

Erläuternde Bemerkungen zum Regionalen Strukturplan Gesundheit Tirol 2025 (RSG Tirol 2025)

Einleitung

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Tirol 2025 (RSG Tirol 2025) ist das zentrale Instrument zur Planung der Strukturen und der Angebote im Tiroler Gesundheitswesen. Er folgt den Grundsätzen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG 2017) und legt die in Tirol regional geplanten Kapazitäten in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens fest.

Die Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, regelt in Art. 5 den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Art. 5 (1) sieht vor, dass die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung der ÖSG und die RSG sind. Der ÖSG ist der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung. Art. 5 (7) bestimmt, dass die 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.

Der RSG Tirol 2025 wurde entsprechend dem Beschluss in der 12. Sitzung der Landes-Zielsteuerungskommission (L-ZK) am 30. Oktober 2017 in mehreren Schritten erarbeitet. Zunächst wurde der stationäre Bereich sowie in einem Zusatzmodul die quantitative und regionale Verortung der Primärversorgungseinheiten als Ergänzung zum gültigen RSG Tirol ambulant 2020 geplant. Der stationäre Teil des RSG 2025 wurde in den Sitzungen der L-ZK am 4. Juli 2019 und am 12. November 2019 beschlossen und mit dem Tiroler Krankenanstaltenplan 2019 (Tir. KAP 2019) verbindlich umgesetzt.

Wie in den erläuternden Bemerkungen zum Tiroler Krankenanstaltenplan festgehalten, erfolgt nach Vorliegen der Planungen für den ambulanten Bereich eine Zusammenführung aller Planungsmodule und es wird ein umfassender RSG Tirol 2025 entsprechend der Vorgaben der Verordnung zum ÖSG¹ vorgelegt.

Die Planungsarbeiten zum ambulanten Bereich wurden von Juli 2021 bis Februar 2022 mit Unterstützung durch einen Planungspartner federführend von der Sozialversicherung erarbeitet.

Der Ärztekammer für Tirol und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen wurde entsprechend § 21 Abs. 10 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz und § 62a Abs. 1a Tiroler Krankenanstaltengesetz (Tir KAG) fristgerecht vor der Beschlussfassung in der L-ZK die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt. Die Tiroler Fondskrankenanstalten wurden ebenfalls informiert.

In der vorliegenden RSG-Planungsmatrix werden die Ergebnisse der Planung zum Planungshorizont 2025 zusammengeführt.

Die in der RSG-Planungsmatrix blau hinterlegten Teile sollen gem. § 23 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz und § 62a Tir KAG von der Gesundheitsplanungs GmbH verordnet werden.

¹ Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit 2017 (ÖSG-VO 2018), Nr. 1/2018, i.d.g.F.

Versorgungsbereiche in der RSG Planungsmatrix

Ambulante ärztliche Versorgung

Die ambulante ärztliche Versorgung wurde entsprechend der Planungsgrundsätze des ÖSG mit Unterstützung eines externen Planungspartners, der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, erstellt.

Akut-Krankenanstalten – Normalpflege- und Intensivpflege

Im Bereich der Akut-Krankenanstalten werden die Planungsergebnisse zum Planungshorizont 2025 weitgehend aus dem Tiroler Krankenanstaltenplan 2019 in die RSG-Planungsmatrix übertragen. Folgende Adaptierungen wurden gegenüber den Angaben zum stationären Bereich im Vergleich zum Tir. KAP 2019 bzw. RSG 2025 vorgenommen:

Referenzzentren / Versorgungsstufen / Überregionale Versorgungsplanung / Spezialzentren / Module - Traumanetzwerk

Wie in den Beschlussunterlagen der Landes-Zielsteuerungskommission zum RSG 2025 stationärer Teil unter Punkt 2.4 ausgeführt, wurden die Versorgungsaufgaben im Rahmen der abgestuften Versorgung in der Traumatologie im Rahmen eines auf Landesebene durchgeführten Prozesses zur Bildung eines Traumanetzwerkes festgelegt. Die Festlegung des Zentrums im a.ö. LKH (Univ.-Kliniken) Innsbruck war bereits im Tir. KAP 2019 erfolgt; nun wurden noch das KH St. Vinzenz Zams und das BKH Kufstein als traumatologische Schwerpunkte definiert. Das BKH Lienz ist in das Traumanetzwerk des Bundeslandes Kärnten integriert.

In den RSG-Planungsmatrizen auf Ebene der Krankenanstalten wurde die Versorgungsstufe (IST-Stand 2019 sowie Plan 2025) in der Fachrichtung Kinder- und Jugendheilkunde spezifiziert. Anstelle der bisher angeführten Versorgungsstufen Z (Zentrum), S (Schwerpunkt) etc. wurden die KTyp Stufen 1-4 angeführt.

Kinder-Stammzellentransplantation

Das a.ö. LKH (Univ.-Kliniken) Innsbruck wird als Zentrum für Kinder-Stammzellentransplantation (KSZT) ausgewiesen.

Dialyseplätze / Schichten pro Woche

Die Anzahl der Schichten / Woche bei den Dialyseplätzen werden als zusätzliche Information in der Unterlage für die Landes-Zielsteuerungskommission ergänzt, werden aber nicht verordnet. Unter Berücksichtigung des tatsächlichen Schichtbetriebes wurde die Anzahl der Dialyseplätze beim BKH Kufstein unter Beibehaltung des Leistungsumfanges angepasst.

Aktualisierung des IST-Stands der Bettentabellen

In den Anlagen des Tir. KAP 2019 bzw. RSG 2025 – stationärer Teil wurde der IST-Stand der stationären Versorgungsstruktur des Jahres 2017 dargestellt. Die Inhalte des ambulanten Bereiches basieren dahingegen auf dem IST-Stand 2019. Im Sinne einer einheitlichen und möglichst rezenten Darstellung des IST-Stands aller Versorgungsbereiche wurde der IST-Stand des stationären Bereiches aktualisiert und für das Jahr 2019 ausgewiesen. Durch die Aktualisierung veränderte sich der IST-Stand der tatsächlichen Betten sowohl im Bereich der Fondsrankenanstalten als auch im Bereich der privaten Akutkrankenanstalten.

In den RSG-Planungsmatrizen für das Bundesland Tirol und die vier Versorgungsregionen wurde im Bereich „alle Akut-KA“ in der Zeile „IST-Stand tatsächliche Betten 2019“ eine Aufteilung der Betten nach Fachrichtung ergänzt. Die bereits angeführte Gesamtsumme der tatsächlichen Betten blieb davon unberührt.

Anpassung von Tagesklinik-Plätzen

Im a.ö. LKH (Univ.-Kliniken) Innsbruck wird in der Fachrichtung Innere Medizin die Anzahl der Tagesklinik-Plätze als Teil der stationären Betten von 0 auf 3 angepasst. Grund dafür

sind vermehrte tagesklinische Leistungserbringungen z.B. im Bereich der Koronarangiographie.

Palliativ- und Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen / Pädiatrische Palliativbetten

Im a.ö. LKH (Univ.-Kliniken) Innsbruck werden in der Fachrichtung Kinder- und Jugendheilkunde zwei pädiatrische Palliativbetten dargestellt. Die Umsetzung erfolgt bettenneutral durch Umwidmung von Betten der Fachrichtung Kinder- und Jugendheilkunde, die fakultativ für pädiatrische palliativmedizinische Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.

Erweiterung des stationären Angebots im Bereich der Psychosomatik für Kinder und Jugendliche sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Planbetten im a.ö. LKH Hall i. T. werden in der Fachrichtung Psychosomatik für Kinder und Jugendliche von 12 auf 16 sowie in der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie von 25 auf 26 erhöht. Durch die Erweiterung wird der bisher unterdurchschnittlichen Versorgungsdichte (in Bezug auf die entsprechenden Bettenmesszifferintervalle des ÖSG 2017 in der Version vom 1.10.2021) sowie aktuellen Entwicklungen Rechnung getragen.

Großgeräte, Rehabilitation und überregionale Versorgungsplanung

Die Versorgungsbereiche medizinisch-technische Großgeräte, Rehabilitation und die überregionale Versorgungsplanung sind durch die ÖSG-VO 2020 bereits bundesweit einheitlich geregelt und dementsprechend keiner weiteren Planung zuzuführen.

Dialyse für den extramuralen Bereich

Die Dialyseeinheiten für den extramuralen Bereich werden im ambulanten Teil des RSG 2025 unter Berücksichtigung der bereits im stationären Teil vorgenommenen Planungen für die Fondskrankenanstalten und auf Basis der derzeitigen Versorgung und Berücksichtigung der voraussichtlichen Entwicklung bis 2025 festgelegt. Zu den Angaben für den intramuralen Bereich wurde bereits oben (Adaptierungen gegenüber den Angaben zum stationären Bereich im Vergleich zum Tir. KAP 2019) ausgeführt.

Die Grundlage für die Planung stellen die im ÖSG für den ambulanten Bereich festgelegten Prinzipien und Kriterien der Angebotsplanung, die Planungsrichtwerte sowie die Qualitätskriterien dar. Als Planungsziele gelten eine möglichst gleichmäßige und wohnortnahe bzw. bestmöglich erreichbare, medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvolle und regional abgestimmte Versorgung.

Nach Vorliegen der ambulanten Planungsergebnisse soll nun die Planung wie in § 5 Abs. 2 und 3 der Verordnung zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2020 (ÖSG-VO 2020) vorgesehen in Form der RSG-Planungsmatrix (RSG-PM) beschlossen werden.

Planungsarbeiten ambulanten Bereich

Bei den Planungsarbeiten zum ambulanten Bereich mit Fokus auf den niedergelassenen Bereich wurde neben der ambulanten ärztlichen Versorgung inkl. PVE-Planung auch die Dialyseversorgung im extramuralen Bereich geplant.

Planung ambulante ärztliche Versorgung – niedergelassener Bereich

Die kalkulatorische Planung der ambulanten ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich erfolgte mit Unterstützung durch den Planungspartner Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Für die Bedarfsschätzung der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich wurde ein für diesen Zweck von der GÖG bzw. der GÖ FP entwickeltes und bereits bei mehreren RSG-Projekten angewandtes mehrstufiges Modell herangezogen. Dieses Planungsmodell geht im Rahmen der vorliegenden Arbeiten vom IST-Stand der ÄAVE gemäß Regiomed (Quelle: DVSV) in den Tiroler Bezirken im Basisjahr 2019 aus und rechnet unter Berücksichtigung eines Referenzwertes und der Berücksichtigung regionaler

Patientenpendelverflechtungen einen Soll-Stand für das Jahr 2019 aus. Darauf aufgesetzt wurde dann mittels Demografiefaktor die kalkulatorischen Planwerte für 2025 ermittelt.

Die Entwicklung des privaten Wahlarztbereiches kann im Gegensatz zur öffentlichen Versorgung nicht durch Planungsvorgaben gesteuert werden. Die ÄAVE des Wahlarztbereichs werden daher im IST-Stand ausgewiesen, jedoch nicht in der Planung der Sachleistungsversorgung zum Planungshorizont 2025 berücksichtigt.

Planungsmodell

Im Rahmen der ambulanten Versorgungsplanung wurde die ärztliche Versorgungssituation des gesamten ambulanten Bereichs im Sinne des Art. 3 Z. 1 der geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (im niedergelassenen Bereich, in selbstständigen Ambulatorien und in Spitalsambulanzen) in seinem Leistungsgeschehen 2019 dargestellt. Planerisch berücksichtigt wurde der extramurale Bereich. Für die Ableitung des Versorgungsbedarfs bis zum Jahr 2025 im ambulanten Bereich wurde für die Politischen Bezirke Tirols, die vier Tiroler Versorgungsregionen sowie für das gesamte Bundesland Tirol eine Kapazitätsplanung differenziert nach den gemäß „RSG-Planungsmatrix“ vorgegebenen medizinischen Fachrichtungen erstellt.

Referenzwert (BDoW bzw. BD)

Ausgehend vom Ist-Stand 2019 wurde in der Planung der ärztlichen Versorgungskapazitäten einer wissenschaftlichen Systematik folgend im ersten Schritt für den extramuralen Bereich für jede Fachrichtung jener Bedarf an ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) ermittelt, der sich ergäbe, wenn man für die jeweilige Region dieselbe Versorgungsdichte (ÄAVE pro 100.000 EW) hinterlegen würde, wie sie im österreichischen Bundesdurchschnitt ohne Wien (BDoW) im Jahr 2019 gegeben war. Der Wahl dieser Referenzwerte liegt vor allem das im ÖSG 2017 festgelegte Planungsprinzip der Versorgungsgerechtigkeit zugrunde, nach dem für die österreichische Bevölkerung ein möglichst gleichwertiger Zugang zur Gesundheitsversorgung sichergestellt werden soll. Danach wurden schrittweise wesentliche planungsrelevante quantifizierte Faktoren in die Soll-Stand-Bestimmung und Planung einbezogen. Diese Faktoren sind der Ein-/Auspendelfaktor und der Demografiefaktor. Ihre Bedeutung und Ermittlungsmethode sind in den folgenden Unterabschnitten erläutert.

Ein-/Auspendlerfaktor (EAPF)

Ausgehend von den im Jahr 2019 fachrichtungsspezifisch beobachteten tatsächlichen Patientenströmen (Kontaktzahlen), wird für jeden Bezirk der jeweilige regionsspezifische Wanderungssaldo (Einpendlerkontakte minus Auspendlerkontakte) für den extramuralen Bereich ermittelt.

Als Einpendlerkontakte gelten dabei jene Kontakte, die von Leistungserbringerinnen und -erbringern des jeweiligen Bezirks an Personen erbracht werden, die nicht in derselben Region wohnhaft sind. Hier fließen u. a. auch jene Kontakte bzw. Konsultationen ein, die von Touristinnen und Touristen aus dem In- und Ausland verursacht werden.

Als Auspendlerkontakte gelten hingegen jene Kontakte, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern des betrachteten Bezirks bei nicht im selben Bezirk ansässigen Leistungserbringerinnen und -erbringern in Österreich in Anspruch genommen wurden.

Der so errechnete „Wanderungssaldo“ gibt im Falle eines positiven Wertes jene Menge an Kontakten an, welche die Leistungserbringerinnen und -erbringer im Bezirk zusätzlich zu den seitens der einheimischen Bevölkerung verursachten Kontakte zu erbringen haben. Ausgehend von der durchschnittlichen Menge an Kontakten, die ein ÄAVE der jeweiligen Fachrichtung in Tirol im Jahr 2019 erbracht hat, wird sodann jene Menge an ÄAVE geschätzt, die im betrachteten Bezirk zusätzlich erforderlich ist. Im Falle eines negativen Saldos reduziert sich die Zahl an Kontakten und damit auch die Zahl erforderlicher ÄAVE.

Demografiefaktor (DF)

Ausgangspunkt der Berechnungen sind die anhand der tatsächlichen Inanspruchnahme 2019 pro Bezirk ermittelten fachrichtungs-, alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmequoten (Kontakte pro Einwohnerin/Einwohner). Diese Inanspruchnahmequoten werden auf die für 2025 prognostizierte Bevölkerung umgelegt. Stellt man nun die tatsächlich im jeweiligen Bezirk beobachteten Kontakte aus dem Jahr 2019 den geschätzten Kontaktzahlen für 2025 gegenüber, so erhält man einen prozentuellen Demografiefaktor, der in weiterer Folge in die Schätzung der kalkulatorisch erforderlichen ÄAVE einfließt.

Mit dieser Vorgehensweise wird sowohl den regional unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen sowie den Bevölkerungsentwicklungen Rechnung getragen als auch auf bestehende epidemiologische Unterschiede Rücksicht genommen.

Planung Primärversorgungseinheiten als Teil der Allgemeinmedizin

Die RSG-PM hat die ÄAVE im IST-Stand und im Soll-Stand zum jeweiligen Planungshorizont zumindest auf Ebene der Versorgungsregionen (VR) auszuweisen, im Bereich der Allgemeinmedizin (AM) ergänzt um eine zusätzliche Rubrik „davon in PV-Einheiten“. Ergänzend zum Planungsmodell für die allgemeine ambulante ärztliche Versorgung wurde im Bereich der Allgemeinmedizin auf Basis eines bei der GÖG entwickelten Modells zur Identifikation von Eignungsstandorten für Primärversorgungseinheiten, eine entsprechende Planung für Tirol durchgeführt. Im Durchschnitt ist eine PVE entsprechend den Regelungen im bundesweiten Primärversorgungsgesamtvertrag und auf Basis dieser Berechnung im Ausmaß von 3 ÄAVE versorgungswirksam. Daher werden in der RSG-Planungsmatrix die sechs im Zielsteuerungsvertrag für Tirol vorgesehenen PVE mit je 3 ÄAVE bewertet und entsprechend der Bevölkerungsverteilung den Versorgungsregionen zugeteilt.

Ergebnisse der kalkulatorischen Planung im Überblick

Für das Bundesland Tirol wurde für 2025 ein kalkulatorischer Planwert über alle Regiomed-Fächer im extramuralen Bereich von 924 ÄAVE ermittelt. Das entspricht einer Zunahme gegenüber 2019 von rund 49 ÄAVE bzw. 5,5 Prozent.

Differenziert nach Fachbereichen ergibt die kalkulatorische Planung für das Bundesland Tirol die höchsten absoluten Zunahmen in den Fächern AM (rd. +25 ÄAVE), ZMK (rd. +12 ÄAVE) und AU (rd. +7 ÄAVE).

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass die kalkulatorischen Planwerte 2025 auf der Versorgungsrealität im Basisjahr 2019 basieren und Veränderungen in den Folgejahren darin nicht berücksichtigt sind. Für die Umsetzung der Ergebnisse der kalkulatorischen Planung ist ein weiterer Prozess unter Berücksichtigung der besetzten und unbesetzten Planstellen im Basisjahr, zwischenzeitlicher struktureller Veränderungen und der Versorgungsangebote notwendig. Dieser Prozess erfolgt nachgelagert zum Planungsprozess zwischen den relevanten Stakeholdern in Tirol.

In der RSG-PM sind die kalkulatorischen Ergebnisse auf Basis des Planungsmodells abgebildet. Bei der Umsetzung in den Stellenplan sind die im Referenzjahr unbesetzten Stellen, die zwischenzeitig neu geschaffenen Stellen sowie bestehende Kooperationslösungen zu berücksichtigen. Eine Reduktion der Planstellen insbesondere in jenen Fächern mit einer kalkulierten Reduktion > 1 ÄAVE ist nicht geplant. Vielmehr muss zukünftig eine abgestimmte Planung zwischen dem extramuralen und spitalsambulanten Bereich erfolgen.

Spitalsambulanter Bereich

Für den spitalsambulanten Bereich wurde eine sanfte Fortschreibung des IST-Standes für das Jahr 2025 gewählt, mit Ausnahme der Fachrichtung Neurologie (NEU) in der VR 72, da im KH Zams die bis 2025 noch auszubauende Fachrichtung NEU abgebildet ist. Eine tiefergehende Planung des spitalsambulanten Bereichs soll mit der gesamthaften, integrierenden Planung des intra- und extramuralen Bereichs nach Ablauf des aktuellen Planungshorizonts 2025 erfolgen.

Auf Bundesebene wird derzeit der Parameterwert ÄAVE im Hinblick auf die Anwendbarkeit für den spitalsambulanten Bereich überarbeitet.

Ambulante Betreuungsplätze

Ambulante Betreuungsplätze sind entsprechend dem ÖSG 2017 (Version 1.10.2021), Seite 73 als Mindestzahlen zu verstehen, welche durch Umwidmung stationär genutzter Betten erhöht werden können.

Dialyseplanung für den extramuralen Bereich

Die Arbeiten zur Erstellung von Planungsempfehlungen für die extramurale Dialyseversorgung in Tirol basieren auf einer Analyse der IST-Situation gemäß den verfügbaren bzw. bereit gestellten Datengrundlagen, den Planungsrichtwerten des ÖSG 2017 sowie den Planungen für den intramuralen Bereich (gem. RSG und TirKAP). Die Entwicklung von standort- und kapazitätsbezogenen Planungsempfehlungen für extramurale Dialyseeinheiten erfolgte unter Berücksichtigung weiterer Formen der Nierenersatztherapie (Heimdialyse, Nierentransplantation).

Ausgehend von den Analysen zum IST-Stand der Dialyseversorgung in Tirol ist gemäß den vorliegenden Trends weiterhin eine Zunahme des entsprechenden Patientenkontingents zu erwarten. Für die Entwicklung der standortspezifischen Kapazitätsplanungen wurden – auf Basis der unten angeführten Parameter - die auf den Planungshorizont 2025 abzielenden bundesländerspezifischen Hämodialyse (HDia)-Platz-Richtwerte des ÖSG 2017 sowie der Erreichbarkeitsrichtwert herangezogen.

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

- Entwicklung der Anzahl von Patientinnen und Patienten in Nierenersatztherapie (NET; 1993 – 2017)
- Differenzierung der NET-Patienten nach Behandlungsform (Hämodialyse, HD; Peritonealdialyse (PD));
- Patienten mit funktionierendem Nierentransplantat (NTX); Differenzierung der NET-Patienten nach Alterskategorien (0 – 44, 45 – 64, 65 – 74 sowie ≥ 75 Jahre)

Darauf aufbauend Trendberechnung der Morbiditätsrate pro Einwohner der einzelnen Altersklassen und Rückrechnung auf Absolutzahlen unter

- Heranziehung der demografischen Entwicklung bis 2025

Auf Basis der prognostizierten Anzahl an NET-Patienten wurde der HDia-Platz-Richtwert für Tirol, wie er auch im ÖSG 2017 abgebildet ist, berechnet unter

- Heranziehung eines gemäß ÖSG anzustrebenden 10- bzw. 15-prozentigen PD-Anteils am DIA-Geschehen
- Annahme eines 3-2-Schichtbetriebs (15 Schichten/Woche)
- Berücksichtigung des NTX-Anteils an NET (Mittelwert der letzten 5 Jahre)

Ergebnis der kalkulatorischen Planung

Tabelle 1:

Hämodialysestandorte in Tirol, IST-Stand (2019) und SOLL-Empfehlung 2025

VR	PB	KA- / Amb. -Nr.	KA Kurzbezeichnung	HDia- Plätze ¹ IST 2019	HDia- Plätze ¹ SOLL 2025	Anmerkungen
71	Innsbruck	K706	LKH Universitätsklinikum Innsbruck	16	16	RFZ-Einstufung: Nephrologisches Zentrum (NEPZ)
71	Innsbruck	A70102	Innsbruck DTZ ²	20	20	-
71	Schwaz	A70902	Schwaz DTZ	16	16	-
72	Reutte	K717	BKH Reutte	5	7	-
72	Landeck	A70605	Zams DTZ ³	15	15	-
73	Kitzbühel	K719	BKH St. Johann	7	7	-
73	Kufstein	K731	BKH Kufstein ⁴	10	14	-
73	Kufstein	A70510	Thiersee DTZ ⁵	9	9	-
74	Lienz	K714	BKH Lienz	8	8	-
Gesamt				106	112	-

Quellen: TirKAP 2019, GÖ FP-eigene Erhebung

FN1: HDia-Platz-Angaben: exkl. Akut-Plätze

FN2: Innsbruck DTZ, Schichtbetrieb: Gem. Betreiberangaben, vormals 3-2-Schichtbetrieb; CoV-bedingt aktuell 2-2-Schichtbetrieb, nach Pandemie wiederum 3-2-Schichtbetrieb geplant

FN3: Zams DTZ, Schichtbetrieb: Gem. Betreiberangaben aktuell 2-2-Schichtbetrieb

FN4: BKH Kufstein: Unter Berücksichtigung des tatsächlichen Schichtbetriebes (2-2-Schichtbetrieb) wurde die Anzahl der Dialyseplätze beim BKH Kufstein unter Beibehaltung des Leistungsumfanges angepasst.

FN5: Thiersee DTZ: Standort eingeschränkt versorgungswirksam; Beibehaltung unter Prüfung der Einhaltung des ÖSG-Richtwertes von standortbezogen zumindest 3.000 HDia p.a.

Die oben dargestellten HDia-Kapazitäten (HDia-Plätze sowie aktuell unterlegter Schichtbetrieb) können als ausreichend betrachtet werden, um die bis 2025 erwartbare Anzahl an HDia-Patientinnen und Patienten in chronischer Behandlung zu versorgen. Gleichzeitig kann erwartet werden, dass allfällige Gastpatienten (Stichwort: Urlaubsdialyse) durch verfügbare Kapazitäten ebenfalls versorgt werden können.

Ausblick

Bedingt durch die ursprünglich unterschiedlichen Planungshorizonte der RSG stationär und ambulant erfolgte in Tirol die Gesundheitsplanung bisher getrennt nach Sektoren.

Mit der vorliegenden Zusammenführung der Planungsergebnisse in die RSG-PM und einem abgestimmten Planungshorizont 2025 wird die Grundlage für eine zukünftig gesamthafte und zwischen den Sektoren abgestimmte Planung geschaffen. Erklärtes Ziel der Zielsteuerungspartner ist es, zum Planungshorizont 2030 einen gesamthafte geplanten RSG in Tirol zu erstellen.

