneigene selbständige Ambulatorien)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0								0,0	0,0									0,0		
SVE in P.V.E. gesamt	50,2	3,1	1,3	10,9	9,5	6,4	2,2	4,5	2,3	5,2	2,2	2,9	1,9								6,9	25,9										95,4	
SVE in P.V.E. gesamt davon in P.V.E. Einheiten	0,0																															0	
IST 52-Kassenstellen 2017	52	2	1	5	6	1	1	2	5	2	2	2	2								2	27									110		
52-Kassenstellen																																	
Kassenstellen sonstiger Vertragsärzte																																	
P.LAN SVE 2025	0,0	15	0,0	6,0	4,0	13	13	0,0	0,0	0,0	0,7	10	0,0								5,3	0,0										23,1	
SVE Splaisambulant																																	
SVE niedergelassene ÄrztInnen und in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag und Kasseneigene) gesamt	517	18	13	10	5,8	4,6	13	3,8	2,3	4,5	2,0	2,2	2,0								2,0	28,0										112,3	
SVE in P.V.E. gesamt	517	3,3	1,3	9,0	9,8	5,9	2,6	3,8	2,3	4,5	2,7	3,2	3,0								7,3	26,0										135,4	
SVE in P.V.E. gesamt davon in P.V.E. Einheiten	0,0																																

Anmerkungen:
SVE: SVE der ambulanten psychosozialen Dienste
KJP: inklusive 13 SVE der ambulanten psychosozialen Dienste

GGH: davon 2 P lenstellen in selbständigem Ambulatorium für GGH in Güssing

Aktuelle Akut-KA

	IST	2017	PLAN	2025																																					
Fonds-KA (FKA) gesamt	51	24	6	24	0	0	78	0	15	28	39	0	0	4	8	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IST-Stand tatsächliche Betten 2017																																									
IST-Stand tatsächliche Betten 2025	51	24	6	24	0	0	78	0	15	28	39	0	0	4	8	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.LAN-Betten F.KA 2025	7	32	5	20	0	0	45	26	97	25	33	0	0	0	11	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonds-KA (FKA) Gesamterstellung PLAN 2025

	GEM/	MDB	INT	NEO	KUU	KIC	KJP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	P.U.L	OR	UCH	ORTR	MKG	NUKT	STR	AGR	RNS	PAL	PSO-E	PSO-KI	gesamt								
ambulante Betreuungspolize Plan 2025	7	0	0	0	0	0	0	0	4	12	0	0	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ICP-Polize 2025	9	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
vollstationäre P.LAN-Betten 2025	7	32	5	20	0	0	44	26	97	25	33	0	0	0	11	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Interrumale P.LAN-Kapazitäten gesamt	14	32	5	20	0	0	45	30	99	25	33	0	0	0	11	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Anmerkungen:
ICP: ICP-Polize 2025
NEO: in der P.V.E. ambulant (in ZAE)
INT: in der P.V.E. ambulant (in ZAE)
NEO: in der P.V.E. ambulant (in ZAE)
KJP: inklusive alle INT-E und INT-KJ lokal, NEO

Dialyse-Einheiten

	IST	2017	PLAN	2025	Schichten												
Akut KA gesamt	12	12	12	12	6	6	6	6									
K17/Krankenhausr Oberwart	6	6	6	6													
im extramuralem Bereich gesamt	0	0	0	0													
DIA IST 2017/PLAN 2025 gesamt	12	12	12	12													

*Schichten/Woche

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

Regionaler Strukturplan Gesundheit - Burgenland 2025
Anhang

"RSG-Planungsmatrix" für K102 - Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt in VR 11

KA-Typ: SPMA

Folgende optionale Angabe: Legende: nicht vorgesehen

Table with columns for various departments (Stationärer Bereich, Normalpflegebereich, Intensivpflegebereich, Intramurale Gesamtdarstellung) and metrics (GEM/DB, INT, NEO, KIJU, KIC, KJP, CH, NCH, IM, GGH, NEU, PSY, DER, AU, HND, URO, PCH, PUL, OR, UCH, ORTR, MKG, NUK, STR, AGR, RNS, PAL, PSDE, PSO, KJ, gesamt).

Administrativ 2025 inklusive 0 ambBP für ZAE
INT: umfasst alle INT-E, INT-F, KJ so wie Herzbeobachtung einkl. NEO
CH: inklusive GCH

"RSG-Planungsmatrix" für K105 - Ladislaus Batthyány-Strattmann Krankenhaus Kittsee in VR 11

KA-Typ: STKA

Farblgende: optionale Angabe

Legende: nicht vorgesehen

Table with columns: Spitalsambulanz, ambulante-Betreuungsplätze, and various medical departments (ZAE, AN/INT, KUW, KJC, KJP, CH, NCH, IM, GGH, NEU, P SY, DER, AU, HNO, URO, PCH, PUL, OR, UCH, ORTR, MKG, NUK, STR, AGR, RNS, PAL, PSOE, PSO-KJ, gesamt).

Table for stationärer Bereich Normalpflegebereich, showing SEM/DB, NT, NEO, KLU, KJC, KJP, CH, NCH, IM, GGH, NEU, P SY, DER, AU, HNO, URO, PCH, PUL, OR, UCH, ORTR, MKG, NUK, STR, AGR, RNS, PAL, PSOE, PSO-KJ, gesamt.

Table for Organisationsformen PLAN 2025, showing SEM/DB/A/N/INT, NEO, KLU, KJC, KJP, CH, NCH, IM, GGH, NEU, P SY, DER, AU, HNO, URO, PCH, PUL, OR, UCH, ORTR, MKG, NUK, STR, AGR, RNS, PAL, PSOE, PSO-KJ, gesamt.

Table for intramurale Gesamtdarstellung, showing GEM/DB, INT, NEO, KLU, KJC, KJP, CH, NCH, IM, GGH, NEU, P SY, DER, AU, HNO, URO, PCH, PUL, OR, UCH, ORTR, MKG, NUK, STR, AGR, RNS, PAL, PSOE, PSO-KJ, gesamt.

Anmerkungen: INT: umfasst alle INT-E, INT-KJ sowie Herberberwachung exkl. NEO; CH: vorwiegend als Wochenklinik zu führen; UR/O: FSP ist organisatorisch an die tägliche Mutenbelegung des K07 Krankenhaus Oberwart angeschlossen.

Table for RFP/versorgungsstufen/UR/VP/Spzialabteilung/Module Leistungsstandorte, showing TCH, GCH, KAR, ONK, BRZ, NUKT, NEP, GH, KUU, TR, NEUSZ, NCHA, ZMG, TXC, HCH, RHZ, KJONK, BRA, KBRA, SZT, KSZT, HKLE, SU, ANB/B, ANB/C, UR/VP, Module in NEU, SU, ANB/B, ANB/C.

Table: Da diese-Einheiten; IST 2017; PLAN 2025; Schichten; 1 Schichten/Woche.

Table: Größe etc. exkl. Funktionsgeräte; CT, MR, COR, STR, ECT, PET; G6 (Geräte IST-Stand 31.12.2015); GGP (Vorzustand; Gerätestand 2020); PLAN 2025.

OR: FSP organisatorisch an fachliche Mutenbelegung der K07 Klinik Oberwart angeschlossen

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

"RSG-Planungsmatrix" für K106 - LKH Oberpullendorf in VR 11

KA-Typ: STKA

Freiliegende, optionale Anträge: nicht vorgesehen

ZAE	AN/INT	KUU	KJC	KJP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UCH	ORTR	MKG	NUK	STR	AGR	RNS	PAL	PSO-E	PSO-K	gesamt
7/24																												
2							4					0																16

Stationärer Bereich

GEM/DB	INT	NEO	KUU	KJC	KJP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UCH	ORTR	MKG	NUKT	STR	AGR	RNS	PAL	PSO-E	PSO-K	gesamt
16			33			0		54	25				6																134
0			29			0		36	20				6																93
0			4			0		4					2																10

Intensivpflegebereich

GEM/DB	AN/INT	NEO	KUU	KJC	KJP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UCH	ORTR	MKG	NUKT	STR	AGR	RNS	PAL	PSO-E	PSO-K	gesamt
6						0																							6
4						0																							4
2						0																							6
0						0		0	6	0																			12
0						0		0	4	0																			10

Intramurale Gesamtdarstellung

GEM/DB	INT	NEO	KUU	KJC	KJP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UCH	ORTR	MKG	NUKT	STR	AGR	RNS	PAL	PSO-E	PSO-K	gesamt
16			33			0		54	25				6																124
16			33			0		54	25				6																22
2			4			0		4					0																146
0			4			0		4					0																16
0			25			0		36	6	0			6																93
2			29			0		40	20	0			16																119

Leistungsstandorte

TCH	GCH	KAR	ONK	BRZ	NUKT	NEP	GH	KUU	TR	NEUSZ	NChA	ZMG	TXC	HCH	HKLE	KSZT	Module in NEU
																	SU
																	AN/B
																	AN/B/C

Größgeräte exkl. Funktionsgeräte

CT	MR	COR	STR	ECT	PET
1					
1					
1					

Diplyse-Einheiten

Plätze	Schichten ¹
IST 2017	
P LAN 2025	

¹ Schichten/Woche

Anmerkungen
 GEM/DB: PLAN 2025 inklusive 2 ambu P für ZAE
 INT: umfasst alle INT-E, INT-K sowie Herzbelebungsst. NEO
 NEO: umfasst alle stationäre Intensivbetten
 CH: vorwiegend als Wochenklinik zu führen
 GYN: vorwiegend als Wochenklinik zu führen

REZ/Leistungsstandorte (URVP/Spzialzentren/Modul)

URVP	Module in NEU
	SU
	AN/B
	AN/B/C

"RSG-Planungsmatrix" für K104 - LKH Güssing in VR 12

KA-Typ: STKA

Farblegende: optionale Angabe Legende: nicht vorgesehen

Spitalsambulanz	ZAE	ANI/INT	KUU	KUC	KJP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UCH	ORTR	MKG	NUKT	STR	AGR	RNS	PAL	PSOE	PCSK-KJ	gesamt
ambulante Betreuung/Spitzer Plan 2025	7/24	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA
	2								2																				8

stationärer Bereich	GEM/IDB	INT	NEO	KUU	KUC	KJP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UCH	ORTR	MKG	NUKT	STR	AGR	RNS	PAL	PSOE	PCSK-KJ	gesamt
Normalpflegebereich	18			39		39	3				4										20									123
IST-Stand tatsächliche Betten 2017																														0
davon TK-Plätze 2017																														25
PLAN-Betten 2025	18			28		28					0										18									85
davon TK-Plätze 2025				1		1					0										2									3
Organisationsformen PLAN 2025	ABT			ABT		ABT															ABT									DEP
Intensivpflegebereich	6			0		0					0																			6
IST-Stand tatsächliche Betten ICU 2017																														4
PLAN-Betten ICU 2025	4			0		0					0																			4
IST-Stand tatsächliche Betten IMCU 2017																														4
PLAN-Betten IMCU 2025	2			4		4					0																			6
IST-Stand tatsächliche Betten Intensiv gesamt 2017	0			0		0					0										0									10
PLAN-Betten Intensiv gesamt 2025	0			0		0					0										0									10

Intramurale Gesamtdarstellung	GEM/IDB	INT	NEO	KUU	KUC	KJP	CH	NCH	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UCH	ORTR	MKG	NUKT	STR	AGR	RNS	PAL	PSOE	PCSK-KJ	gesamt
IST-Stand vorläufige Betten 2017	0			39		39	3				4										20									108
TK-Plätze 2017																														25
Intramurale IST-Kapazitäten gesamt 2017	18			39		39	3				4										20									133
ambulante Betreuungsplätze Plan 2025	2			0		0					0										0									8
TK-Plätze 2025	0			1		1					0										2									3
vollstationäre PLAN-Betten 2025	0			14		14					28										16									92
Intramurale PLAN-Kapazitäten gesamt 2025	2			15		15					30										18									103

Anmerkungen
 GEM/IDB: PLAN 2025 inklusive 2 ambul. für ZAE
 INT: umfasst alle INT-, INT-KJ sowie Herzbeobachtung inkl. NEO
 CH: vorwiegend als Wochenklinik zu führen
 OR: prä- und postoperative Ambulanz
 Leistungserbringung in Abstimmung mit der
 Mutterabteilung OR/TR am LKH Oberwart

RFZ/Versorgungsstufe im OR/VP/Spezialzentrum/Module	TCH	GCH	KAR	ONK	BRZ	NUKT	NEP	GH	KUU	TR	NEUSZ	NCHA	ZMG	TXC	HCH	KHZ	KJONIK	BRA	KBRA	SZT	KSZT	HKLE	SU	ANB/B	ANB/C	Module in NEU
Leistungsstandorte	A	AP																								
IST-Stand Versorgungsstufe 2017																										
Versorgungsstufe PLAN 2025																										
IST-Stand tatsächliche Betten 2017																										
PLAN-Betten 2025 (je nach eigener Struktur)																										

Großgeräte exkl. Funktionsgeräte	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG (Geräte IST-Stand 31.12.2015)	1	0				
GGF (Vorbestände Gerätestand 2025)	1	1				
PLAN 2025	1	1				

Dalye-Einheiten	Plätze	Schichten¹
IST 2017		
PLAN 2025		

¹Schichten/Woche

