

Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien

Planungskonzept für die stationäre Versorgung (Gültigkeitsbereich Fondskrankenanstalten)

Wissenschaftliche Grundlagen

Wien, im Juni 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Datengrundlagen	3
2	Methodik der Prognose.....	4
2.1	Ausnahme: Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	4
2.2	Ist-Analyse	4
2.3	Soll-Kalkulation	6
2.4	Darstellung Planungsgrößen.....	8
3	Grundsätzliche Planungsansätze	9
3.1	Planungsgröße betriebene Betten	9
3.2	Realisierungszeitpunkt.....	9
3.3	Dezentralisierung der Psychiatrie	9
3.4	Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	10
3.5	Wichtige Strukturveränderungen.....	11
3.6	Zentrale Aufnahmeeinheiten (ZAE).....	12
3.7	Schaffung flexibler, interdisziplinärer Strukturen	12
3.8	Bevölkerungsentwicklung.....	13
3.9	Nicht-Fondskrankenanstalten	14
4	Ergebnisdarstellung	15
4.1	Bettenentwicklung Gesamt	15
4.2	Gesamttabelle und Bettenmesszahlen	16
5	Krankenanstaltenbezogene Ergebnisse	17
6	Glossar	18

1 Datengrundlagen

Eine wesentliche Grundlage für die RSG-Planung im stationären Versorgungsbereich (Fondskrankenanstalten) ist der ÖSG. Dabei sind insbesondere folgende Angaben als Rahmenvorgabe planungsrelevant:

- Matrix Betten je Fachgebiet auf Ebene der Versorgungsregionen
- Matrix Fälle je LDF-Gruppe auf Ebene der Versorgungsregionen
- Strukturqualitätskriterien
- spezifische Mindestfallzahlen

Die RSG-Planung beruht auf einer umfassenden Auswertung der für die stationäre Versorgung relevanten Daten. Nachfolgend findet sich ein strukturierter Überblick zu den in der Planung genutzten Daten.

<i>Datenbasis</i>	<i>Demo- graphie</i>	<i>Struktur- daten</i>	<i>Leistungs- daten</i>	<i>Diagnose- daten</i>
Bevölkerungsstatistik (Alter / Geschlecht) auf Bezirksebene (Wien)	x			
Bevölkerungsprognose (Alter / Geschlecht) auf Bezirksebene (Wien) 2020	x			
K-DOK der Wiener Fonds-KA 2010		x	x	x
K-DOK der Fonds-KA der anderen Bundesländer 2010 (Quelle BMG)		x	x	x
Leistungs- und Strukturdaten der PRIKRAF-Krankenanstalten 2010 (Quelle BMG)		x	x	x
Leistungs- und Strukturdaten der UKHs der AUVA 2010 (Quelle BMG)		x	x	x
Bevölkerungsprognose (Alter / Geschlecht) Restösterreich	x			

2 Methodik der Prognose

Die Struktur- und Angebotsplanung im stationären Bereich erfolgt leistungsbezogen und basiert sowohl auf medizinischen und demographischen Entwicklungsprognosen als auch auf Optimierungsannahmen in Hinblick auf Angemessenheit und Effizienz. Ausgehend von der Analyse der Ist-Daten wurde eine Soll-Kalkulation erstellt, aus der Planzahlen abgeleitet wurden. Das grundsätzliche Vorgehen ist in Abbildung 1 dargestellt.

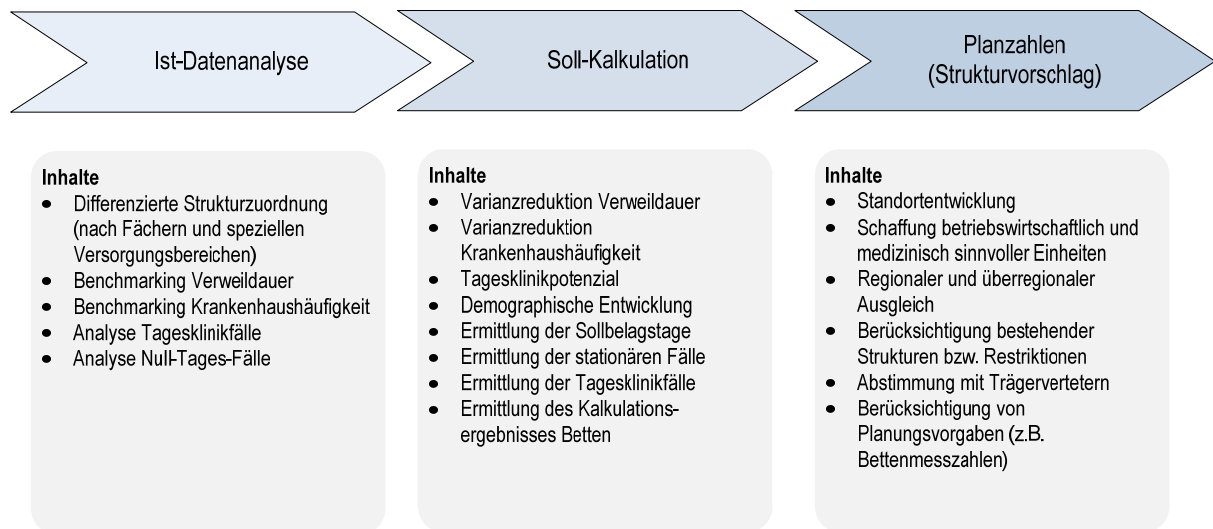


Abbildung 1: Methodik der Prognose

Die methodischen Grundlagen dieser Berechnungsschritte sind in den nachfolgenden Kapiteln detailliert beschrieben.

2.1 Ausnahme: Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für diese Bereiche wurde eine gesonderte Berechnung auf Basis Regionaler Anhaltszahlen durchgeführt.

2.2 Ist-Analyse

Relative Verweildauer (Ist)

Die tatsächliche Verweildauer (VWD) der Patientinnen und Patienten (Ist-Wert) wird pro Region bzw. Abteilung auf Ebene der LDF-Knoten¹ in Beziehung zu einem neu errechneten Benchmark² für die Belagstage (BT) gesetzt.

¹ LDF-Knoten (z.B. HDG01.01A) stellen im LKF-Modell verrechnungsrelevante Subeinheiten der LDF-Gruppen dar. Die Differenzierung erfolgt nach Alter, spezifischen medizinischen Einzelleistungen (MELs) und Zusatzdiagnosen und ermöglicht damit eine eingeschränkte Casemix-Standardisierung. Die LDF-Gruppen entsprechen homogenen Gruppen von Patientinnen und Patienten, die auf Basis von Hauptdiagnosen und medizinischen Einzelleistungen gebildet werden.

² Die Berechnung des Benchmarks erfolgt geschlechts- und alterskohortenspezifisch aus dem Median der Mittelwerte der Verweildauer des Knotens auf Ebene der Bezirke Österreichs.

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

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

Für Funktionseinheiten, die über Tagespauschalen abrechnen (z.B. AG/R, Neurologische Rehabilitation, Psychiatrie und KJP) und für Intensivstationen wird der Vergleichswert mit dem Ist-Wert gleichgesetzt, so dass als Wert für die relative VWD 1,00 resultiert.

Relative Krankenhaushäufigkeit (Ist)

Differenziert nach

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

wird die Anzahl der tatsächlichen Aufnahmen (Ist-Wert) in Beziehung zu einem rechnerisch ermittelten Vergleichswert gesetzt. Dieser Vergleichswert entspricht der Anzahl der Aufnahmen, die sich umgerechnet bei einer Übertragung eines Benchmarks für die Krankenhaushäufigkeit³ auf die entsprechende Bezugseinheit in der Region ergibt.

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

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

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

Anteil Tagesklinik (Ist)

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

³ Die Berechnung des Krankenhaushäufigkeits-Benchmarks erfolgt geschlechts- und alterskohortenspezifisch aus dem Median der Mittelwerte der Krankenhaushäufigkeit der jeweiligen LDF-Gruppe auf Ebene der Bezirke in Österreich.

Anteil O-Tagesaufnahmen

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

2.3 Soll-Kalkulation

Relative Verweildauer (Soll)

In der Soll-Planung wird statt der relativen Verweildauer (VWD) im Ist als Norm-Wert in der Regel eine relative Verweildauer von 0,95⁴ angenommen. Für die Bereiche Innere Medizin und Neurologie kommt ein Verweildauerwert von 1,0 zur Anwendung. Ausnahmen sind jene Bereiche, in denen derzeit diese Verweildauer im Ist bereits unterschritten wird. In diesen Fällen wird der niedrigere Wert fortgeschrieben.

Relative Krankenhaushäufigkeit (Soll)

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

- rel. KHH < 0,90 Erhöhung der relativen Krankenhaushäufigkeit auf 0,90
- rel. KHH > 1,10 Reduktion der relativen Krankenhaushäufigkeit auf 1,10

Der Normbereich für die relative KHH liegt damit innerhalb der Grenzen von 0,90 und 1,10. Liegt der Wert für die relative KHH im Ist bereits in diesem Bereich, wird er im Soll unverändert übernommen.

Damit werden bestehende Unterschiede in der Versorgungsdichte ausgeglichen. Voraussetzung für eine weitergehende Reduktion (in Richtung europäischer Durchschnittszahlen) der akutstationären Aufnahmen wäre eine verstärkte Integration der stationären mit der prästationären und poststationären Versorgung.

Inländische und ausländische Gastpatientinnen und –patienten werden mit den Ist-Daten fortgeschrieben.

Durchschnittliche Auslastung (Soll)

Der Norm-Wert für die durchschnittliche Auslastung (im Jahres- und Wochendurchschnitt) wird im Kalkulationsmodell mit 85% für Normalpflege angesetzt. Ausnahmen sind die Kinderabteilungen und die Gynäkologie und Geburtshilfe mit niedrigeren Auslastungsvorgaben (80%).

Damit werden allgemeine Auslastungsschwankungen (saisonal, über die Woche) sowie Vorhaltekapazitäten für Akutaufnahmen abgedeckt. Bettenpools stellen einen zusätzlichen Puffer für Auslastungsschwankungen der Abteilungen dar.

⁴ Der gegenüber dem Benchmark niedrigere Wert spiegelt die zu erwartende Entwicklung innerhalb des Planungshorizontes wieder.

Anteil Tagesklinik (Soll)

Die fachbezogenen Norm-Werte für den tagesklinischen Anteil an den derzeitigen stationären Aufnahmen basieren auf Einschätzungen von Expertinnen und Experten, die unter der Annahme folgender Voraussetzungen vorgenommen wurden:

- Infrastruktur und Abläufe, die sich an Patientinnen und Patienten orientiert
- Adäquate Nachsorge
(in Kooperation mit extramuralen Einrichtungen)

Abteilungen, die im Ist höhere Werte haben, werden mit diesen fortgeschrieben.

In Bereichen, in denen die Etablierung einer Tagesklinik nicht relevant ist (z.B. Intensivbereiche), es aber trotzdem zu 0-Tagesaufnahmen kommt, werden die Ist-Werte fortgeschrieben.

Anteil 0-Tagesaufnahmen (Soll)

Bei einer Reduktion der 0-Tagesaufnahmen wird eine Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich vorgeschlagen.

Bevölkerungsprognose

Basierend auf der Prognose der Bevölkerungsentwicklung für das Jahr 2020 erfolgt die Kalkulation eines Bevölkerungsentwicklungsfaktors differenziert nach Fachgebiet, Quellregion⁵ der Patientinnen und Patienten, Geschlecht und Alterskohorte.

Kalkulierte Fallzahlen

Es wird die errechnete Anzahl der stationären Aufnahmen nach Anpassung der relativen Krankenhaushäufigkeit auf den Norm-Bereich (Soll) und die Anpassung der Bevölkerungsentwicklung ermittelt. Kalkuliert werden ausschließlich die Direktaufnahmen in die Krankenanstalt ohne interne Verlegungen, die Zuordnung erfolgt jeweils zur aufnehmenden Fachrichtung (bzw. Abteilung).

Belagsdauer (Summe Belagstage)

Es wird die Anzahl der kalkulatorisch ermittelten Belagstage nach Anpassung der relativen Krankenhaushäufigkeit, der Verweildauer, des Anteils tagesklinischer Patientinnen und Patienten auf die entsprechenden Norm-Werte (Soll) und die Anpassung der Bevölkerungsentwicklung dargestellt.

⁵ Diese Berechnung ist damit unabhängig vom Krankenanstaltenstandort und berücksichtigt die Versorgung von in- und ausländischen Gastpatientinnen und -patienten.

Rechnerischer Bettenbedarf

Auf Basis der kalkulierten Belagstage und dem festgelegten Auslastungsgrad (Norm-Auslastung (Soll)) wird der durchschnittliche Bettenbedarf errechnet.

$$\text{Betten} = \frac{\text{Belagstage}}{365} * \frac{1}{\text{Auslastungsgrad}}$$

Der rechnerische Bettenbedarf bezieht sich auf versorgungswirksame Betten. Grundsätzlich sind Auslastungsschwankungen (saisonal und unter der Woche) in den rechnerischen Betten abgedeckt. Zusätzlich kann die Flexibilität der Strukturen durch eine sinnvolle Bildung von Bettenpools (interdisziplinär belegbare Betten) noch weiter erhöht werden, um fachspezifische Schwankungen noch besser abzufedern.

Tagesklinik-Fälle (Erwartungswert)

Ausgehend von den kalkulierten Fallzahlen (stationäre Aufnahmen) und dem festgelegten Anteil tagesklinischer Fälle (Soll) wird die absolute Anzahl der erwarteten tagesklinischen Fälle ermittelt.

Kalkulatorische Betten

Für die kalkulatorische Bettenermittlung werden die Tagesklinik-Fälle in Betten umgerechnet (250 Fälle ergeben über das Jahr gerechnet ein Bett bzw. einen Platz) und dem rechnerischen Bettenbedarf hinzugefügt.

2.4 Darstellung Planungsgrößen

In der Überleitung von den Kalkulationsergebnissen zum tatsächlichen Planungsvorschlag fließen insbesondere folgende Überlegungen ein

- Standortentwicklung
- Schaffung betriebswirtschaftlich und medizinisch sinnvoller Einheiten
- Optimierung der Betriebskosten
- Optimierung der Investitionskosten
- Regionaler und überregionaler Ausgleich
- Berücksichtigung bestehender Strukturen bzw. Restriktionen
- Abstimmung mit Expertinnen und Experten bzw. Trägerverteterinnen und Trägervertetern
- Berücksichtigung von Planungsvorgaben (z.B. Bettenmesszahlen)

3 Grundsätzliche Planungsansätze

3.1 Planungsgröße betriebene Betten

Es sind die Zielwerte für die tatsächlichen Betten 2020 dargelegt. Die dargestellten Bettenkapazitäten enthalten auch die Tagesklinikbetten bzw. -plätze. Da die Planvorgaben auf Obergrenzen betriebener Betten abzielen, darf bei Nachweis regelhafter betriebsbedingter Sperren (z.B. Sommersperren, Wochenkliniken) im übrigen Zeitraum eine entsprechend höhere Zahl von Betten betrieben werden. Dadurch soll sich aber die Gesamtzahl der Betten eines Standortes um nicht mehr als 5% erhöhen.

3.2 Realisierungszeitpunkt

Die Zielwerte beziehen sich auf das Jahr 2020 (bzw. soweit relevant auf den Zeitraum nach der Inbetriebnahme der großen Bauprojekte aus dem Spitalskonzept 2030).

3.3 Dezentralisierung der Psychiatrie

Die Gesamtbettenzahl aus dem derzeit noch gültigen RSG (820 Betten) wird grundsätzlich beibehalten. Die Bettenmesszahl (BMZ) für die regionale und zentrale Versorgung liegt demnach bei ca. 0,45 (Betten pro 1000 Einwohner). Abbildung 2 stellt den Vorschlag zur geplanten Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung, die aufgrund der Schließung des Otto-Wagner-Spitals notwendig wurde, dar. Dabei wurde die Anzahl der Regionen, die vom PSD versorgt werden, aufrechterhalten.

Insgesamt sind 812 Betten für die Zentral- und Regionalversorgung geplant. Für die Zentralversorgungsfunktion sind 224 Betten vorgesehen, dies entspricht 0,12 Betten/1000 EW:

- AKH 132 Betten (inkl. 9 Intensivbetten Psychiatrie)
- KFJ 72 Betten Sucht- und Drogenzentrum (derzeit OWS)
- KHR 20 Betten Behindertenpsychiatrie

Für die Regionalversorgung sind 588 Betten vorgesehen (entspricht 0,32 Betten/1000 EW). Diese verteilen sich auf die Schwerpunktkrankanstalten des KAV. Das KHR und WSP versorgen in diesem Vorschlag jeweils zwei PSD-Regionen. Allfällige weitere Spezialisierungen sind im Rahmen dieser Strukturen vorzuhalten. An allen Regionalabteilungsstandorten werden Tageskliniken vorgesehen (10 Plätze pro Standort, ausgenommen im KH Hietzing und im Wilhelminenspital, die mit je 2 Regionalabteilungen über insgesamt mehr Tagesklinikplätze verfügen sollen)

Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien
Planungskonzept für die stationäre Versorgung

Psychiatrie	BMZ Soll 0,45 Betten/1.000 Ew.								
	Regionalversorgung								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Σ Regional
KAR	WSP	KFJ	KHR	KHR	WSP	KHN	DSP		
Bezirke	3., 4., 11.	1., 6., 7., 8., 9., 19.	5., 10.	12., 23.	13., 14., 15.	16., 17., 18.	20., 21.	2., 22.	1.811.554
EW 2020	216.493	215.733	241.773	197.185	215.389	207.722	240.142	277.117	
Normalbetten	60	60	70	60	60	60	60	80	510
Tagesklinikplatz	10	10	10	6	12	8	12	10	78
Betten Regionalversorgung	70	70	80	66	72	68	72	90	588
Bettenmessziffer Regional	0,32	0,32	0,33	0,33	0,33	0,33	0,30	0,32	0,325
Zentralversorgung								Σ Zentral	
AKH		KFJ		KHR					
Normalpflege		Intensiv		Suchtzentrum		Behinderte			
Betten Zentralversorgung	123		9		72		20		224
Bettenmessziffer Zentralversorgung									0,124
									Σ RSG
Gesamtbetten RSG (inkl. Intensivbetten)									812
Bettenmessziffer RSG									0,45
									Σ RSG+ Verlagerung
Zusätzliche Funktionen				70 Betten					
Strukturverlagerung an SDHN									
Gesamtbetten RSG plus Verlagerung									882
Bettenmessziffer RSG									0,49

Abbildung 2: Darstellung der Bettenzuordnung in der Psychiatrie

Nicht im RSG berücksichtigt sind 23.000 Belagstage der heutigen Versorgung im Drogenbereich. Diese werden zukünftig außerhalb des fondsfinanzierten Bereiches erbracht und sind daher nicht mehr Bestandteil des RSG. Dies entspricht 70 Betten (bei einer 90%-igen Auslastung). Gleiches gilt für den Bereich der forensischen Psychiatrie, dessen Kapazitäten vom Justizministerium übernommen werden. Die Versorgungsfunktion des Therapiezentrum Ybbs / Psychiatrisches Krankenhaus wurde und wird weiterhin nicht über den RSG-Wien definiert und ist daher nicht in die BMZ eingerechnet. In Summe umfasst der RSG-Bereich somit 812 Betten. Gegenüber dem aktuellen WKAP, der 820 Betten vorsieht, ist eine nominelle Reduktion um 8 Betten vorgesehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nahezu 70 Betten, die ins Sucht- und Drogenhilfe Netzwerk (SDHN) verlagert wurden, im neuen RSG nicht mehr aufscheinen, obwohl ihre Versorgungswirksamkeit erhalten bleibt. De facto sieht der RSG somit eine Steigerung der Psychiatriebetten - insbesondere im Regionalversorgungsbereich - vor.

3.4 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Bereich KJP erfolgt eine Ausweitung. Im AKH wird die Anzahl der von 29 auf 40 Betten ausgebaut. Die KJP-Betten aus dem KHR werden ins WSP verlagert, und dabei die Abteilung von 28 auf 36 aufgebaut. Für das KHN

ist eine zusätzlich eine neu geschaffene KJP-Abteilung mit 30 Betten vorgesehen. Damit steigt die Kapazität in der KJP um 49 Betten (86%).

3.5 Wichtige Strukturveränderungen

Verlagerung der OWS-Abteilungen in Schwerpunktkrankenanstalten

Vor dem Hintergrund der Dezentralisierung der Psychiatrie und der Verlagerung einer der beiden pulmologischen Abteilungen an das KHN bzw. KFJ wurde die Versorgungsfunktion der verbleibenden Einheiten evaluiert.

Nachdem sowohl in Bezug auf die Strukturqualität als auch die Betriebskosten eine Integration der verbleibenden Funktionen in die Schwerpunktkrankenanstalten vorteilhaft erscheint, wird eine entsprechende Strukturentwicklung vorgeschlagen.

In Abbildung 3 sind die entsprechenden Strukturverlagerungen dargestellt.

Ablöse Standort OWS – Verlagerung der Versorgungsaufgaben

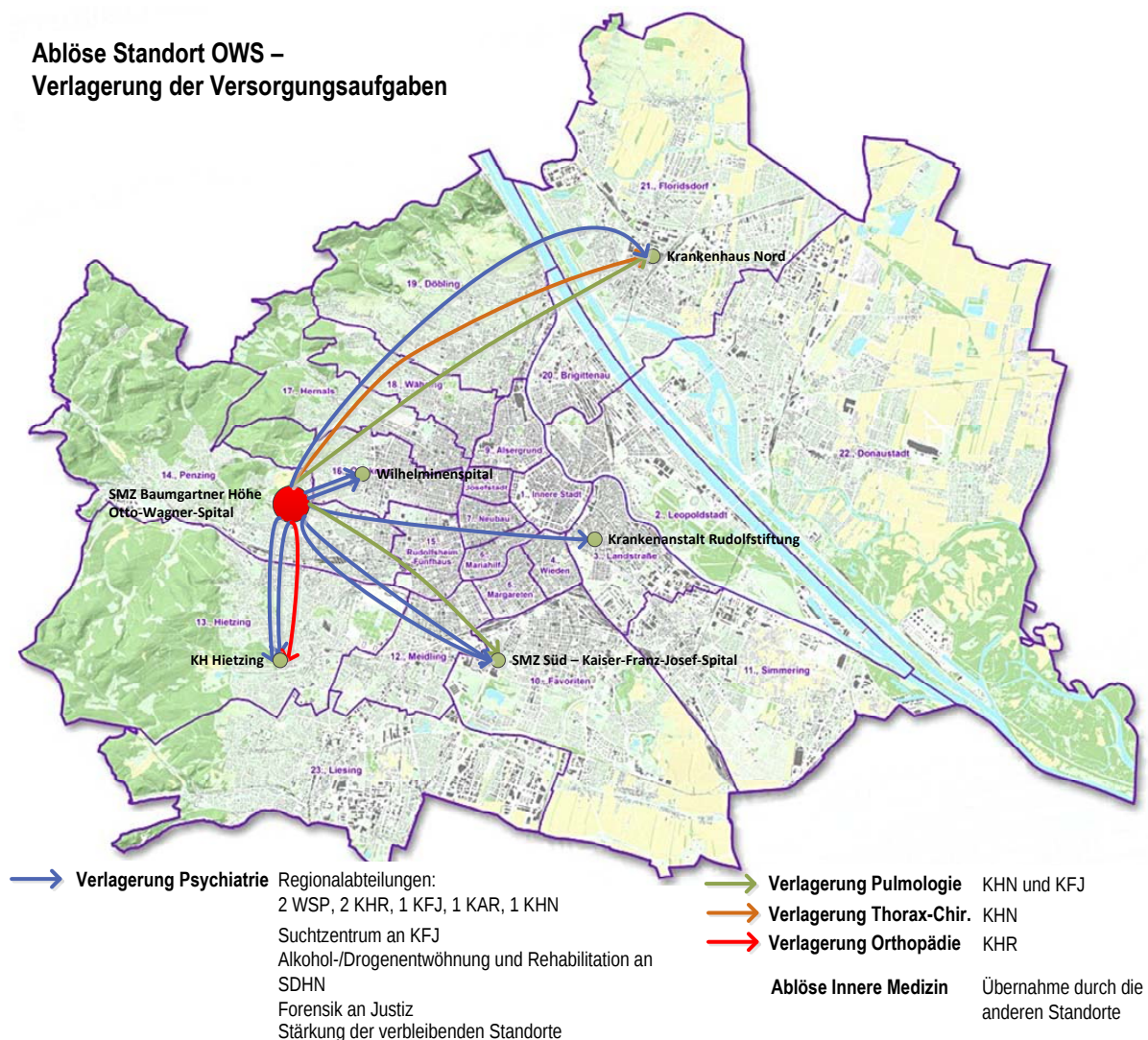


Abbildung 3: Ablöse OWS

Schließung Kaiserin Elisabeth Spital und Sophienspital

Die Schließung dieser beiden Standorte entspricht dem Spitalskonzept 2030. Die Versorgungskapazität wird innerhalb des KAV aufgefangen.

Umwandlung des Krankenhauses der Elisabethinen

Das Krankenhaus der Elisabethinen wird als eigenständige Akutkrankenanstalt geschlossen und soll eine veränderte Versorgungsfunktion mit Schwerpunkt im Pflegebereich erhalten. Demnach bleibt der Standort als Gesundheitseinrichtung bestehen.

Das Hartmannspital wird zukünftig am Standort St. Elisabeth disloziert ein begrenztes Versorgungsangebot im Bereich der inneren Medizin mit Akutgeriatrie und Palliativmedizin betreiben. Komplementäre medizinische und pflegerische Angebote, die nicht Bestandteil des RSG sind, sollen entwickelt werden.

3.6 Zentrale Aufnahmeeinheiten (ZAE)

Im AKH, den Schwerpunktkrankenanstalten des KAV, im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und dem Hanusch Krankenhaus sollen Zentrale Aufnahmeeinheiten (ZAE) geschaffen werden. In der Planung sind diese Einheiten nicht explizit ausgewiesen. In der Umsetzung sind die Bettenkapazitäten der ZAE durch Umwidmung der im RSG fachbezogen dargestellten Kapazitäten zu schaffen.

3.7 Schaffung flexibler, interdisziplinärer Strukturen

Folgende Ansätze flexibler Strukturen sollen die Effizienz und Resilienz der Strukturen sicherstellen:

- Forcierung der Interdisziplinären Belegung in Bereichen der Normalstation
- Schaffung interdisziplinärer tageschirurgischer Einrichtungen

3.8 Bevölkerungsentwicklung

Grundsätzlich wächst die Versorgungsregion 93 nördlich der Donau am stärksten, jedoch wachsen alle Regionen signifikant. Die drei am schnellsten wachsenden Bezirke Donaustadt, Simmering und Liesing befinden sich in unterschiedlichen Versorgungsregionen. Die Bezirke Josefstadt und Alsergrund sind die am langsamsten wachsenden Bezirke.

	EW 2010	EW 2015	Δ% 2010-2015	EW 2020	Δ% 2010-2020
VR 91	747.917	769.861	2,9%	792.219	5,9%
Wien 1., Innere Stadt	16.981	17.335	2,1%	17.710	4,3%
Wien 2., Leopoldstadt	95.206	99.111	4,1%	102.346	7,5%
Wien 3., Landstraße	83.652	84.645	1,2%	86.217	3,1%
Wien 4., Wieden	30.731	31.730	3,3%	32.703	6,4%
Wien 5., Margareten	52.690	53.957	2,4%	55.215	4,8%
Wien 6., Mariahilf	29.517	30.512	3,4%	31.373	6,3%
Wien 7., Neubau	30.170	31.010	2,8%	31.766	5,3%
Wien 8., Josefstadt	23.707	23.812	0,4%	24.091	1,6%
Wien 9., Alsergrund	39.263	39.470	0,5%	39.905	1,6%
Wien 10., Favoriten	174.496	180.260	3,3%	186.558	6,9%
Wien 11., Simmering	88.943	93.382	5,0%	97.573	9,7%
Wien 20., Brigittenau	82.561	84.637	2,5%	86.762	5,1%
VR 92	651.431	670.722	3,0%	691.184	6,1%
Wien 12., Meidling	88.026	92.005	4,5%	95.648	8,7%
Wien 13., Hietzing	51.237	52.077	1,6%	53.196	3,8%
Wien 14., Penzing	84.500	86.762	2,7%	89.380	5,8%
Wien 15., Rudolfsheim-Fünfhaus	70.689	71.502	1,2%	72.813	3,0%
Wien 16., Ottakring	95.173	98.318	3,3%	101.340	6,5%
Wien 17., Hernals	52.831	54.213	2,6%	55.714	5,5%
Wien 18., Währing	48.021	49.338	2,7%	50.668	5,5%
Wien 19., Döbling	68.337	69.407	1,6%	70.888	3,7%
Wien 23., Liesing	92.617	97.100	4,8%	101.537	9,6%
VR 93	296.335	312.533	5,5%	328.151	10,7%
Wien 21., Floridsdorf	140.918	147.194	4,5%	153.380	8,8%
Wien 22., Donaustadt	155.417	165.339	6,4%	174.771	12,5%
Wien	1.695.683	1.753.116	3,4%	1.811.554	6,8%

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung nach Bezirken

Die Bevölkerungsentwicklung in Wien unterliegt einem dynamischen Wachstum, wobei das Wachstum in den Zeitperioden zwischen 2010-2015 und 2015-2020 praktisch konstant bleibt. Die Versorgungsregionen VR91 und VR92 werden bis 2020 insgesamt um ca. 6% wachsen, wobei das Wachstum vor allem in den Altersgruppen

unter 20 und über 65 Jahren stattfindet. Nördlich der Donau (VR93) wächst die Bevölkerung bis 2020 mit 10,7% schneller. Dieser Anstieg beruht zum Großteil auf dem relativ starken Wachstum der ältesten Bevölkerungsgruppe.

	EW 2010	EW 2015	Δ% 2010-2015	EW 2020	Δ% 2010-2020
VR 91	747.917	769.861	2,9%	792.219	5,9%
unter 20 Jahre	139.431	143.799	3,1%	150.237	7,8%
20-64 Jahre	488.907	501.112	2,5%	512.174	4,8%
65 Jahre und älter	119.579	124.950	4,5%	129.808	8,6%
VR 92	651.431	670.722	3,0%	691.184	6,1%
unter 20 Jahre	123.552	126.722	2,6%	132.224	7,0%
20-64 Jahre	408.073	417.253	2,2%	426.735	4,6%
65 Jahre und älter	119.806	126.747	5,8%	132.225	10,4%
VR 93	296.335	312.533	5,5%	328.151	10,7%
unter 20 Jahre	66.024	67.218	1,8%	70.196	6,3%
20-64 Jahre	182.495	191.527	4,9%	200.072	9,6%
65 Jahre und älter	47.816	53.788	12,5%	57.883	21,1%
Wien	1.695.683	1.753.116	3,4%	1.811.554	6,8%

Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen

3.9 Nicht-Fondskrankenanstalten

Die Versorgungsleistung der Unfallkrankenhäuser der AUVA und der PRIKRAF-Krankenanstalten wurde in der Bedarfsberechnung (auf Basis der Ist-Leistungen 2010) entsprechend berücksichtigt aber nicht planerisch ausgewiesen.

In der Strukturentwicklung der Fondskrankenanstalten wurde davon ausgegangen, dass diese Krankenanstalten in ihrer Versorgungsfunktion erhalten bleiben.

4 Ergebnisdarstellung

4.1 Bettenentwicklung Gesamt

Die Auswirkungen der einzelnen Kalkulations- und Planungsschritte sind in Abbildung 4 dargestellt. Ausgangspunkt sind die tatsächlich betriebenen Betten 2010 (grauer Balken), die nachfolgenden Balken zeigen die rechnerischen Veränderungen zum Bettenstand (Bettenzuwachs bzw. Bettenreduktion) nach jedem Kalkulations- bzw. Planungsschritt. Das Kalkulationsergebnis und der Planungsvorschlag 2015 sind als blauer Balken bzw. roter Balken dargestellt.

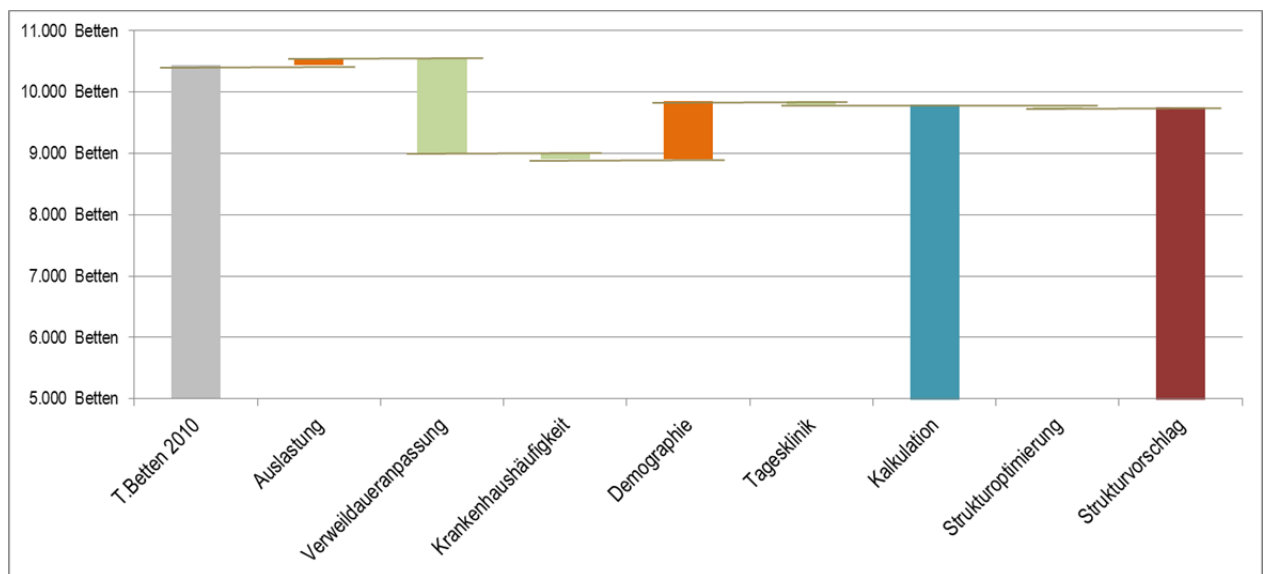


Abbildung 4: Kalkulatorische Bettenentwicklung

4.2 Gesamttabelle und Bettenmesszahlen

Die Bettenplanstruktur Neu ist der Abbildung 5 zu entnehmen.

Wien - Fonds-KH Gesamt																														
Betten Normalpflege		CH	NCH	IM	GGH	NEU	KI	KCH	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	STR	NUK	AN	PSO E	PSO K	PSY	KJP	AGR	PAL	GEM	Normalpflege	
WKAP 2010 (Sys. Betten)		1.280	146	3.044	584	682	388	90	156	193	210	261	75	254	778	371	38	57							859	106	473	90	133	10.237
tatsächliche Betten 2010		1.152	131	3.092	610	655	283	85	188	185	236	292	64	301	742	350	39	90	12		26	26	786	57	353	76	23		9.854	
PLAN Betten 2020		1.115	131	2.675	577	613	236	86	116	130	178	283	61	216	716	340	28		56	8	26	18	803	106	475	92	14		9.099	
Betten Intensivpflege		INTE	INTK	ICUE	IMCE	NICU	NIMC	PICU	PIMC	Intensivpflege																				
WKAP 2010 (Sys. Betten)		517	184							701																10.938				
tatsächliche Betten 2010		294	159	46		47	25	62		633																10.487				
PLAN Betten 2020		296	217	42		84	33	72		744																9.843				

Abbildung 5: Bettenstrukturplan

5 Krankenanstaltenbezogene Ergebnisse

Siehe Tabellen im Anhang.

6 Glossar

A

AEE	Ambulante Erstversorgungseinheit
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AKH	Allgemeines Krankenhaus
AN	Anästhesie
AU	Augenheilkunde
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

B

BBR	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
BHS	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern
BMZ	Bettenmesszahlen
BT	Belagstage

C

CH	Allgemeinchirurgie
----	--------------------

D

DER	Dermatologie
D.I.A.G.	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
DSP	Donauspital

E

EHC	Ebner Hohenauer HC Consult
-----	----------------------------

F

FLO	Krankenhaus Floridsdorf
Fonds-KA	Fondsrankenanstalten

G

GEM	gemischter Belag
GER	Krankenhaus Gersthof
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
Göttl. Heiland	Krankenhaus Göttlicher Heiland
Gyn.	Gynäkologie

H

HNO	Hals Nasen Ohrenkrankheiten
HJK	Herz Jesu Krankenhaus
HKH	Hanusch Krankenhaus

I

ICU E	Intensive Care Unit Erwachsene
IM	Innere Medizin
IMC E	Intermediate Care Unit Erwachsene

INT E	Intensivmedizin Erwachsene
INT K	Intensivmedizin Kinder und Jugendliche
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NIMC	Neonatal Intermediate Care
PICU	Pediatric Intensive Care Unit
PIMC	Pediatric intermediate Care
Interdisz.	Interdisziplinär
Internat.	International

K

K.Bett	Kalkulatorisches Bett
K-DOK	Krankenhausdokumentation
KA	Krankenanstalt
KAR	Krankenanstalt Rudolfstiftung
KCH	Kinderchirurgie
KES	Kaiserin Elisabeth Spital
KFJ	Kaiser-Franz-Josef-Spital
KH	Krankenhaus
KHH	Krankenhaushäufigkeit
KHN	Krankenhaus Nord
KHR	Krankenhaus Hietzing mit Standort Rosenhügel
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie

L

LDF	Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

M

MBDS	Minimum Basic Data Set
MEL	Medizinische Einzelleistung
MKG	Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie

N

NCH	Neurochirurgie
NEU	Neurologie
NUK	Nuklearmedizin

O

OR	Orthopädie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
OWS	Otto Wagner Spital

Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien

Planungskonzept für die stationäre Versorgung

P

PAL	Palliativmedizin
PCH	plastische Chirurgie
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten- Finanzierungsfonds
PSD	Psychosozialer Dienst
PUL	Pulmologie

R

REHA	Rehabilitation
rel.	relative
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit

S

SDHN	Sucht- und Drogenhilfe Netzwerk
SRN	Strahlentherapie-Radioonkologie / Nuklearmedizin
STR	Strahlentherapie

T

Th. Chir.	Thoraxchirurgie
TK	Tagesklinik

U

UC	Unfallchirurgie
UKH	Unfallkrankenhaus
URO	Urologie

V

VR	Versorgungsregion
VWD	Verweildauer

W

WSP	Wilhelminenspital
-----	-------------------

Z

ZAE	Zentrale Aufnahmeeinheit
-----	--------------------------