

RSG Tirol – ambulantes Modul

Beschlussdokument Sitzung der Gesundheitsplattform des Tiroler Gesundheitsfonds
vom 10. Dezember 2012

Inhaltsverzeichnis

A.	Präambel.....	1
B.	Einleitung.....	1
B.1.	Rechtliche Grundlagen	1
B.2.	Zielsetzung und Projektauftrag	2
C.	Datengrundlagen und Methoden für die	3
C.1.	Ärztliche Versorgung	3
C.2.	Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten.....	6
D.	Ergebnisse	8
D.1.	Ärztliche Versorgung - Bedarfsanalyse.....	8
D.2.	Nichtärztliche Gesundheitsberufe - Bedarfsanalyse	9
D.3.	Neue bzw. bedarfsgerechte Organisations- bzw. Kooperationsformen für den ärztlichen bzw. therapeutischen Bereich.....	10
D.4.	Psychische Gesundheit - Bedarfsanalyse	12
D.5.	Ambulante Rehabilitation	14
D.6.	Medizinisch-technische Großgeräte - Bedarfsanalyse	16
D.7.	Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen/med. Hauskrankenpflege	17
D.8.	Notärztliche Versorgung.....	17
D.9.	Zusammenarbeit und Nahtstellenmanagement	18
Anhang	20

Abkürzungsverzeichnis

ÄAVE	ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ÄK	Ärztelkammer
AM	Facharzt für Allgemeinmedizin
Amb.	Ambulant
A.Ö.	Allgemein öffentlich
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
Art	Artikel
AU	Facharzt für Augenheilkunde
Ausg.	Ausgenommen
BD	Bundesdurchschnitt
BDoW	Bundesdurchschnitt ohne Wien
bez.	Bezüglich
BKH	Bezirkskrankenhaus
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Bspw.	Beispielsweise
BVA	Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteter
bzw.	Beziehungsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CH	Facharzt für Chirurgie
COR	Herzkatheter-Arbeitsplatz
CT	Computertomographiegerät
DER	Facharzt für Dermatologie
DF	Demographie-Faktor
EAPF	Ein-/Auspendler-Faktor inkl. Tourismusfaktor
ECT-CT	Emissions-Computer-Tomographiegerät
EVQ	Eigenversorgungsquote
ff	und der, die folgenden
FQH	Frequenzhäufigkeit
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GGH	Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
GGP	Großgeräteplan
GIS	Geografisches Informationssystem
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und PlanungsgesellschaftmbH
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HKP	Hauskrankenpflege
HNO	Facharzt für Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde
HVSVT	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
inkl.	inklusive
insb.	insbesondere
IM	Facharzt für Innere Medizin
Kap.	Kapitel
Kdok	Krankenanstalten-Dokumentation (Software)
KI	Facharzt für Kinderheilkunde
KJP	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

KUF	Kranken- und Unfallfürsorge
KV	Krankenversicherung
LD	Landesdurchschnitt
LGBL	Landesgesetzblatt
MHKP	Medizinische Hauskrankenpflege
Mio.	Million
mbH	mit beschränkter Haftung
MR	Magnetresonanz-Tomographiegerät
MTD	Medizinisch technischer Dienst
NEF	Notarzteinsetzungsfahrzeug
NEU	Facharzt für Neurologie
Nr.	Nummer
NSM	Nahtstellenmanagement
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OR	Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PET-CT	Positronen-Emissions-Tomographiegerät
PIK	PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung
PSY	Facharzt für Psychiatrie
PUL	Facharzt für Pulmologie
rd.	rund
Reha	Rehabilitation
RSG	Regionalen Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
STR	Strahlen-bzw. Hochvolttherapiegerät
Tab.	Tabelle
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
TILAK	Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH
u.a.	unter anderem
UC	Facharzt für Unfallchirurgie
UR	Facharzt für Urologie
usw.	und so weiter
v.a.	vor allem
VD	Versorgungsdichte
vgl.	vergleiche
VR	Versorgungsregion
VZÄ	Vollzeitäquivalent
zielbez.	zielbezogen
ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
z.T.	zum Teil

A. Präambel

Ende August 2010 beauftragte das Land Tirol gemeinsam mit der Tiroler Gebietskrankenkasse in Einvernehmen mit weiteren Krankenversicherungsträgern und Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtungen die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH (GÖ FP), erstmals einen Regionalen Strukturplan Gesundheit für Tirol für den ambulanten (spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich (RSG Tirol – Amb. Modul) zu erstellen. Der „Österreichischen Strukturplan Gesundheit“ (zurzeit ÖSG 2010) bildet dabei die verbindliche Rahmenplanung für den „RSG Tirol – Ambulantes Modul“. Mit dem Regionalen Strukturplan Tirol – Ambulantes Modul wird die Vision verfolgt, innerhalb des Zeithorizontes bis 2020

- » eine möglichst qualitätsvolle, gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch einer gesamtwirtschaftlich effiziente, medizinisch adäquate und vor allem patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten;
- » eine rasche, lückenlose sowie medizinisch und ökonomisch sinnvolle Behandlungskette für die Patientinnen und Patienten, unter Einbeziehung der Erfahrungen aus einschlägigen Reformpoolprojekten auf Tiroler Ebene zu gewährleisten;
- » die aktuellen regionalen Versorgungsdichten und Versorgungswirksamkeiten auf Ebene der Bezirke (wo sinnvoll möglich), Versorgungsregionen und des Bundeslandes darzustellen und die regionalen Abweichungen der Versorgungsdichte von geeigneten Referenzwerten unter Berücksichtigung des Pendlerverhaltens insbesondere von Grenzgängern (innerstaatliche Ländergrenzen und Staatsgrenzen) und des Tourismusfaktors zu analysieren;
- » Vorschläge zur Optimierung der ambulanten Akutversorgung unter Berücksichtigung von Verlagerungspotenzialen und zur Behebung regionaler Defizite sowie zur Lösung regional bedingter Probleme zu erarbeiten und
- » die Beziehungen zwischen den Versorgungseinrichtungen innerhalb der und zwischen den Sektoren (Koordination, Kooperation, Kommunikation und Vermeidung von Doppelgleisigkeiten, u. a. durch Entwicklung neuer Strukturmodelle im ambulanten und stationären Sektor) zu verbessern.

B. Einleitung

B.1. Rechtliche Grundlagen

Nach Artikel 20 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Laufzeit 2008 bis 2013 hat jedes österreichische Bundesland auf Basis des jeweils gültigen österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) einen Regionalen Strukturplan Gesundheit als integrativen Gesamtplan für die Gesundheit des jeweiligen Bundeslandes zu erstellen. Gemäß Artikel 4 dieser Vereinbarung stellt der ÖSG die verbindliche Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene (RSG) „im stationären, ambulanten, Rehabilitations- und an den Nahtstellen zum Pflegebereich dar“.

Gemäß Artikel 3 dieser Vereinbarung umfasst die integrierte Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche:

- » Stationärer Bereich (Akutkrankenanstalten)
- » Ambulanter Bereich (Spitalsambulanzen, Ambulatorien, niedergelassener Bereich)
- » Rehabilitationsbereich (stationär & ambulant)
- » Pflegebereich (soweit für das Nahtstellenmanagement von Bedeutung).

In Tirol wird der Regionale Strukturplan Gesundheit in drei Planungsmodulen erarbeitet. Modul I umfasst die stationäre Versorgung, Modul II die ambulante Versorgung und Modul III die Zusammenarbeit und das Nahtstellenmanagement. Das Modul I wurde bereits erarbeitet und ist im Tiroler Krankenanstaltenplan 2009 umgesetzt.

Die ARGE Land Tirol/Tiroler Gebietskrankenkasse hat im August 2010 die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH (GÖ FP) mit der Erarbeitung des Moduls II „Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Tirol - Ambulantes Modul“ beauftragt.

B.2. Zielsetzung und Projektauftrag

Ziel des RSG Tirol – Ambulantes Modul ist die Festlegung von mit dem Land Tirol/Tiroler Gesundheitsfonds und den sozialen Krankenversicherungsträgern abgestimmten Planungsempfehlungen als Voraussetzung für eine qualitätsvolle, gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, medizinisch adäquate sowie bedarfs- und patienten-/patientinnenorientierte aber auch gesamtwirtschaftlich effiziente Gesundheitsversorgung der Tiroler Bevölkerung.

Im Sinne eines integrierten ambulanten Gesundheitsplanes sind folgende Bereiche als Projektinhalte festgelegt:

- » ambulante allgemeinmedizinische Versorgung
- » ambulante fachärztliche Versorgung
- » Versorgung mit nichtärztlichen Gesundheitsanbietern
- » Organisation der notärztlichen Versorgung
- » ambulante Versorgung mit medizinisch technischen Großgeräten
- » ambulante Rehabilitation
- » medizinische Hauskrankenpflege und Hauskrankenpflege (soweit im Rahmen des Nahtstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung).

Der Projektauftrag umfasst dabei in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden Daten und Informationen

- » die Darstellung der aktuellen Versorgungsdichten und Versorgungswirksamkeiten auf Ebene der Bezirke (wo sinnvoll möglich), Versorgungsregionen und des Bundeslandes,
- » die Analyse regionaler Abweichungen der Versorgungsdichten von geeigneten Referenzwerten unter Berücksichtigung des Pendlerverhaltens und des Tourismusfaktors.

C. Datengrundlagen und Methoden

C.1. Ärztliche Versorgung

Datengrundlagen und Indikatoren

Zur Darstellung des IST-Standes an ambulanten ärztlichen Versorgungskapazitäten wurde hauptsächlich das bundesweit einheitlich verfügbare Werkzeug „Regiomed“ des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger verwendet. Das für die Erstellung der Bestandsanalyse aktuell verfügbare Berichtsjahr von Regiomed war das Jahr 2008. In Regiomed wird die Versorgungswirksamkeit der Ärztinnen und Ärzte im Sinne von ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) eingeschätzt. Damit kann für die meisten Fachrichtungen der Indikator „Versorgungsdichte“ pro Region mit ÄAVE (nicht „Köpfe“!) pro Einwohner dargestellt und in einen österreichweiten Vergleich gesetzt werden. Enthalten sind in Regiomed niedergelassene Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, niedergelassene Wahlärztinnen/Wahlärzte, Ärztinnen und Ärzte in Spitalsambulanzen für ambulante Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte in Kassenambulatorien und Ärztinnen und Ärzte in Instituten, die mit den sozialen Krankenversicherungsträgern abgerechnet haben (keine Berücksichtigung von „reinen Selbstzahlern“).

Zur Analyse der ärztlichen Inanspruchnahmen wurde ebenfalls das Jahr 2008 als Basisjahr herangezogen und von Seiten des Tiroler Gesundheitsfonds, der TGKK sowie von den bundesweiten Sozialversicherungsträgern die fachrichtungsspezifischen Arzt-Patienten-Frequenzen und Erstkontakte nach Alter, Geschlecht und Wohnort der Patientin/des Patienten und nach dem Ort der Leistungserbringung Daten auf Basis eines sektorenübergreifend einheitlichen Datensatzes zur Verfügung gestellt.

Dabei richtete sich der Fokus

- » zum einen auf die im Bundesland Tirol (bez. der jeweiligen Region) verursachten Arzt-Patienten-Frequenzen an Patientinnen und Patienten beliebiger Herkunft (zielbezogene Betrachtung),
- » und zum anderen auf die von Tirolerinnen und Tirolern (bzw. von den jeweiligen Regionseinwohner/-innen) verursachten Arzt-Patienten-Frequenzen (quellbezogene Betrachtung).

Der relevante Indikator ist hier die „Frequenzhäufigkeit“ (Frequenzen pro Einwohner/-in). Da keine österreichweit flächendeckenden Zahlen vorliegen, ist bei quellbezogenen Auswertungen zu beachten, dass hier keine absolute Vollständigkeit (insb. in Grenzgebieten) gegeben ist und keine österreichweiten Vergleiche möglich sind.

Planungsmethode

Die Bedarfsschätzungen im ambulanten Bereich beruhen grundsätzlich auf einem mehrstufigen Modell, wobei der gesamte ambulante Bereich (Spitalsambulanzen, niedergelassene Vertrags- und Wahlärzte, Ambulatorien und Institute) gemeinsam betrachtet wird. In einem ersten Schritt wird jener Bedarf an ÄAVE je Fachrichtung und Bezirk ermittelt, der sich ergeben würde, wenn man dieselbe Versorgungsdichte annehmen würde, wie sie im Jahr 2008 im Bundesdurchschnitt ohne Wien gegeben war.

Danach werden zur Ermittlung der idealtypischen Planungsergebnisse für das Jahr 2020 schrittweise die weiteren **regionalspezifischen Einflussgrößen**

- » Ein-/Auspendler-Faktor (EAPF) (inkl. Tourismusfaktor)
- » Kranken- und Unfallfürsorge-Faktor (KUF-Faktor) und
- » Demografie-Faktor (DF)

in die Bedarfsschätzung einbezogen.

Ein-/Auspendler-Faktor (EAPF) inkl. Tourismusfaktor

Ausgehend von der Datenbasis 2008 über die tatsächlichen Patientenströme wird das jeweilige regionspezifische Wanderungssaldo (Einpendlerfrequenzen minus Auspendlerfrequenzen) ermittelt.

Als Einpendlerfrequenzen gelten dabei jene Frequenzen, die von den Leistungserbringern einer Region an Personen erbracht werden, die nicht in derselben Region wohnhaft sind. Hier fließen also auch jene Frequenzen ein, die an Touristen aus dem In- und Ausland erbracht werden.

Als Auspendlerfrequenzen gelten hingegen jene Frequenzen, die von den Bewohnern der betrachteten Region bei einem nicht in derselben Region ansässigen Leistungserbringer in Anspruch genommen wurden. Da keine vollständigen bundesweiten Daten zur Inanspruchnahme zur Verfügung stehen, ist davon auszugehen, dass dieser Wert rechnerisch unterschätzt wird.

Der so errechnete „Wanderungssaldo“ gibt im Falle eines positiven Wertes jene Menge an Frequenzen an, die die Leistungserbringer in der Region zusätzlich zu den seitens der einheimischen Bevölkerung verursachten Frequenzen zu erbringen haben. Ausgehend von der durchschnittlichen Menge an Frequenzen, die ein ÄAVE der jeweiligen Fachrichtung in Tirol im Jahr 2008 erbracht hat, wird sodann jene Menge an ÄAVE errechnet, die in der betrachteten Region zusätzlich erforderlich ist. Im Falle eines negativen Saldos werden die Frequenzmenge und damit auch die Menge an erforderlichen ÄAVE entsprechend reduziert.

KUF-Faktor

Für die Berechnung des KUF-Faktors wird von der Experteneinschätzung ausgegangen, dass das Gesamtvolumen der KUF-Frequenzen in Tirol 20 Prozent der Frequenzen der BVA ausmacht. Die regionale Verteilung der so geschätzten fachrichtungsspezifischen Gesamtfrequenz-Werte erfolgt anhand der tatsächlichen regionalen Verteilung der gemeldeten fachrichtungsspezifischen KUF-Honorarsummen. Da sich diese Angaben allerdings auf den Wohnort der Patienten beziehen und nicht auf den Standort des Leistungserbringers, wird bei

dieser Vorgehensweise implizit angenommen, dass die Frequenzen von den Patienten direkt an ihrem Wohnort in Anspruch genommen werden.

Demografie-Faktor (DF)

Als Datenquelle für die Berechnung des DF dienen die regionalen fachrichtungs-, alters- und geschlechtsspezifischen Daten zur Inanspruchnahme (Frequenzen) sowie die Angaben der Statistik Austria zu Bevölkerungsstand und Bevölkerungsprognose auf Bezirksebene.

Die Inanspruchnahmequoten werden auf die für 2020 prognostizierte Bevölkerung umgelegt. Stellt man nun die tatsächlich in einer Region beobachteten Frequenzen aus dem Jahr 2008 den geschätzten Frequenzzahlen für 2020 gegenüber, so erhält man einen prozentuellen Demografie-Faktor, der in weiterer Folge in die Schätzung der idealtypisch erforderlichen ÄAVE einfließt.

Mit dieser Vorgehensweise wird sowohl den regional unterschiedlichen Altersstrukturen und Bevölkerungsentwicklungen Rechnung getragen, als auch auf bestehende epidemiologische Unterschiede Rücksicht genommen.

Idealtypische Soll-Planungsergebnisse

Die Berücksichtigung der vorgenannten regionalspezifischen Parameter führt zu entsprechenden Erhöhungen bzw. Verringerungen der im ersten Schritt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ohne Wien ermittelten ÄAVE und mündet in idealtypische Soll-Planungsergebnisse für 2020 im gesamten ambulanten Bereich.

Der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird aufgrund seiner derzeit noch speziellen Situation zur Gänze (allgemeine Information, Ist-Stand, Planungsmethode und -ergebnisse) gemeinsam mit dem Bereich Erwachsenenpsychiatrie im Kapitel D.4. „Psychische Gesundheit“ dargestellt.

Dämpfungsfaktor

Die idealtypischen Soll-Planungsergebnisse bildeten die Grundlage für den darauffolgenden Schritt der „Feinjustierung“, bei dem zunächst die Ergebnisse aus den Regionalkonferenzen (regionsspezifische „soft facts“) einbezogen wurden und die Bedarfsabschätzungen in einem weiteren Abstimmungsprozess zwischen dem Land Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse mit einem fachspezifischen Faktor („Dämpfungsfaktor“) des jeweiligen Demografiefaktors gedämpft wurden.

Dieser Dämpfungsfaktor lässt sich insbesondere dadurch begründen, dass die Annahme, dass der Bedarf ceteris paribus mit der demografischen Entwicklung steigt, vermutlich nicht in vollem Umfang gerechtfertigt ist.

Versorgungsmatrix

Unter Berücksichtigung bekannter Spezifika, nämlich

- » die bestehende Substitutionsbeziehungen zwischen den Fachrichtungen AM/ IM/KI und OR/UC in Innsbruck Stadt
- » Besonderheiten im Inanspruchnahmeverhalten der Tiroler Bevölkerung und die damit eng verbundene
- » massive Mitversorgungswirkung der Stadt Innsbruck für die anderen Versorgungsregionen und die
- » Sondersituation der Ambulanzen an der Universitätsklinik Innsbruck mit einer hohen Anzahl an ÄAVE, die nicht nur in der Patientenversorgung tätig sind, sondern auch der Wissenschaft/Forschung zuzurechnen wären („klinischer Mehraufwand“),

wurde für die in der Versorgungsmatrix dokumentierte Kapazitätsplanung die Annahme getroffen, dass alle Fachrichtungen in Innsbruck Stadt am derzeitigen Stand verbleiben. Weiters können folgende Argumente dafür ins Treffen geführt werden:

- » Bestehende Kassenverträge (Einzelverträge) sind nicht durch KV-Träger kündbar und können nur durch freiwillige Zurücklegung bzw. bei Erreichen der Altersgrenze beendet werden;
- » Kassenstellenpläne sind grundsätzlich nur über Verhandlungen der Gesamtvertragspartner anpassbar; die im Rahmen der gesetzlich verankerten dynamischen Stellenplanung eröffnete Möglichkeit, ohne Einvernehmen mit der ÄK eine Planstelle nicht mehr nach zu besetzen, wird durch das vermutlich daraus resultierende langjährige Schiedsverfahren zwischen den Gesamtvertragsparteien erschwert.

C.2. Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten

Datengrundlagen und Indikatoren

Als Großgeräte im Sinne des ÖSG 2010 gelten Computertomographiegeräte (CT), Magnetresonanztomographiegeräte (MR), coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze) (COR), Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR; Linear- und Kreisbeschleuniger, Telekobalttherapiegeräte, Gamma-Knife), Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT) und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT).

Der Großgeräteplan (GGP) im Rahmen des „RSG Tirol – Ambulantes Modul“ enthält die Planung der Gesamtanzahl von CT, MR und ECT im intra- und extramuralen Bereich (inkl. Rehabilitationszentren). Dabei werden für den intramuralen Sektor grundsätzlich die Aussagen des RSG Tirol – Stationäres Modul übernommen; für den extramuralen Sektor werden Planungsempfehlungen in Bezug auf die maximale Anzahl an Großgeräten unter §-2-Kassenverträgen getroffen, wobei festzuhalten ist, dass die Großgeräte-kategorien COR, STR und PET gemäß ÖSG 2010 ausschließlich im intramuralen Bereich zu betreiben sind.

Als Datengrundlage herangezogen wurden die bei der GÖ FP vorliegenden Großgerätedaten 2004–2009 (BMG, KDok) für den intramuralen Sektor, für den extramuralen Sektor Daten aus GÖG/ÖBIG-Großgeräteerhebung im extramuralen Bereich per 31. 12. 2009 (durchgeführt gemeinsam mit HVSVT) sowie regional vorliegende Informationen.

Planungsmethode

Zur Berechnung des Großgerätebedarfes werden pro Großgerät Einwohnerrichtwerte (Sollbereiche zur Anzahl der Einwohner/innen je Großgerät) und Erreichbarkeitsrichtwerte herangezogen, wobei die bestehenden bzw. geplanten Großgeräte sowohl im intramuralen wie auch im extramuralen Bereich berücksichtigt werden. Bereits bestehende Einrichtungen werden im Zuge der Erarbeitung der Empfehlungen einbezogen.

Tabelle 1:
Großgeräteplanung – Planungsrichtwerte

Gerätegruppe/Verfahren	Erreichbarkeit (in Minuten)	Einwohnerrichtwerte (Bereiche)
Computertomographie (CT)	30	30.000–50.000
Magnetresonanz–Tomographie (MR)	60	70.000–90.000
Coronarangiographie (COR)	60	200.000–300.000
Strahlentherapie (STR)	90	100.000–140.000
Emissions–Computer–Tomographie (ECT) bzw. ECT–CT	45	80.000–100.000
Positronen–Emissions–Tomographie (PET) bzw. PET–CT	60	300.000–400.000

Hinsichtlich der Großgerätekatgorie MR ist darauf hinzuweisen, dass gemäß Beschlusslage der Bundesgesundheitskommission vom 29.6.2012 MR-Geräte unabhängig von ihrer Feldstärke ab 1.7.2012 als Großgeräte im Sinne des GGP gelten, wobei die zum Stichtag 1.7.2012 bereits bestehenden MR-Geräte mit einer Feldstärke < 1 Tesla bzw. jene Geräte < 1 Tesla, für die zum Zeitpunkt 1.7.2012 bereits ein krankenanstaltenrechtliches Bewilligungsverfahren anhängig ist und in weiterer Folge positiv abgeschlossen wird, von dieser Regelung nicht betroffen und im Großgeräteplan (IST-Stand) mittels Fußnoten auszuweisen sind.

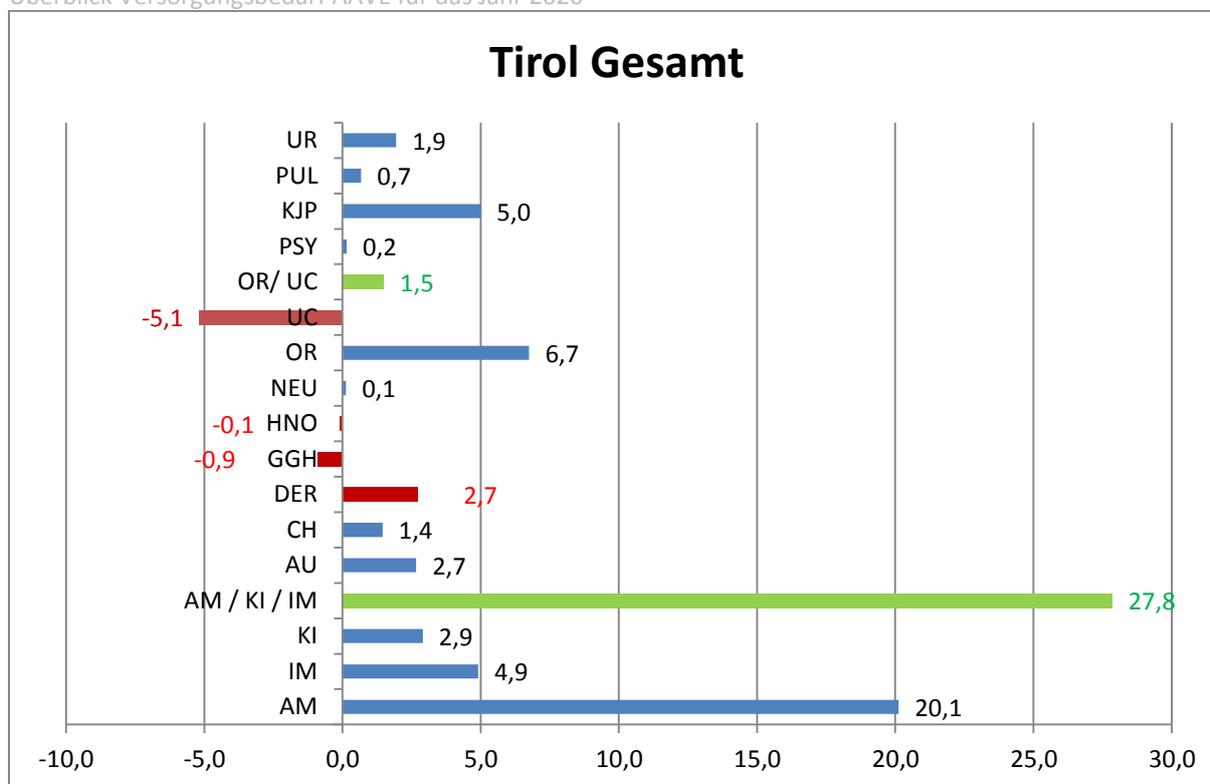
D. Ergebnisse

D.1. Ärztliche Versorgung - Bedarfsanalyse

Für die zu planenden Fachrichtungen ergibt sich für Tirol für das Jahr 2020 ein Bedarf von insgesamt 878,6 ÄAVE im gesamten ambulanten Bereich. Darin enthalten ist die im Bereich KJP geplante Einrichtung von 5 ÄAVE. Das entspricht gegenüber dem Stand 2008 einer Aufstockung um insgesamt 43,2 ÄAVE oder 5,17 Prozent.

Die fachspezifische Verteilung des Mehr- bzw. Minderbedarfs ist untenstehender [Tabelle 1](#) entnehmbar:

Tabelle 2:
Überblick Versorgungsbedarf ÄAVE für das Jahr 2020



Detaillierten Daten hinsichtlich des Versorgungsbedarfs in den Regionen und Bezirken sind auch der [Tabelle 3](#) im Anhang zu entnehmen.

Zusammenfassend betrachtet ist für das Bundesland Tirol festzuhalten, dass ein erhöhter Versorgungsbedarf für das Jahr 2020 schwerpunktmäßig in folgenden Fachbereichen und Regionen/Bezirken feststellbar ist:

- » AM: Für die allgemeinmedizinische ambulante Versorgung ergibt sich landesweit ein geschätzter Mehrbedarf von insgesamt 20,1 ÄAVE, wobei insbesondere die VR Tirol-Zentralraum (+ 10,7 ÄAVE) bzw. die Bezirke Innsbruck-Land (+ 7,4 ÄAVE) und Schwaz (+3,3 ÄAVE) von den Aufstockungen betroffen sind.

- » OR/UC: Für das Land Tirol ergibt sich im Fachbereich OR ein geschätzter Aufstockungsbedarf von 6,7 ÄAVE. Dieser verteilt sich im Wesentlichen auf die Bezirke Kufstein (+ 2,4 ÄAVE), Innsbruck-Land (+ 1,3 ÄAVE), Schwaz (+ 1,5 ÄAVE) sowie Reutte (+ 0,9 ÄAVE). Dagegen ergibt sich für Tirol im Fachbereich UC eine deutliche Reduktion von - 5,2 ÄAVE, die auf den Minderbedarf in den Bezirken Kufstein (- 2,2 ÄAVE), Schwaz (- 1,7 ÄAVE) und die Bezirke Imst/Landeck zurückzuführen ist.
- » IM: Für das Land Tirol ergibt sich ein geschätzter Mehrbedarf von 4,9 ÄAVE. Mit Ausnahme des Bezirks Innsbruck-Stadt (Ist-Stand bleibt unverändert) ist in allen Bezirken ein Mehrbedarf zwischen 0,3 ÄAVE (Bezirk Reutte) und 1,1 ÄAVE (Bezirk Kufstein) feststellbar.
- » PSY/KJP: Für die (Erwachsenen- bzw. Kinder-) psychiatrische ambulante Versorgung ergibt sich tirolweit ein geschätzter Mehrbedarf von 5,2 ÄAVE. Ausführliche Beschreibungen hinsichtlich des Versorgungsbedarfs in den jeweiligen Fächern bzw. in den Regionen ergeben sich aus dem Kapitel D.4.
- » KI: Tirolweit ergibt sich ein geschätzter Aufstockungsbedarf von 2,9 ÄAVE, der aus den positiven Bedarfsabschätzungen für die Bezirke Kufstein (+ 2,0 ÄAVE), Schwaz (+ 1,5 ÄAVE) und Imst (+ 1,0 ÄAVE) resultiert.
- » AU: Für das Land Tirol ergibt sich im Bereich der augenärztlichen ambulanten Versorgung ein geschätzter Mehrbedarf von 2,7 ÄAVE. Am deutlichsten ausgeprägt ist der Bedarf für eine Aufstockung in den Bezirken Imst/Landeck (+ 0,9 ÄAVE) bzw. Innsbruck-Land (+ 0,5 ÄAVE).
- » DER: Für das Land Tirol ergibt sich ein geschätzter Mehrbedarf von 2,7 ÄAVE, der im Wesentlichen aus den positiven Bedarfsschätzungen für die VR Tirol-Nordost (Bezirke Kufstein + 1,4 ÄAVE, Bezirk Kitzbühel + 0,6 ÄAVE) und für die Bezirke Imst/Landeck von + 0,5 ÄAVE resultiert.
- » URO: Im urologischen Fachbereich ergibt sich für das Land Tirol ein geschätzter Aufstockungsbedarf von 1,9 ÄAVE. Am stärksten ausgeprägt ist dabei der Mehrbedarf in den VR Tirol-Zentralraum (+ 0,9 ÄAVE) und Tirol-Nordost (0,8 ÄAVE) bzw. im Bezirk Schwaz (+ 0,6 ÄAVE).

D.2. Nichtärztliche Gesundheitsberufe - Bedarfsanalyse

Die Datenlage ist im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht so stark eingeschränkt, dass keine mengenmäßige Planung in diesem Versorgungsbereich möglich ist. Mit Ausnahme der berufsberechtigten Personen der Berufsgruppen Klinische Psychologie und Psychotherapie sind nämlich keine bundesweiten Daten in diesem Versorgungssegment verfügbar, weshalb keine Vergleiche mit dem Bundesdurchschnitt angestellt werden können. Zudem können anhand der vorliegenden Daten keine Aussagen über das Ausmaß der beruflichen Tätigkeit sowie über die verfügbaren Kapazi-

täten der in diesen Berufen arbeitenden Personen getroffen werden. Allerdings wurde in den Regionalkonferenzen eine engere und institutionalisierte Verzahnung der nichtärztlichen Versorgung mit der ärztlichen Versorgung und der Pflege angeregt und folgende Versorgungsdefizite aufgezeigt:

VR Tirol West

In der VR Tirol-West wurde ein Mangel an psychotherapeutischen, klinisch-psychologischen, physiotherapeutischen sowie logopädischen Angeboten geortet.

VR Tirol Nord-Ost

In der Regionalkonferenz der VR Tirol-Nordost wurde im Bereich Logopädie und Ergotherapie Aufstockungsbedarf geäußert.

VR Osttirol

In der Regionalkonferenz der VR Osttirol wurde Versorgungsdefizite in den Bereichen Ergo- und Logo-, Physio- und Psychotherapie thematisiert.

D.3. Neue bzw. bedarfsgerechte Organisations- bzw. Kooperationsformen für den ärztlichen bzw. therapeutischen Bereich

Der Zugang der Bevölkerung zum ambulanten Versorgungssystem ist gegenwärtig tendenziell von Wartezeiten, erschwerten Abend-, Wochenend- und Feiertagsverfügbarkeiten im niedergelassenen Bereich, erhöhten Beanspruchungen des spitalsambulanten Angebotes sowie ungenützten z.T. fachübergreifenden Bündelungsmöglichkeiten des Angebots gekennzeichnet.

Die sich daraus ergebenden Handlungsbedarfe verlangen mit der steigenden Nachfrage und dem zunehmenden Kostendruck nach innovativen Lösungen zur künftigen Gewährleistung einer effektiven und effizienten ambulanten ärztlichen Versorgung. Ziele dabei sind:

- » Entlastungen des stationären Bereichs zugunsten einer kostengünstigeren ambulanten Versorgung bei zumindest gleicher Behandlungsqualität,
- » Verbesserung des Zugangs (regional und tageszeitlich) zur ambulanten Versorgung,
- » Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität (fächerübergreifende Versorgung „unter einem Dach“, Auf- und Ausbau flächendeckender interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeitsformen; räumlich und organisatorisch konzentriertes Angebot von Leistungen [z.B. in Gruppenpraxen, Ambulanzen bzw. Gesundheitszentren]),
- » Steigerung von Effektivität und Effizienz der ambulanten Versorgungsstrukturen und die Gewährleistung einer regional ausgeglichenen Versorgung im Bundesland Tirol.

In den Regionalkonferenzen wurde von Seiten der Krankenhausvertreter/-innen eine allgemein zu hohe Beanspruchung der Spitalsambulanzen durch Patientinnen und Patienten beklagt, die auch im niedergelassenen Bereich behandelt werden könnten. Zurückgeführt wurde das vor allem auf nicht ausreichende oder zu wenig abgestimmte Öffnungszeiten im niedergelassenen ärztlichen Versorgungsbereich sowie auf das für Patientinnen und Patienten attraktivere fächerübergreifende Angebot in den Spitalsambulanzen.

Im Rahmen der Bestandsanalyse wurde, differenziert nach Fachrichtungen und Bezirken, eine Gegenüberstellung der spitalsambulanten Inanspruchnahmen nach Uhrzeiten und den gemeldeten Öffnungszeiten im niedergelassenen Bereich im jeweiligen Bezirk durchgeführt. Zum Teil konnten diese Vergleiche Hinweise auf die Bestätigung der in den Regionalkonferenzen angesprochenen Probleme liefern. Besonders auffallend waren dabei die Ergebnisse in den Bezirken Schwaz (IM), Landeck (IM) und Kufstein (KI, IM).

Aufbauend auf den diesbezüglichen Ergebnissen der Bestandsanalyse sollen – unter Einbindung des jeweiligen Krankenhauses und der niedergelassenen Ärzteschaft - Detailanalysen zur konkreten Situation vor Ort durchgeführt und gemeinsame Lösungsmöglichkeiten für eine verbesserte Abstimmung des zeitlichen und fächerübergreifenden Versorgungsangebotes entwickelt werden.

Dabei soll der **Einsatz neuer Kooperationsformen** (räumliche und organisatorische Konzentration der Leistungsangebote, Auf- und Ausbau flächendeckender interdisziplinärer und multiprofessioneller Zusammenarbeitsformen [z.B. in Gruppenpraxen, Ambulanzen bzw. Gesundheitszentren]) konzipiert und wenn möglich zunächst in Pilotprojekten erprobt und evaluiert werden. Insbesondere sollen sowohl in Bezug auf verlängerte Öffnungszeiten als auch in Bezug auf ein fächerübergreifendes ärztliches Versorgungsangebot folgende Kooperationsformen im niedergelassenen Bereich als Lösungsbeitrag angestrebt werden:

- » Schaffung der Möglichkeit zur gemeinsamen Vertragserfüllung im Rahmen eines gesamtvertraglich verankerten „**Vertrags-Sharing**“ zwischen zwei Ärztinnen/Ärzten; damit kann auch dem Wunsch der Ärzteschaft nach einer stärkeren Berücksichtigung der Work-Life-Balance nachgekommen werden;
- » Schaffung der Möglichkeit einer Praxisübergabe an den Stellennachfolger im Rahmen des Ärzte-Gesamtvertrages („Übergabep Praxis“), dies auch mit dem Ziel, die Kontinuität in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen;
- » Etablierung von Gruppenpraxen im Rahmen eines neuen Gruppenpraxen-Gesamtvertrages:

Durch die Schaffung von (fachgleichen oder interdisziplinären) Gruppenpraxen und die dadurch sich bietenden Vorteilen wie z.B.

- » Ermöglichung eines entsprechenden Angebots in den Abend- und Nachstundenstunden, an Freitag-Nachmittagen sowie während der Wochenenden und Feiertagen,
- » Entlastung der Ambulanzen des Spitalssektors und Stärkung des niedergelassenen Bereiches zu bestimmten Spitzenzeiten,
- » Erleichterung des Zuganges der Patienten zu medizinischen Leistungen durch Verkürzung der Wartezeiten, Wegstrecken (bei interdisziplinären Gruppenpraxen) und Verbesserung der durchgehenden Erreichbarkeit der Ordination durch längere Öffnungszeiten,
- » Ermöglichung flexiblerer Arbeitszeiten der innerhalb der Gruppenpraxis beteiligten Ärzte, wodurch dem Wunsch der Ärzteschaft nach Schaffung von Freiräumen zur Entwicklung einer erstrebenswerten Work-Life-Balance (gesteigerter Bedarf an Familien- und erholungszeitgerechten Arbeitszeiten) entsprochen und damit die Attraktivität des Berufes als niedergelassener Arzt insbesondere im ländlichen Raum gesteigert werden kann,
- » Hebung von Synergien im Bereich der technischen und personellen Infrastruktur,

- » Steigerung der Qualität durch die Erleichterung der Kommunikation der innerhalb der Gruppenpraxis beteiligten Ärzte und
- » Erzielen einer verbindlichen Vorgabe des Leistungsspektrums und der Versorgungsdeckung insbesondere im regionalen Bereich
- » Pilotmodelle zur interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit (räumliche und organisatorische Konzentration der Angebote)

kann die Zielsetzung des Strukturplans Gesundheit Tirol – Ambulantes Modul 2020, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der ambulanten ärztlichen Versorgung in Tirol nachhaltig sicherzustellen, wirksam unterstützt werden.

Ein weiteres mögliches Element für die Erreichung dieses Zieles stellt der im Jahr 2011 ins Leben gerufene allgemeinmedizinische Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst dar, der im Falle eines positiven Evaluierungsergebnisses sukzessive in allen Tiroler Regionen umgesetzt und fortgeführt werden soll. Ein besonderes Augenmerk soll auch auf die Beseitigung der bereits länger andauernden extramuralen Versorgungslücke in den Fachbereichen KI und OR im Bezirk Reutte gelegt werden. Dazu soll eine verstärkte Kooperation mit dem BKH Reutte bis hin zu Versorgung extramuralen Patienten durch das BKH Reutte angedacht bzw. im Rahmen eines Pilotprojekts geprüft werden.

Als innovativer Ansatz für eine neue Organisationform der ambulanten Versorgung dient auch der Vorschlag der Ärztekammer für Tirol, in der VR Tirol-Zentralraum eine Triagepraxis zur ambulanten Primärversorgung für Allgemeinmedizin einzurichten, die als erste Anlaufstelle eine Vorselektion der Patienten vornehmen soll und dadurch die Krankenhausambulanzen effektiv zu entlasten.

D.4. Psychische Gesundheit - Bedarfsanalyse

D.4.1. Psychiatrie

Tirol gesamt

Insgesamt ergibt sich für Tirol ein Bedarf für das Jahr 2020 von 34,70 ÄAVE, womit gegenüber dem Jahr 2008 eine geringfügige Aufstockung von 0,30 ÄAVE erforderlich ist.

Detailldaten hinsichtlich des Versorgungsbedarfs in den Regionen und Bezirken sind der Tabelle 2 im Anhang zu entnehmen.

Zusammenfassend betrachtet ist für das Bundesland Tirol festzuhalten, dass ein erhöhter Versorgungsbedarf für das Jahr 2020 schwerpunktmäßig in folgenden Fachbereichen und Regionen feststellbar ist:

VR Tirol Zentralraum

Aufgrund der Planungsprämisse, die Versorgung in Innsbruck Stadt in allen Fachgebieten und damit auch in der PSY unverändert zu belassen, wird der für Innsbruck Stadt ermittelte Ist-Stand 2008 von 22,70 ÄAVE beibehalten. Dadurch ergibt sich in der VR Tirol Zentralraum für

das Jahr 2020 ein geschätzter Bedarf von insgesamt 25,70 ÄAVE. Das ergibt gegenüber dem Stand von 2008 einen geringfügigen Abbau von 1,30 ÄAVE.

VR Tirol-West

Für die VR Tirol-West ergibt sich für das Jahr 2020 ein geschätzter Bedarf von 2,90 ÄAVE. Damit ist eine Aufstockung gegenüber dem Stand 2008 um 0,60 ÄAVE erforderlich.

VR Tirol-Nordost

Für die VR Tirol-Nordost ergibt sich für das Jahr 2020 ein geschätzter Bedarf von 4,50 ÄAVE. Gegenüber dem Stand 2008 bedeutet dies eine Aufstockung um 0,80 ÄAVE.

VR Osttirol

Für die VR Osttirol wurde der Bedarf für das Jahr 2020 von 1,60 ÄAVE ermittelt. Damit ist eine geringfügige Aufstockung gegenüber dem Stand 2008 um 0,20 ÄAVE erforderlich.

D.4.1.1 Exkurs Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

Im Zuge einer im Jahr 2004 am ÖBIG durchgeführten Studie zur „Planung Psychiatrie – Versorgungsstruktur Kinder- und Jugendpsychiatrie“ wurde auf die Einschätzung einer deutschen Expertengruppe Bezug genommen, die einen Richtwert von einer niedergelassenen Fachärztin / einem niedergelassenen Facharzt für KJP pro 200.000 bis 250.000 Einwohner vorgibt (ÖBIG 2004). Auch wenn dieser Richtwert nur bedingt für Österreich herangezogen werden kann, würde sich basierend auf der Annahme einer Kassenstelle je 200.000 EW für Tirol insgesamt ein Bedarf von größenordnungsmäßig rund vier KJP-Stellen ableiten. Davon wären zwei Stellen im Zentralraum einzurichten, je eine Stelle in der VR Tirol-West und in der VR Tirol-Nordost.

In den Regionalkonferenzen wurde in allen Bezirken ein Bedarf an Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie geäußert. Des Weiteren besteht ein Mangel an FachärztInnen für KJP in allen Versorgungsbereichen (ambulant und stationär). Daher erscheinen flexible, sektorübergreifende Versorgungsstrukturen erforderlich. Der Ausbau sollte schrittweise, beginnend mit einem entsprechend ausgestatteten KJP-Kompetenzzentrum, erfolgen. Im ambulanten Bereich ist auf nachfolgende Punkte Bedacht zu nehmen:

- » Mangelversorgung im Bereich der spitalsambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen, -psychosomatischen und –psychotherapeutischen Versorgung (Personalmangel und lange Wartezeiten)
- » Hoher Leidensdruck von Betroffenen in den Bezirken: wegen nicht vorhandenem Angebot gestaltet sich eine seriöse Bedarfsschätzung schwierig (keine statistische Erfassung)
- » Kriseninterventionen stellen eine große Herausforderung dar: Notwendigkeit von einheitlich erarbeiteten und realistischen Kriseninterventionsmechanismen (keine Improvisation)
- » KJP-Sprechstunden an peripheren Krankenanstalten als Instrument zur Triagierung von PatientInnen (wohnnortnahe Abklärung reduziert Druck auf höherschwellige Versorgungsangebote)
- » Weitere Stärkung der Vernetzung der Leistungserbringer und gegebenenfalls Einrichtung von Helferkonferenzen
- » Prüfung der Umsetzung eines „Caremanagementmodells“

- » Schaffung eines interdisziplinären unabhängigen Kompetenzzentrums zur Sicherstellung der dezentralen Versorgung (Diagnostik und Therapie)
- » Schaffung von regional ausgewogenen Angeboten im niedergelassenen Bereich
- » Adaptierung und Ausweitung des Modells Tirol für psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche.

D.4.2. Psychotherapie

Zwischen den einzelnen Versorgungsregionen in Tirol gibt es jedoch große regionale Unterschiede. Eine weit über dem BD liegende Versorgungsdichte (VD) weist die VR Tirol-Zentralraum auf, während in den drei anderen Versorgungsregionen deutlich unterdurchschnittliche Versorgungsdichten zu finden sind.

Die Datenlage ist allerdings auch in diesem Gesundheitsberuf sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht so stark eingeschränkt, dass keine mengenmäßige Planung in diesem Versorgungsbereich möglich ist.

D.4.3. Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie

Auch in diesem Bereich gibt es zwischen den einzelnen Versorgungsregionen große Unterschiede. Eine weit über dem BD liegende Versorgungsdichte weist wiederum wie auch bei den Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen die VR Tirol-Zentralraum auf, während in den drei anderen Versorgungsregionen deutlich unterdurchschnittliche Versorgungsdichten zu finden sind.

Die in diesem Bereich unzureichende Datenlage erschwert wiederum die Erhebung und Bewertung der vorhandenen regionalen Versorgungssituation erheblich und macht deshalb quantitative Planungen unmöglich.

Die Berufsgruppe der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen deckt sich nahezu vollständig mit jener der klinischen Psychologinnen und Psychologen, weshalb auf eine gesonderte Darstellung dieser Berufsgruppe verzichtet wird.

D.5. Ambulante Rehabilitation

Der Bereich ambulante Rehabilitation umfasst sowohl den ärztlichen als auch den nichtärztlichen Bereich (z.B. Logo-, Ergo- und Physiotherapie, aber auch Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit). Eine Betrachtung der derzeitigen Versorgung zeigt eine erhebliche regionale Unausgewogenheit. Der Bedarf wird nur teilweise gedeckt, und das Angebot ist nicht für alle Zielgruppen geeignet. Die zeitliche Verfügbarkeit ist eingeschränkt, und aufsuchende Dienste sind kaum verfügbar.

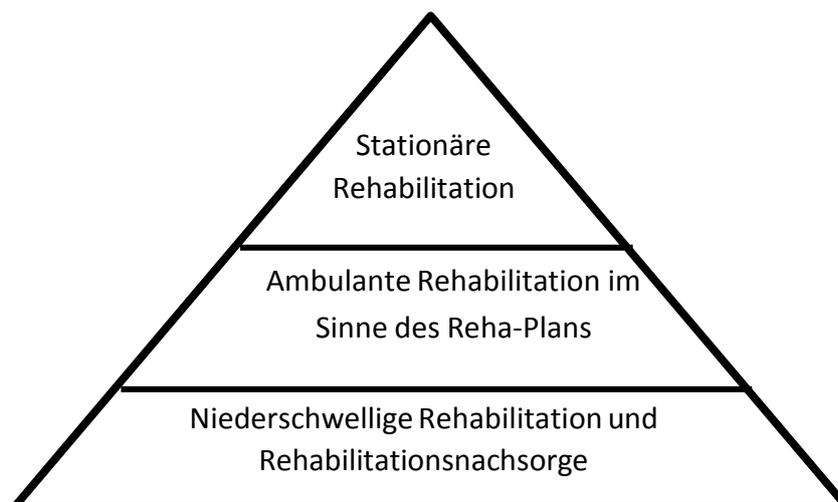
In wenigen Bereichen des Gesundheitswesens bestehen derartig unterschiedliche Sichtweisen zu Definition und Auftrag, wie in der ambulanten Rehabilitation. Die gesetzliche Definition der ambulanten Rehabilitation schränkt das Aufgabenfeld in Versorgungslandschaft stark ein. Die Bevölkerung und die PatientInnen erwarten sich ein Versorgungssystem, das alle Phasen der Rehabilitation erfasst. Die gesetzlichen Versorgungsaufträge bedingen Lücken im Rehabilitationsablauf.

Es ist festzustellen, dass ambulante Rehabilitation – in Ermangelung entsprechender Alternativen – in Tirol häufig im intramuralen Bereich stattfindet. In den Regionalkonferenzen wurde grundsätzlich ein Mangel im Bereich der therapeutischen Versorgung aufgezeigt; das derzeitige Sachleistungsangebot wird von der Bevölkerung als nicht ausreichend wahrgenommen. Diese Punkte sollten einer ernsthaften Analyse unterzogen werden, um bedarfsgerechte Rahmenbedingungen für eine gleichwertige und qualitätsvolle ambulante Versorgung der Tiroler Bevölkerung (unabhängig von Einkommen und regionaler Lage) schaffen zu können. Weiters wurde eine engere und institutionalisierte Verzahnung der nichtärztlichen Versorgung mit der ärztlichen Versorgung und der Pflege angeregt. Dieser Anregung sollte im Modul Nahtstellenmanagement und Zusammenarbeit Rechnung getragen werden.

Aus diesen Gründen wird in Tirol von der Notwendigkeit einer gemeinsamen Betrachtung von ambulanter Rehabilitation und Versorgung durch nichtärztliche Gesundheitsberufe ausgegangen. Ziel ist es, den PatientInnen einen möglichst leichten Einstieg in die Rehabilitation, einen weitgehend unterbrechungsfreien Übergang zwischen der Akutversorgung und der Rehabilitation sowie zwischen den Reha-Stufen zu ermöglichen.

Die Zukunft liegt in einer abgestuften und niederschweligen Versorgung Tirols, die flexibel und vernetzt ist. Die Planung hat unter Nutzung bestehender Strukturen und Berücksichtigung spezifischer regionaler Gegebenheiten zu erfolgen. Auf eine tirolweite Ausgewogenheit ist zu achten. Im Sinne einer effektiven und effizienten Versorgung ist eine Fokussierung auf eine klare, frühzeitige Indikationsstellung, klare Reha-Ziele und die Abgrenzung des Reha-Potentials notwendig.

Um diese Vorstellungen umsetzen zu können, wird ein „Reha-Plan-Tirol“ als eigenständiges Arbeits- und Planungsfeld etabliert. Voraussetzung hierfür ist eine vertiefte und qualitativ ergänzte Erhebung des Ist-Zustandes. Der Rehabilitationsplan 2012 des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger soll Ausgangsbasis für diesen Planungsprozess sein. Die unten dargestellte Versorgungspyramide dient als Denk- und Handlungsschema.



Schwerpunkte in der ambulanten Rehabilitation werden Neurologie, Kardiologie, Bewegungs- und Stützapparat, der psychiatrische/psychotherapeutische Bereich sowie die Rehabilitation von Kindern sein.

Das im Bezirk Landeck erfolgreich umgesetzte Modell „Ambulante REHA und Posthospitalphase“ des Tiroler Schlaganfallprojektes wird schrittweise beginnend mit den Bezirken Imst und Reutte auf ganz Tirol ausgerollt. Die Indikationsstellung wird in einem ersten Schritt auf andere neurologische Krankheitsbilder (z.B. Multiple Sklerose) ausgeweitet.

Für PatientInnen mit psychiatrischen Krankheitsbildern wird nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation die Möglichkeit einer ambulanten Rehabilitationsnachsorge geschaffen. Für herzkranken PatientInnen wird die ambulante Rehabilitation basierend auf den Erfahrungen von „Rehamed-Tirol“ und dem Pilotprojekt „Herz Mobil Tirol“ ausgebaut.

D.6. Medizinisch-technische Großgeräte - Bedarfsanalyse

Tirol gesamt

Die im ÖSG 2010 angeführten Soll-Angaben zum GGP in Tirol können grundsätzlich beibehalten werden. Nachdem durch die Gerätezahlen für **CT und MR** in Tirol die Untergrenze des entsprechenden Einwohnerrichtwertes knapp bzw. sogar deutlich unterschritten wird, weisen die Soll-Vorgaben für diese Gerätekategorien in Tirol eine leichte Reduktion aus, wobei davon folgende (nicht planungskonform eingerichtete) medizinisch-technische Großgeräte des extramuralen Bereichs im **Tiroler Zentralraum** bzw. in der **Versorgungsregion Tirol-Nordost** betroffen sind:

VR Tirol-Zentralraum

Bezirk Innsbruck Stadt

Die im ÖSG 2010 angeführten Soll-Angaben weisen für den Tiroler Zentralraum dahingehend Anpassungsbedarf auf, als in Innsbruck Stadt im extramuralen Bereich der Ist-Stand für CT die Vorgabe gemäß GGP um zwei CT-Geräte sowie für MR um ein an diesem Standort eingerichtetes MR-Gerät überschreitet.

Bezirk Schwaz

Abgesehen von dem gemäß ÖSG 2010 für diesen Bezirk vorgesehene und in Kooperation zwischen intra- und extramuralem Bereich zu betreibende MR-Gerät wird nach den Soll-Angaben des ÖSG 2010 die Reduktion um ein (nicht planungskonform) extramural eingerichtetes MR-Gerät vorgeschlagen.

VR Tirol-Nord-Ost

Bezirk Kitzbühel

Die im ÖSG 2010 angeführten Soll-Angaben weisen für diese Gerätekategorien in Tirol ein leicht infolge Unterschreitung der Untergrenze des entsprechenden Einwohnerrichtwertes eine leichte Reduktion aus, wobei davon ein im Bezirk Kitzbühel (nicht planungskonform) extramural eingerichtetes CT-Gerät betroffen ist.

Die aktuelle Anzahl sowie die regionale Verteilung von **ECT-Geräten** in Tirol werden durch die Soll-Vorgaben bestätigt.

D.7. Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen/med. Hauskrankenpflege

Entsprechend dem Strukturplan Pflege 2012 – 2022 ist sowohl für die MHKP als auch für die HKP ein forcierter Ausbau geplant. In den Regionalkonferenzen wurde neben diesem in der Planung bereits berücksichtigten Ausbaubedarf auch auf die Bedeutung eines verstärkten Pflegeberufsnachwuchses (insbesondere Ausbildung bzw. Image) sowie auf die notwendige Dezentralisierung der Pflegeangebote (insbesondere der Tages- und Kurzzeitpflege) hingewiesen.

D.8. Notärztliche Versorgung

Bislang (bis inkl. Juni 2011) erfolgte die notärztliche Versorgung über Notarztsprengel, die seitens des Landes Tirol gemäß der „Richtlinie der Tiroler Landesregierung über die Gewährung einer Förderung für die Einrichtung eines flächendeckenden, bodengebundenen Notarztsystems in Tirol“ mitfinanziert wurden. Die entsprechenden gewachsenen Strukturen wurden durch zwei Entwicklungen beeinflusst:

- » Die bisherige Bestellung von Notärzten durch die beauftragten Rettungsorganisationen auf der Grundlage von Werkverträgen konnte in dieser Form nicht fortgeführt werden, da dies aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht beanstandet wurde.
- » Am 1. Oktober 2009 trat das Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009 (LGBl. Nr. 69) in Kraft. Dadurch erhielt das Land Tirol als Träger des Rettungsdienstes die Möglichkeit, zur Sicherstellung der notärztlichen Versorgung, als Teilaufgabe der Notfallrettung und zur Gewährleistung eines einheitlichen Behandlungsregimes vorrangig mit den Trägern der Krankenanstalten im Sinne des Tiroler Krankenanstaltengesetzes Verträge über die Mitwirkung von Notärzten abzuschließen.

Die notärztliche Versorgung in Tirol gliedert sich seit Juli 2011 in drei Bereiche gemäß nachstehenden Ausprägungen und Stützpunkte:

- » 13 NEF-Systeme (NEF: Notarzteinsatzfahrzeug):
Zams, Imst (Teilzeit), Telfs, Reutte, Schönberg, Innsbruck, Hall i.T, Schwaz, Mayrhofen, Kramsach, Kufstein, St. Johann, Lienz;
- » 10 notärztliche Bereitschaftsdienste:
Achental, Vorderes und Hinteres Ötztal, Lechtal, Tannheimertal, Hochpustertal, Iseltal, Defereggental, Lienzer Talboden und Vorderes Zillertal;
- » 15 Notarzt- und Rettungshubschrauber:
ganzjährig: Innsbruck, Nikolsdorf, Reutte, Zams, St. Johann, Kaltenbach und Imst; saisonal: Langkampfen, St. Anton, Ischgl, Obergurgl, Sölden, Hintertux, Matri i.O. und Waidring.

Das Land Tirol, vertreten durch die Landesregierung, hat mit 1. Juli 2011 mit der TILAK, dem BKH Kufstein, dem BKH St. Johann, dem BKH Schwaz und dem BKH Lienz Verträge gemäß § 3 Abs. 5 Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009 über die Bereitstellung notärztlicher Leistung zur Sicherstellung einer flächendeckenden, bodengebundenen notfallmedizinischen Versorgung

abgeschlossen. Die öffentlichen Krankenanstalten stellen Notärzte für die NEF-Standorte Innsbruck, Telfs, Hall (zu 50 %), Schwaz, Kufstein, St. Johann und Lienz (ca. 25 %) bereit.

Die NEF-Stützpunkte Hall (zu 50 %), Schönberg und Imst werden aufgrund der vom Land Tirol abgerufenen Option für die Erbringung von notärztlichen Leistungen gemäß Vertrag vom 14. Juli 2010 durch die beauftragte Bietergemeinschaft „Rettungsdienst Tirol“ mit Notärzten beschiedt. Darüber hinaus wurde mit Notärzten aus zehn Versorgungsgebieten ein Vertrag gemäß § 3 Abs. 5 Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009 zur Einrichtung eines notärztlichen Bereitschaftsdienstes abgeschlossen.

D.9. Zusammenarbeit und Nahtstellenmanagement

In Österreich besteht bis dato eine völlig getrennte Verantwortung zwischen intra- und extramuraler Versorgung in Bezug auf Planung, Umsetzung und Finanzierung. Diese sektorale Aufteilung verursacht neben anderen Faktoren eine „Nahtstellenproblematik“, die sich in Defiziten in der Kooperation und Koordination zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens niederschlägt und daher ein entsprechendes „Nahtstellenmanagement“ (NSM) erfordert.

Die zweite Tiroler Gesundheitskonferenz im Jahr 2007 war ausschließlich diesem Thema gewidmet. In allen bisherigen Regionalkonferenzen waren die Probleme der Zusammenarbeit und Verbesserungsvorschläge zum NSM ein wichtiges Thema. Der Begriff Zusammenarbeit zielt darauf ab, dass schon innerhalb der bestehenden Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens der Bereich Zusammenarbeit großes Verbesserungspotenzial hat.

Ziel ist es daher, die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe untereinander sowie zwischen den Gesundheitsberufen und dem angrenzenden Sozialbereich (z.B. Altenheime und mobile Dienste) zu verbessern. Es handelt sich hierbei um einen kontinuierlichen Prozess.

In Bezug auf die Planung an den Nahtstellen zur Gewährleistung eines entsprechenden NSM wird erwogen, eine Bestandsaufnahme in den VR Tirols zu erstellen. Die Basis bilden die Rahmenvorgaben im ÖSG, insbesondere auch die Kriterien zum NSM (vgl. ÖSG 2010, S. 107 ff.). Damit könnten Ansatzpunkte identifiziert werden, die künftighin hinsichtlich der Erhaltung der Stärken bzw. der Beseitigung der Schwächen im NSM von Bedeutung sind.

Eckpunkte sind die regionale Verankerung, die primäre Nutzung bestehender Strukturen, Orientierung an den Rahmenvorgaben des ÖSG und des Qualitätsstandards Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Die tragende Säule sind die Erfahrungen und das Lernen anhand konkret durchgeführter Projekte. Die Erfahrungen und Erkenntnisse insbesondere der folgenden Projekte sollten Berücksichtigung finden: Schlaganfallpfad, Palliativ- und Hospizversorgung in Tirol, im Rahmen des Qualitätsförderungsprogramms finanzierte Nahtstellenprojekte, Übergangspflege, Best Practice Beispiele des Nahtstellenmanagements sowie die bundesweiten Projekte Med Together und PIK.

Für die Themenbereiche, die einer überregionalen Regelung und/oder Hilfestellung bedürfen (z.B. standardisierte und organisierte Kommunikation über/mit Patienten und Angehörigen) werden tirolweite Standards erarbeitet und technisch unterstützt. Der Tiroler Gesundheitsfonds unterstützt die Akteure darüber hinaus durch Vernetzung und ein Fortbildungsangebot. Vordringlich für die Umsetzung sind folgende Bereiche vorgesehen:

- Ausrollung der Palliativ- und Hospizversorgung gemäß Konzept mit Ausbau regionaler Netzwerke.
- Ausrollung des Schlaganfallprojekts
- Implementierung Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement unter der Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten
- Einführung des Qualitätsstandards „Präoperative Diagnostik“.
- Aufstockung des Qualitätsförderungsprogramms des TGF zur Unterstützung regionaler Zusammenarbeits- und Nahtstellenprojekte, z.B. Nahtstellenmanagement und Zusammenarbeitsprojekt in den Bezirken Kitzbühel und Kufstein
- Sektorenübergreifende Koordinationsstelle für „Zusammenarbeit, Nahtstellenmanagement und integrierende Versorgung“ unter Einbeziehung des Sozial- und Jugendwohlfahrtsbereiches

Versorgungsmatrix Tirol ambulanter Bereich 2020

TIROL GESAMT	AM	IM	KI	AM / KI / IM	AU	CH	DER	GGH	HNO	NEU	OR	UC	OR/ UC	PSY	KJP	PUL	UR	Summe
IST 2008	345,1	92,3	41,0	478,4	35,3	36,9	31,8	66,4	28,7	25,6	17,8	46,8	64,6	34,4	0,0	13,8	19,5	835,4
Zielwert 2020	365,2	97,2	43,9	506,2	38,0	38,3	34,5	65,5	28,6	25,7	24,5	41,6	66,1	34,6	5,0	14,5	21,4	878,6
VR Tirol-Zentralraum																		
IST 2008	166,5	68,4	29,5	264,4	22,9	24,8	22,8	42,2	18,3	18,8	12,9	24,3	37,2	27,0	0,0	9,3	10,4	498,1
Zielwert 2020	177,2	70,1	30,2	277,5	23,7	25,3	22,9	42,0	18,2	18,4	15,8	22,8	38,6	25,6	2,0	9,3	11,3	514,8
VR Tirol-West																		
IST 2008	69,3	6,8	5,6	81,7	3,9	5,0	3,6	9,4	3,1	2,6	1,2	8,8	10,0	2,3	0,0	0,6	2,6	124,8
Zielwert 2020	74,0	7,9	6,0	87,8	5,0	5,2	4,2	8,2	3,3	2,8	2,2	7,3	9,5	2,9	1,0	1,1	3,0	134,1
VR Tirol-Nordost																		
IST 2008	86,7	11,4	3,9	102,0	6,1	5,2	3,5	10,4	5,3	2,9	2,9	10,9	13,8	3,7	0,0	2,9	4,0	159,8
Zielwert 2020	90,1	13,1	5,9	109,0	6,8	5,8	5,5	11,0	5,1	3,2	5,6	8,8	14,4	4,5	1,0	2,9	4,8	174,1
VR Osttirol																		
IST 2008	22,6	5,7	2,0	30,3	2,4	1,9	1,9	4,4	2,0	1,3	0,8	2,8	3,6	1,4	0,0	1,0	2,5	52,7
Zielwert 2020	23,9	6,2	1,8	31,9	2,5	2,0	2,0	4,4	2,1	1,4	1,0	2,7	3,7	1,6	1,0	1,1	2,3	56,0
Bezirk Imst																		
IST 2008	30,0	2,3	1,3	33,6	1,5	0,9	2,0	2,5	1,2	0,6	0,0	2,7	2,7	0,8	0,0	0,5	1,2	47,5
Zielwert 2020	31,5	2,7	2,3	36,5	1,7	1,0	2,1	2,0	1,3	0,7	0,1	1,7	1,8	1,2	1,0	0,6	1,4	51,3
Bezirk IBK-Land																		
IST 2008	79,0	11,0	6,1	96,1	2,5	3,6	3,9	5,1	1,9	0,6	2,4	1,9	4,3	3,0	0,0	0,8	1,2	123,0
Zielwert 2020	86,4	11,9	5,2	103,5	3,0	4,1	4,0	5,2	1,6	0,1	3,7	2,2	5,9	1,9	1,0	0,7	1,5	132,5
Bezirk IBK-Stadt																		
IST 2008	49,8	50,9	21,1	121,8	16,7	17,4	17,2	32,1	13,0	17,3	9,1	15,2	24,3	22,7	0,0	7,0	7,8	297,3
Zielwert 2020	49,8	50,9	21,1	121,8	16,7	17,4	17,2	32,1	13,0	17,3	9,1	15,2	24,3	22,7	1,0	7,0	7,8	298,3
Bezirk Landeck																		
IST 2008	23,7	2,8	2,3	28,8	1,7	2,3	0,9	4,2	1,0	1,2	1,2	3,9	5,1	0,5	0,0	0,1	0,8	46,6
Zielwert 2020	24,8	3,1	2,1	30,0	2,4	2,4	1,3	3,4	1,0	1,3	1,3	4,0	5,3	0,9	0,0	0,1	0,9	49,0
Bezirk Kitzbühel																		
IST 2008	31,6	3,4	1,7	36,7	2,2	1,5	1,2	3,8	1,6	0,5	2,2	3,2	5,4	0,8	0,0	1,3	1,0	56,0
Zielwert 2020	33,1	4,0	1,6	38,7	2,4	1,7	1,8	3,8	1,7	0,5	2,4	3,3	5,7	1,1	0,0	1,2	1,3	59,9
Bezirk Kufstein																		
IST 2008	55,1	8,0	2,2	65,3	3,9	3,7	2,3	6,6	3,7	2,4	0,7	7,7	8,4	2,9	0,0	1,6	3,0	103,8
Zielwert 2020	57,0	9,1	4,2	70,3	4,3	4,1	3,7	7,2	3,4	2,7	3,1	5,5	8,6	3,3	1,0	1,7	3,5	113,8
Bezirk Lienz																		
IST 2008	22,6	5,7	2,0	30,3	2,4	1,9	1,9	4,4	2,0	1,3	0,8	2,8	3,6	1,4	0,0	1,0	2,5	52,7
Zielwert 2020	23,9	6,2	1,8	31,9	2,5	2,0	2,0	4,4	2,1	1,4	1,0	2,7	3,7	1,6	1,0	1,1	2,3	56,0
Bezirk Reutte																		
IST 2008	15,6	1,7	2,0	19,3	0,7	1,8	0,7	2,7	0,9	0,8	0,0	2,2	2,2	1,0	0,0	0,0	0,6	30,7
Zielwert 2020	17,7	2,0	1,6	21,3	0,8	1,8	0,7	2,7	0,9	0,9	0,9	1,7	2,6	0,8	0,0	0,5	0,7	33,8
Schwaz																		
IST 2008	37,7	6,5	2,3	46,5	3,7	3,8	1,7	5,0	3,4	0,9	1,4	7,2	8,6	1,3	0,0	1,5	1,4	77,8
Zielwert 2020	41,0	7,3	3,8	52,1	4,0	3,8	1,8	4,7	3,6	1,0	2,9	5,5	8,4	1,1	0,0	1,6	2,0	84,1

Anmerkungen:

- Die ziffermäßige IST- und Zielwerte sind in Ärztlichen Ambulanten Versorgungs-Einheiten (AAVE) und nicht in Köpfen angegeben. Außerdem enthalten sie keine Zuordnung zum spitalsambulanten oder niedergelassenen Bereich.
- Die regional-/bezirksspezifischen und fachrichtungsbezogenen Bedarfsschätzungen für das Jahr 2020 nehmen Bedacht auf
 - den Ein-/Auspender-Faktor inkl. Tourismusfaktor (EAPV) zur Berücksichtigung der Wanderungsbewegung in und aus der Region bzw. den Bezirk
 - den Kranken- und Unfallfürsorge-Faktor (KUF-Faktor) zur Berücksichtigung des im Bundesdurchschnitt ohne Wien nicht einbezogenen Frequenzen der Tiroler Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtungen
 - und den Demographie-Faktor (DF) zur Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Altersstrukturen, sowie Bevölkerungs- und epidemiologische Entwicklungen in den einzelnen VR bzw. Bezirken

Zeichenerklärung

AM.....Facharzt für Allgemeinmedizin	NEU.....Facharzt für Neurologie
IM.....Facharzt für Innere Medizin	OR.....Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
KI.....Facharzt für Kinderheilkunde	UC.....Facharzt für Unfallchirurgie
AU.....Facharzt für Augenheilkunde	PSY.....Facharzt für Psychiatrie
CH.....Facharzt für Chirurgie	KJP.....Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
DER.....Facharzt für Dermatologie	PUL.....Facharzt für Pulmologie
GGH....Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe	UR.....Facharzt für Urologie
HNO....Facharzt für Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde	