



Bettina Haslinger
Johannes Hohenauer
Manuela Kirschner
Sophie Noll
Max Woche

Wien, Dezember 2025

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT (RSG) WIEN

RSG Wien 2030

Methodenbeschreibung

KURZFASSUNG

Hintergrund

Die BDO Health Care Consultancy GmbH wurde im Juni 2024 vom Wiener Gesundheitsfonds beauftragt, gemäß den Vorgaben des Auftraggebers (Leistungsverzeichnis) einen „Regionalen Strukturplan Gesundheit 2030“ (RSG) zu erstellen, aufgeteilt in die Sektoren stationär und ambulant - wobei auch die Prämisse „digital vor ambulant vor stationär“ und die Berücksichtigung anderer Planungsprozesse (z.B. Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Rettungsdienst) - abgebildet werden.

Die Planung des stationären Sektors ist zentraler Bestandteil des Regionalen Strukturplans Gesundheit für Wien 2030 und basiert ebenso wie die Planung des ambulanten Sektors auf den Vorgaben des „Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) 2023“ (idgF) - wie von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen.

Zielsetzung der Planung im ambulanten Sektor ist, für die ärztliche ambulante Versorgung Wiens - basierend auf einer IST-Analyse 2022 bzw. für den Planungshorizont - Planungsempfehlungen in Bezug auf die ambulante Versorgung insgesamt (Spitalsambulanzen, niedergelassenen Ärzt:innen, Primärversorgungseinheiten sowie Kassen- und selbstständigen Ambulatorien) zu erarbeiten.

Ziele

Gewährleistung einer qualitätsvollen, bedarfsorientierten, medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvollen und regional abgestimmten Versorgung. BDO Health Care Consultancy GmbH unterstützt diesen Prozess als Auftragnehmerin durch ihre fachliche Expertise und trägt mit ihren Leistungen zur Entwicklung bedarfsgerechter sowie den Rahmenvorgaben des ÖSG (idgF) entsprechenden Strukturplanungen und Planungsgrundlagen bei.

Methoden

Erstellung idealtypischer Planungsempfehlungen auf Basis fundierter Analysen der Ist-Versorgungssituation aus unterschiedlichen Perspektiven unter Berücksichtigung aussagekräftiger Indikatoren. Dabei werden auch Prognosemodelle herangezogen, die neben demografischen Entwicklungen und inländischen Gastpatient:innenströmen insbesondere Aspekte wie Belagsdauern, Tagesbehandlungspotenziale und weitere relevante Einflussfaktoren einbeziehen. In der anschließenden Phase der Abstimmung mit Systempartnern unterstützt die BDO Health Care Consultancy GmbH den Auftraggeber, durch die Ausarbeitung ergänzender Analysen bei Detailfragen sowie durch laufendes Monitoring und die Evaluation von Zwischenergebnissen.

Ergebnisse

Erarbeitung der Strukturplanung des Regionalen Strukturplans Gesundheit für Wien 2030. Ausarbeitung der Planungsmatrizen gemäß den Vorgaben des ÖSG 2023 (idgF) im Format des Regionalen Strukturplans Gesundheit.

INHALT

KURZFASSUNG	1
1. EINLEITUNG	4
1.1. Projektauftrag und Ziel	4
2. RAHMENBEDINGUNGEN	5
2.1. Demografie	5
2.2. Morbidität.....	8
2.3. Versorgungsrelevante Besonderheiten einer Stadt.....	8
3. PLANUNGSMETHODIK	10
3.1. Methodik Stationär.....	10
3.1.1. Datengrundlagen	10
3.1.2. Methodenbeschreibung vollstationärer Bereich.....	11
3.1.3. Geplante Leitungsentwicklung in ausgewählten Bereichen.....	18
3.1.4. Methodik Tagesklinische Plätze und Ambulante Betreuungsplätze	19
3.2. Methodik Ambulant	20
3.2.1. Datengrundlagen	20
3.2.2. Modell der ÄAVE-Planung.....	21
3.2.3. Methodenbeschreibung	22
3.2.4. Die Analyse- und planungsrelevanten Faktoren im Detail.....	28
3.3. Methodik Dialyseplätze	34
3.4. Methodik Grossgeräte	35
4. ERGEBNISSE	36
4.1. IST-Stand-Analyse 2022	36
4.1.1. Stationär	36
4.1.2. Ambulant	36
4.2. Kalkulatorische Planung 2030	42
4.2.1. Stationär	42
4.2.2. Ambulant	42
4.3. Überblick Planungsempfehlungen	47
4.4. Planungsempfehlungen und ÖSG-Planungsrichtwerte	49
4.4.1. Stationär	49
4.4.2. Ambulant	53
5. PLANUNG VON PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN	56
5.1. Methode.....	56

5.2. Ergebnisse	58
5.3. Planung der PVE für Kinder- und Jugendliche.....	60
6. PLANUNG VON VERGEMEINSCHAFTUNGSFORMEN	61
TABELLENVERZEICHNIS	65
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	66
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	67
QUELLENVERZEICHNIS.....	69
ANHANG.....	70

1. EINLEITUNG

1.1. PROJEKTAUFTAG UND ZIEL

Im Juni 2024 wurde die BDO Health Care Consultancy GmbH (BDO) vom Wiener Gesundheitsfonds (WGF) mit der Erstellung der Strukturplanung für die stationären und ambulanten Bereiche des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) für Wien beauftragt. Als Ausgangspunkt für die Planungsarbeiten diente der Versorgungsstand des Jahres 2022, als Planungshorizont wurde das Jahr 2030 festgelegt. Mit der Vorlage des Ergebnisberichts wurden die Arbeiten abgeschlossen.

Sowohl der RSG Wien stationär 2030 (RSGW stat 2030) als auch der RSG Wien ambulant 2030 (RSGW amb 2030) basieren auf den Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) 2023 (idgF) sowie auf der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des ÖSG 2023 (idgF). Der ÖSG bildet die bundesweit verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Während die Festlegungen, Richtwerte und Strukturqualitätskriterien des ÖSG eine bundesweite Rahmenplanung darstellen, erfolgt im RSG Wien eine detaillierte Leistungs- und Angebotsplanung auf regionaler und lokaler Ebene, bei der regionale Spezifika sowie Wechselwirkungen zwischen den Versorgungsregionen berücksichtigt werden. Um sicherzustellen, dass die Planungen integrativ und zuständigkeitsübergreifend abgestimmt erfolgen können, wurde die Erstellung des RSG in enger Abstimmung zwischen dem Wiener Gesundheitsfonds und der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK - Landesstelle Wien) durchgeführt, die beide im Rahmen der operativen Projektsteuerung die Interessen der Landeszielsteuerungskommission vertraten. Bereiche, die bereits bundeseinheitlich geregelt sind, wie etwa die medizinisch-technischen Großgeräte, die stationäre medizinische Rehabilitation oder die überregionale Versorgungsplanung, wurden nicht in die regionale Planung einbezogen.

Der RSGW stat 2030 bildet einen wesentlichen Bestandteil des Regionalen Strukturplans und enthält Planungsaussagen für die akutstationären, tagesklinischen und z.T. spitalsambulanten Bereiche. Er bezieht sich auf die Wiener landesfondsfinanzierten Akutkrankenanstalten und teilweise auch auf weitere Akutkrankenanstalten in Wien. Die von BDO erarbeiteten Planungsempfehlungen für die Krankenanstalten sowie die Dialyseversorgung stellten die Grundlage für den nachfolgenden Abstimmungsprozess mit den Systempartnern der akutstationären Gesundheitsversorgung dar, der von BDO fachlich begleitet wurde.

Der RSGW amb 2030 wiederum widmet sich der Planung der ärztlichen ambulanten Versorgung in Wien. Grundlage hierfür sind die drei Versorgungsregionen Wien-Mitte-Südost (VR 91), Wien-West (VR 92) und Wien-Nordost (VR 93). Für die Primärversorgung erfolgte zusätzlich eine kleinteilige Planung auf Ebene der Prognoseregionen bzw. Bezirke. Ziel war es, Empfehlungen zu erarbeiten, die eine gleichmäßige, bestmöglich erreichbare sowie zugleich wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle ambulante Versorgung sicherstellen. In die Betrachtungen wurden dabei Spitalsambulanzen, niedergelassene Ärzt:innen, Primärversorgungseinheiten (PVE) sowie Kassen- und selbstständige Ambulatorien einbezogen. Besondere Aufmerksamkeit galt der Standortplanung für PVE: Ausgangspunkt waren die bestehenden Einheiten, jedoch wurde auch eine flächendeckenden Erweiterung insofern berücksichtigt, sodass zumindest in jedem Wiener Bezirk eine Primärversorgungseinheit vorgesehen ist. Die Analysen und Planungen basierten auf einer umfassenden IST-Stand-Erhebung für das Jahr 2022 und wurden mit bewährten, zugleich aber auch weiterentwickelten Methoden durchgeführt, um tragfähige und zukunftsorientierte Empfehlungen das Jahr 2030 zu entwickeln.

2. RAHMENBEDINGUNGEN

2.1. DEMOGRAFIE

Das Bundesland Wien hatte laut Magistratsabteilung für Wirtschaft, Arbeit und Statistik (MA23) per 1.1.2023 rund 1.981.100 Einwohner:innen (EW). Laut Bevölkerungsprognose der MA23 wird die Bevölkerungszahl bis zum 1.1.2030¹ um 114.500 (+5,8 %) ansteigen, bis 2040 werden es insgesamt 221.400 (+11,2 %) sein. Der Anteil der 65-jährigen und älteren Personen wird sich dabei von 16,4 % im Jahr 2023 auf 17,6 % im Jahr 2030 bzw. 19,2 % im Jahr 2040 erhöhen. Das sind bis 2030 um rund 45.500 Menschen bzw. bis 2040 insgesamt um rund 99.100 Menschen über 65 Jahre. Ebenso steigen werden die unter 15-jährigen, und zwar von 287.600 Menschen (2023) auf 298.200 Menschen im Jahr 2030 bzw. 309.600 Menschen im Jahr 2040. Die Anteile in dieser Altersgruppe werden jedoch von 14,5 % 2023 auf 14,2 % im Jahr 2030 bzw. 14,1 % im Jahr 2040 sinken. Diese Altersgruppe steigt demnach im Vergleich zu den anderen Altersgruppen weniger stark an. Der Frauenanteil wird in diesem Zeitraum zwischen 50 % und 52 % liegen.

Die VR 91, Wien-Mitte-Südost, stellt mit rund 853.300 die bevölkerungsreichste Versorgungsregion Wiens dar. Damit leben rund 43 % der Wiener:innen in dieser Versorgungsregion. Dieser Anteil wird im Jahr 2030 leicht sinken und 2040 bei rund 42 % liegen. Die Bevölkerungsanzahl selbst wird bis 2030 um +4,7 % und insgesamt bis 2040 um +8,4 % steigen. Der Anteil der 65-jährigen und älteren Personen wird sich dabei von 14,5 % im Jahr 2030 auf 15,5 % (2030) bzw. 17,1 % (2040) erhöhen. Der Anteil, der unter 15-Jähriger wird von 13,9 % (2023) auf 13,6 % (2030 und 2040) sinken, wobei die absoluten Bevölkerungsanzahlen dieser Altersgruppe um rund 3.200 (bis 2030) bzw. insgesamt rund 7.700 (bis 2040) Personen steigen werden.

Die VR 92, Wien-West, stellte im Jahr 2023 mit rund 732.200 Einwohner:innen rund 37 % der Wiener Bevölkerung. Dieser Anteil wird bis 2030 um einen Prozentpunkt auf rund 36 % bzw. bis 2040 um einen weiteren Prozentpunkt auf rund 35 % absinken. Das Bevölkerungswachstum wird mit 2,2 % zwischen 2023 und 2030 um 3,6 % zwischen 2023 und 2040 unter den drei Wiener Versorgungsregionen am schwächsten ausfallen. Der Anteil der 65-jährigen und älteren Personen war hingegen mit 16,8 % im Jahr 2023 am höchsten und bleibt das auch in den Jahren 2030 (18,0 %) und 2040 (19,8 %) bzw. wird sogar steigen. Der Anteil, der unter 15-Jährigen wird von 14,1 % im Jahr 2023 auf 13,6 % im Jahr 2030 und weiter auf 13,2 % bis zum Jahr 2040 sinken, wobei in der VR 92 auch die absoluten Bevölkerungszahlen in dieser Altersgruppe sinken werden.

In der VR 93, Wien-Nordost, wohnten im Jahr 2023 396.600 Menschen und damit rund 20 % der Wiener Bevölkerung. Dieser Anteil wird bis 2030 auf 22 % und bis 2040 auf rund 24 % ansteigen. Das Bevölkerungswachstum wird mit +14,8 % zwischen 2023 und 2030 und +31,1 % zwischen 2023 und 2040 im Vergleich der drei Wiener Versorgungsregionen deutlich am stärksten ausfallen. Der Anteil der 65-jährigen und älteren Personen lag mit 14,5 % im Jahr 2023 knapp unter dem Wiener Durchschnitt und wird dies auch bis zum Jahr 2030 (mit 15,7 %) bzw. bis zum Jahr 2040 (mit 17,7 %) bleiben. Der Anteil der unter 15-Jährigen, der mit 16,7 % im Jahr 2023 der höchste Wiens war, wird bis 2030 (auf 16,5 %) bzw. 2040 (16,0 %) leicht zurückgehen, aber immer noch der höchste Anteil in dieser Altersgruppe in Wien bleiben.

Die wesentlichen Trends der demografischen Entwicklungen sind in allen drei Versorgungsregionen gleich, wenn auch unterschiedlich stark ausgeprägt. In allen Versorgungsregionen steigt die Bevölkerungsanzahl bis 2030 deutlich, am stärksten in der VR 93, Wien-Nordost. Bei der Bevölkerungsstruktur wird der Anteil der 65-Jährigen und älteren Personen in allen Versorgungsregionen größer. In der VR 91, Wien-Mitte-Südost, und in der VR 92, Wien-West, nimmt gleichzeitig auch der Anteil der Kinder- und Jugendlichen in diesem Zeitraum zu.

¹ Aufgrund der Prognose-Daten der MA23 in 5er-Schritten (1.1.2025, 1.1.2030, 1.1.2035 und 1.1.2040) wird der 1.1.2030 bei der Bevölkerungsprognose belassen. Etwaige notwendige Adaptionen werden in der jährlichen Revision berücksichtigt.

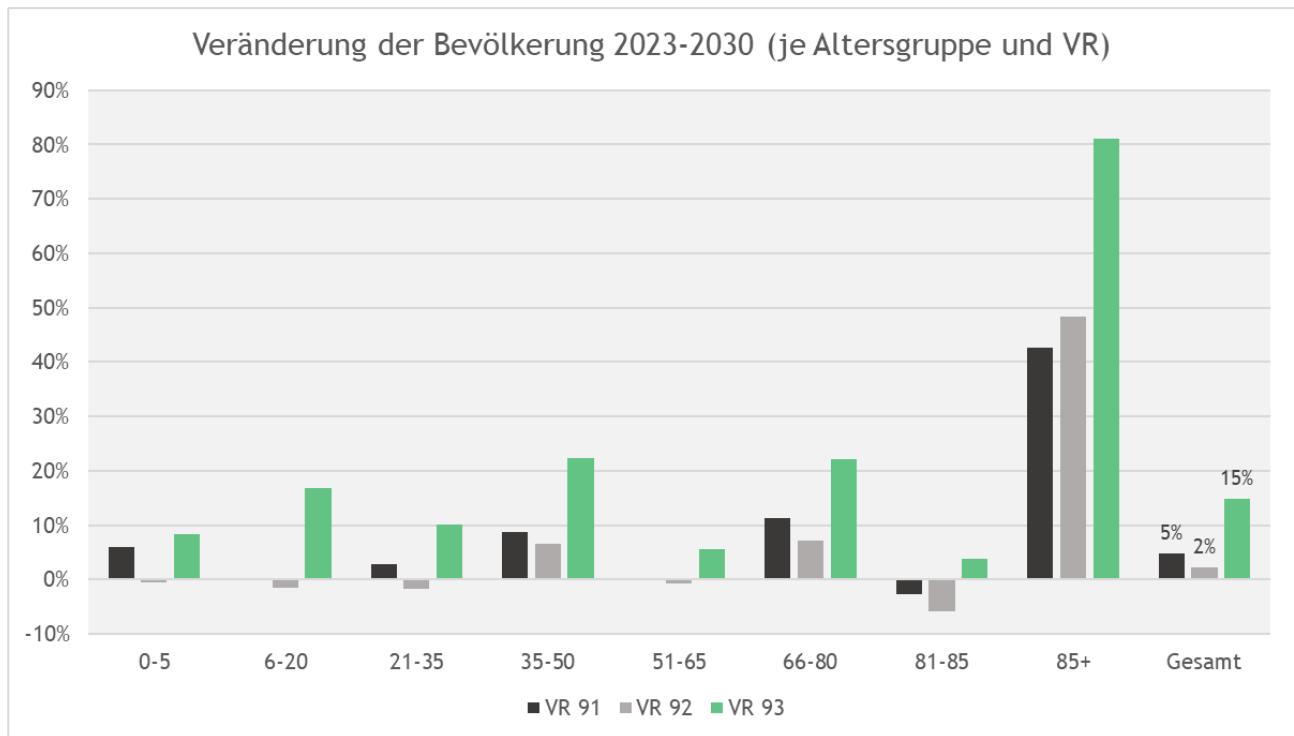


Abbildung 1: Demografische Entwicklung in den Wiener Versorgungsregionen von 2023 bis 2030

	2023	2030	2040
Gesamt Wien	1.981.096	2.095.583	2.202.505
Diff zu 2023		114.487	221.409
Anstieg zu 2023		105,8%	111,2%
über 65 Jahre	304.765	345.165	400.469
Anteil ü65	15,4%	16,5%	18,2%
Anstieg zu 2023		40.400	95.704
unter 15 Jahre	287.632	298.194	309.554
Anteil u15	14,5%	14,2%	14,1%
Anstieg zu 2023		10.562	21.922
	2023	2030	2040
VR 91	853.323	893.466	924.730
Anteil an gesamt	43,1%	42,6%	42,0%
Diff zu 2023		40.143	71.407
Anstieg zu 2023		104,7%	108,4%
über 65 Jahre	123.793	138.747	158.047
Anteil ü65	14,5%	15,5%	17,1%
Anstieg zu 2023		14.954	34.254
unter 15 Jahre	118.480	121.627	126.129
Anteil u15	13,9%	13,6%	13,6%
Anstieg zu 2023		3.147	7.649
VR 92	732.221	748.085	758.825
Anteil an gesamt	37,0%	35,7%	34,5%
Diff zu 2023		15.864	26.604
Anstieg zu 2023		102,2%	103,6%
über 65 Jahre	123.322	134.885	150.156
Anteil ü65	16,8%	18,0%	19,8%
Anstieg zu 2023		11.563	26.834
unter 15 Jahre	103.070	101.513	100.099
Anteil u15	14,1%	13,6%	13,2%
Anstieg zu 2023	-	1.557	2.971
VR 93	396.553	455.057	519.910
Anteil an gesamt	20,0%	21,7%	23,6%
Diff zu 2023		58.504	123.357
Anstieg zu 2023		114,8%	131,1%
über 65 Jahre	57.650	71.533	92.267
Anteil ü65	14,5%	15,7%	17,7%
Anstieg zu 2023		13.883	34.617
unter 15 Jahre	66.082	75.054	83.326
Anteil u15	16,7%	16,5%	16,0%
Anstieg zu 2023		8.972	17.244

Tabelle 1: Demografische und Bevölkerungs-Entwicklung in den Wiener Versorgungsregionen von 2023 bis 2030/2040

2.2. MORBIDITÄT

Die Erfassung der Morbidität kann einerseits über Daten der Inanspruchnahme erfolgen und andererseits über Daten, die von der Inanspruchnahme (zumindest im direkten Zusammenhang) unabhängig sind. Inanspruchnahme bezogene Daten haben zumeist den Vorteil, dass sie über Routinedatenmeldungen der Leistungserbringer:innen, differenziert nach einzelnen Fachrichtungen und Regionen quell- und zielbezogen zur Verfügung stehen (z.B. ambulante Kontaktdaten bzw. e-Card-Konsultationen oder Krankenhausaufenthalte). Der Nachteil dieser Art der Morbiditätserfassung ist die in der Inanspruchnahme enthaltene mögliche Über-, Unter- und Fehlversorgung. Dies wird als Limitation der Weiterführung vorhandener Inanspruchnahmen angeführt.

Unterzieht man die einwohnerbezogene Inanspruchnahmehäufigkeit im Basisjahr 2022 einer regionenübergreifenden Betrachtung (Quelle: ÜREG 2022), so zeigt sich, dass die Anzahl der Aufenthalte in Akutkrankenanstalten (landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien) pro 100 EW in Wien mit 17,3 geringer ist als die entsprechende Summe der anderen Bundesländer (21,3)².

Die ambulanten ÄAVE (alle Fächer, extra- und intramural) je 100 EW laut Regiomed lagen im Jahr 2022 in Wien bei rund 0,19 und für die restlichen österreichischen Bundesländer bei rund 0,16. Die Gründe hierfür sind multifaktoriell und lassen nicht automatisch auf eine höhere Morbidität schließen:

- ▶ Höhere ambulante Inanspruchnahme in städtischen Bezirken (siehe Stadtfaktor)
- ▶ Hoher Ein-Pendler:innen-Anteil in Wien
- ▶ Hohe Ambulantisierung in den letzten Jahren und damit Verschiebung in den ambulanten Bereich
- ▶ Verschiebungen zwischen den Sektoren durch die Corona-Pandemie
- ▶ Aufgrund des „Metropoleneffekts“³ verfügen Metropolen oft über eine höhere Dichte an medizinischen Einrichtungen, Spezialisten und Therapieangeboten, was zu einem besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung führt

2.3. VERSORGUNGSRELEVANTE BESONDERHEITEN EINER STADT

Städte und insbesondere eine Großstadt wie das Bundesland Wien weisen sowohl in Bezug auf das Versorgungsangebot als auch in Bezug auf dessen Inanspruchnahme Besonderheiten auf, die in einer Bestandsanalyse der ambulanten Versorgung einfließen und in der Planung künftiger Versorgungsstrukturen Berücksichtigung finden müssen. Aufgrund dieser städtischen Spezifika ist eine direkte Referenzierung auf die Versorgungsrealitäten anderer österreichischer Bundesländer nur bedingt sinnvoll. Diesem Umstand wird im ÖSG 2023 (idgF) implizit damit Rechnung getragen, dass sich die Richtwerte für die Planung ärztlicher ambulanter Kapazitäten auf den Bundesdurchschnitt ohne Wien beziehen. Im Folgenden sind die wichtigsten hier zu berücksichtigenden großstädtischen Spezifika Wiens angeführt:

- ▶ Die Versorgungsstrukturen und Versorgungsdichten städtischer Regionen weisen im nationalen und internationalen Vergleich deutliche Unterschiede zu jenen ländlicher Regionen auf. Aus diesem Grund wurde in Übereinstimmung mit den Vorgaben des ÖSG idgF (lokale Spezifika sind ebenso zu berücksichtigen wie bundesweite Vorgaben) der ärztliche Versorgungsdichte-Korridor des ÖSG (der den Bundesdurchschnitt exkl. Wien⁴ mit einer Bandbreite von ca. +/-30 % darstellt) herangezogen.

² Quellbezogene Aufenthalte laut ÜREG 2022 (1.910.383 für Österreich, 333.492 für Wien) im Vergleich zu den Einwohnern laut Statistik Austria mit 1.1.2022 (8.978.929 für Österreich, 1.931.593 für Wien)

³ OECD: Regions and Cities at a Glance 2020, 30.11.2020

⁴ Die im ÖSG 2023 (idgF) ausgewiesenen Richtwerte wurden jeweils ohne Wien berechnet. In den vorliegenden Berechnungen erfolgt keine direkte Referenzierung auf die ÖSG-Versorgungsdichten. Diese werden jedoch nach den durchgeführten Berechnungen den ÖSG-Versorgungsdichte-Korridoren (jeweils ohne Wien) gegenübergestellt, um dem im ÖSG 2023 (idgF) festgelegten Planungsprinzip der Versorgungsgerechtigkeit, nach dem für die österreichische Bevölkerung ein möglichst gleichwertiger Zugang zur Gesundheitsversorgung sichergestellt werden soll, dennoch zu entsprechen und etwaige Abweichungen hiervom entsprechend den Großstadt-Besonderheiten zu begründen.

- ▶ Die Dichte an Allgemeinmediziner:innen in urbanen Ballungsräumen liegt in Österreich zumeist unter bzw. etwa im jeweiligen Landesdurchschnitt. Die Dichte an Fachärzt:innen in österreichischen Stadt-Bezirken ist hingegen deutlich höher als in den ländlichen und intermediären Siedlungsräumen.
- ▶ **Wechselseitige Austauschbeziehungen** zwischen der Allgemeinmedizin und den fachärztlichen Bereichen, insbesondere in den Fachrichtungen Kinder- und Jugendheilkunde und Innere Medizin, sind gemäß ÖSG 2023 zu berücksichtigen (vgl. ÖSG 2023 idgF, S. 39).
- ▶ Gleichzeitig besteht **im städtischen Ballungsraum ein anderes Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung als in ländlichen Gebieten** - mit einer entsprechend höheren Nachfrage nach den oftmals spezialisierten Angeboten der Fachärzt:innen.
- ▶ Aufgrund der Vielfalt und Konzentration des medizinischen Angebots in der Großstadt Wien erfolgt die Inanspruchnahme ambulanter **Versorgungsstrukturen auch durch die Bevölkerung aus dem Wiener Umland** („Gastpatient:innen“) bzw. entfalten fachlich spezialisierte Versorgungsangebote zum Teil sogar eine österreichweite Versorgungswirkung.

Diese versorgungsrelevanten Besonderheiten für Wien wurden anhand von Daten analysiert bzw. quantifiziert und aufbereitet. Eine entsprechende Berücksichtigung als planungsrelevante Faktoren wurde in der Steuerungsgruppe diskutiert und wird in weiterer Folge näher erläutert.

3. PLANUNGSMETHODIK

Im folgenden Kapitel wird die angewandte Planungsmethodik beschrieben. Nach einem Überblick über die verwendete Datengrundlage wird auf die Methodik zur Planung des vollstationären und ambulanten Bereichs, die Berechnung der tagesklinischen Plätze und Ambulanten Betreuungsplätze („ambBP“), die Berechnung für die Dialyseplätze und die Großgeräteplanung eingegangen. Der vollstationäre und ambulante Bereich ist zusätzlich in die einzelnen angewandten Planungsschritte aufgeteilt.

3.1. METHODIK STATIONÄR

3.1.1. DATENGRUNDLAGEN

Folgende Datengrundlagen wurden im Rahmen der Planungen herangezogen:

- ▶ MBDS⁵ Datensätze (Minimum Basic Data Set) mit den Satzarten X01-X05, L01, K01 und K09 aus dem Basisjahr 2022 und 2023 (zur Verfügung gestellt vom Wiener Gesundheitsfonds)
- ▶ Demografische Bevölkerungsprognose für Wien 2022 - 2040 (Zur Verfügung gestellt von der MA23)
- ▶ Demografische Bevölkerungsprognose Österreich außerhalb Wiens 2022 - 2040 (ÖROK 2021, Excel-Datei)
- ▶ Datenbankauswertungen aus dem DIAG-System⁶ (zur Verfügung gestellt vom Wiener Gesundheitsfonds)
- ▶ Krankenanstalten-Verzeichnis 2024 (BMSGPK 2025a, Excel-Datei)

Mit Unterstützung des Wiener Landesgesundheitsfonds (WGF) sowie der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK, Landesstelle Wien) wurden folgende - vor allem für die Darstellung des IST-Standes im intramuralen Bereich relevante - Informationen aufbereitet und in die Planungsmatrix für den RSGW stat 2030 integriert:

- ▶ Organisationsformen im stationären Bereich je Fach-/Versorgungsbereich auf KA-Standort-Ebene, Stand 2022
- ▶ Zuordnungen von abgestuften Versorgungsbereichen, Referenzzentren, Spezialzentren und speziellen Versorgungsbereichen auf KA bzw. KA-Standorte, Stand 2022
- ▶ Betriebsformen von Spitalsambulanzen (Terminambulanzen, Akutambulanzen) je Fach-/Versorgungsbereich (inkl. ZAE) bzw. je KA-Standort, Stand 2022
- ▶ Pro Dialyseeinrichtung in Wien Informationen zur Anzahl von Hämodialyse-Plätzen (HDia), zum Schichtbetrieb, zur Anzahl von HDia-Patient:innen sowie zum standortbezogenen Anteil der Peritonealdialyse Verfahren (PDia) am Dialysegeschehen

⁵ MBDS - Minimum Basic Data Set; standardisierter Kerndatensatz, der administrative, medizinische und organisatorische Angaben zu einem Krankenhausfall enthält. Er dient in Österreich u. a. der Statistik, Abrechnung und Versorgungsplanung. (HVBSV 2011)

⁶ DIAG ist das zentrale System zur Sammlung, Verarbeitung und Analyse von Diagnosen und Leistungsberichten aus Krankenanstalten in Österreich. Es dient als vollständig standardisiertes Berichtssystem, in dem stationäre und ambulante Daten (Diagnosen, Leistungen, administrative Infos) zentral zusammengeführt werden.

DIAG ist auch Grundlage für Planung, Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens - u. a. für die LKF-Abrechnung, Spitalsstatistik, Gesundheitssteuerung nach § 1 Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen. Es besteht eine Datenübermittlungspflicht u. a. für Landesgesundheitsfonds, Krankenanstalten, Sozialversicherungsträger, Statistik Austria. (BMSGPK 2024b)

3.1.2. METHODENBESCHREIBUNG VOLLSTATIONÄRER BEREICH

Die Entwicklung der bedarfsgerechten Strukturplanung im Rahmen des RSGW stat 2030 fand im Wesentlichen in zwei Phasen statt. In der ersten Phase wurde zunächst, in mehreren aufeinander aufbauenden Schritten, ein idealtypisches Kalkulationsergebnis erstellt. Ausgehend von diesem Ergebnis wurden Planungsempfehlungen abgeleitet. Basierend darauf wurde in der zweiten Projektphase im Rahmen eines Abstimmungsprozesses mit Systempartnern der akutstationären Gesundheitsversorgung eine umfassende Strukturplanung für den Planungshorizont 2030 entwickelt. In diesem Kapitel wird auf die Methodik eingegangen, die angewandt wurde, um die idealtypischen Planzahlen im stationären Bereich des RSGW stat 2030 herzuleiten. Die Planung erfolgte in acht aufeinander abgestimmten Planungsschritten:

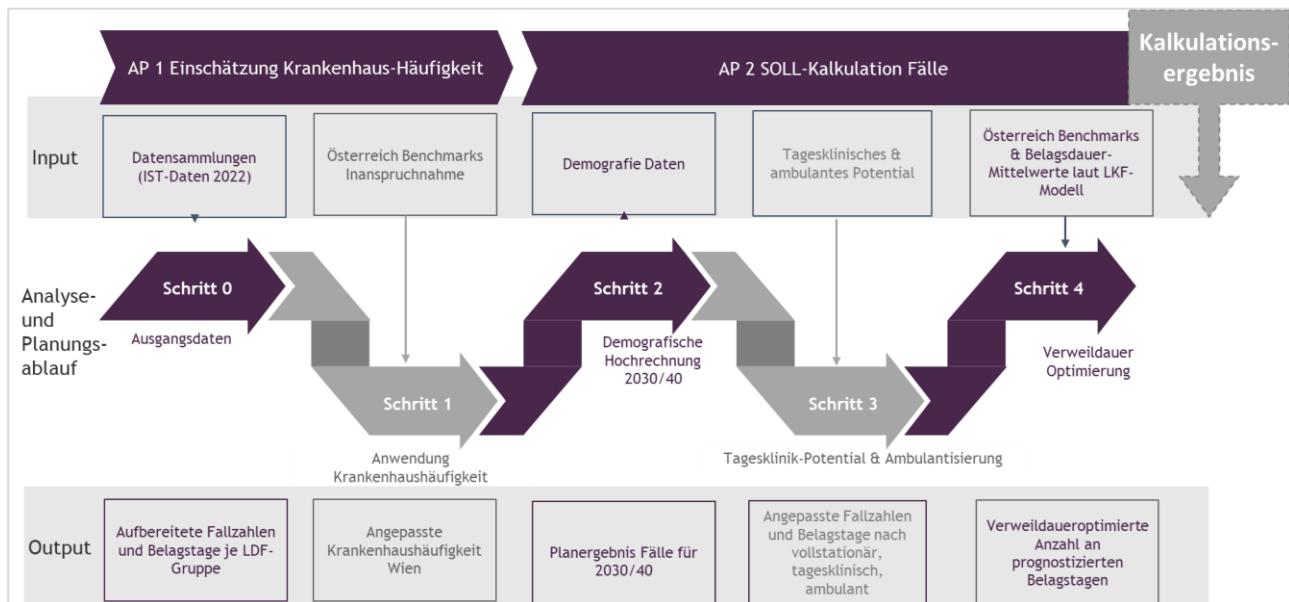


Abbildung 2: Arbeitspakete und Schritte der stationären Planungsmethodik (Teil 1/2)

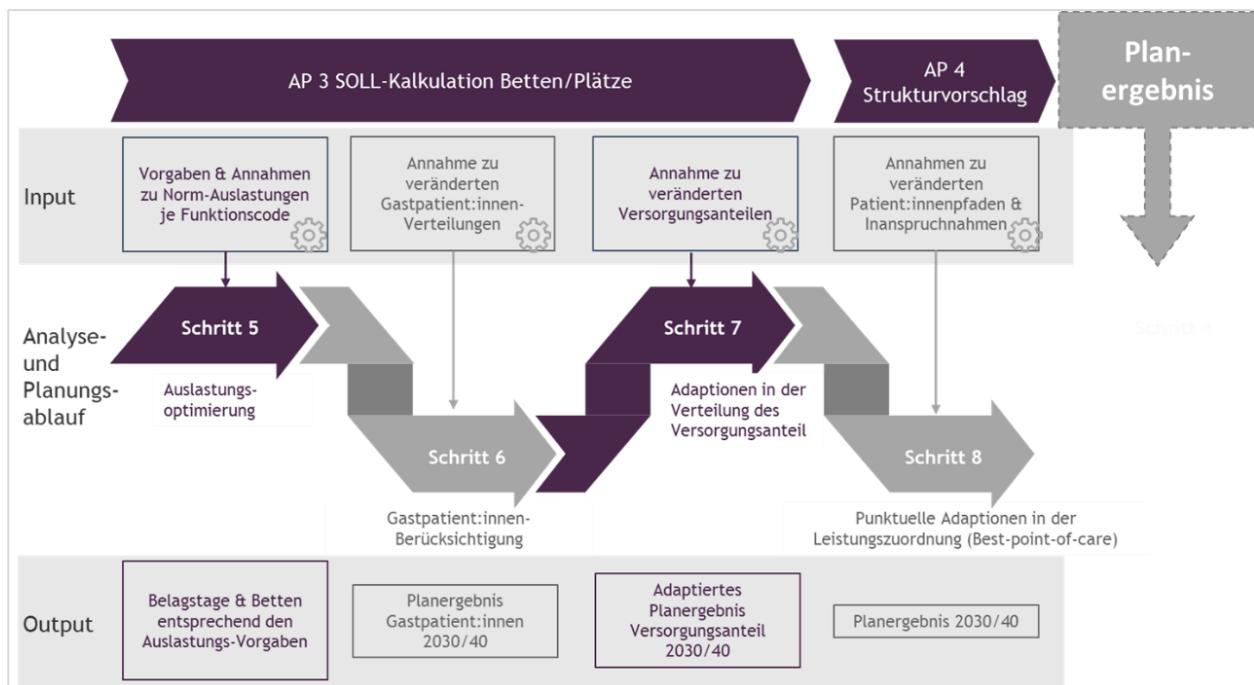


Abbildung 3: Arbeitspakete und Schritte der stationären Planungsmethodik (Teil 2/2)

Planungsphase 1:

- ▶ **Schritt 0 (Basis):** Kalkulation der IST-Betten 2022
- ▶ **Schritt 1:** Krankenhaushäufigkeit
- ▶ **Schritt 2:** Demografische Hochrechnung 2030/40
- ▶ **Schritt 3:** Ambulantisierung bzw. Verschiebung in den Tagesklinischen Bereich
- ▶ **Schritt 4:** Auslastungsanpassung
- ▶ **Schritt 5:** Verweildaueranpassung
- ▶ **Schritt 6:** Planung inländischer geplanter Gastpatient:innen (exkl. ÜRVP)
- ▶ **Schritt 7:** Adaption in der Verteilung des Versorgungsanteils

Ergebnis: **Kalkulationsergebnis**

Planungsphase 2:

- ▶ **Schritt 8:** Ableitung des Planergebnisses

Ergebnis: **Planungsergebnis**

▶ **Schritt 0 (Basis): Kalkulation der IST-Betten 2022**

Als Basis für die Berechnung wurden die Leistungsdaten aus dem Jahr 2022 herangezogen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Datensatz aus dem Jahr 2022 der aktuellste qualitätsgesicherte Datensatz zum Zeitpunkt des Projektstarts war. Mit den bereits vorhandenen Daten des Jahres 2023 wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt. Bezüglich der Datenqualität für die Leistungsanalyse ist davon auszugehen, dass einerseits die gesetzliche Dokumentationspflicht und andererseits der mit der Dokumentation verbundene Abrechnungsmodus maßgeblich zu einer verlässlichen Datendokumentation beigetragen haben. Auf Basis dieser Daten wurden zunächst die Belagstage abgeleitet und unter Anwendung der fachspezifischen ÖSG-Auslastungsvorgaben (BMSGPK 2025b idgF) die kalkulatorischen IST-Betten 2022 berechnet.

Die kalkulatorischen Betten 2022 dienen als Basis für die weiteren Berechnungen. Folgende Formel wurde zur Kalkulation angewendet:

$$\text{Kalkulatorische Betten 2022} = \frac{\text{Belagstage 2022}}{\frac{365 \text{ Tage pro Jahr}}{\text{Auslastungsvorgaben lt. ÖSG}}}$$

Belagstage-Zuordnung

Die Abteilungsbelagstage der Patient:innen werden nicht pauschal der aufnehmenden oder entlassenden Kostenstelle zugerechnet, sondern entsprechend der dokumentierten Abteilungspositionen den jeweiligen Kostenstellen zugeordnet. Zusätzlich erfolgt eine differenzierte Gliederung in Normal- und Intensivpflege. Diese Methodik wird in der folgenden Grafik (Abbildung 4) schematisch dargestellt:

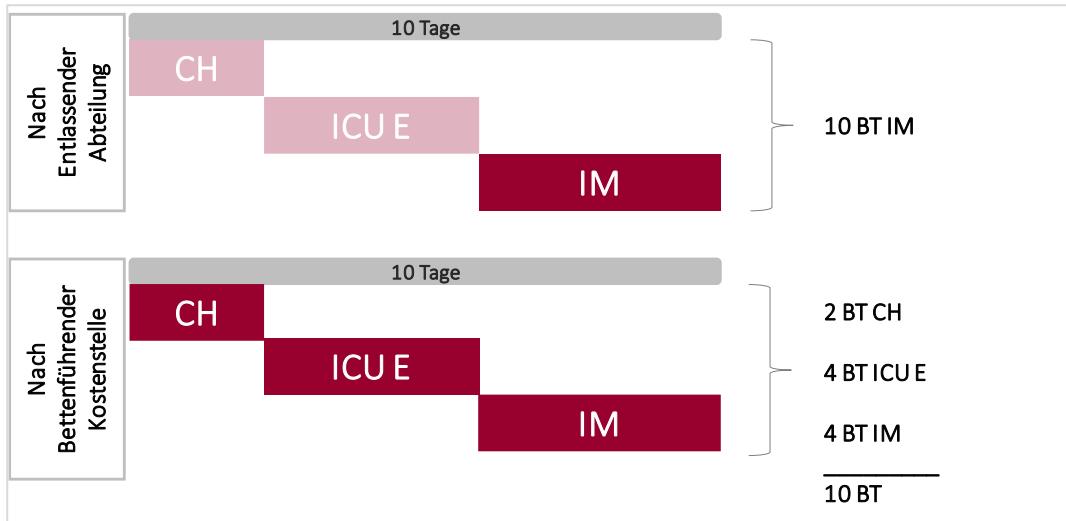


Abbildung 4: Belagstage-Zuordnung (eigene Darstellung)

► Schritt 1: Krankenhaushäufigkeit

Die Planung des RSGW stat 2030 wird durch wesentliche Faktoren beeinflusst, die in früheren Planungen nur eingeschränkt berücksichtigt wurden:

- Die Covid-19-Pandemie hat das Versorgungsgeschehen im Gesundheitswesen, insbesondere im stationären Bereich, erheblich verändert.
- Die zunehmende Auslagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor führt zu einer Entlastung der stationären Versorgung und zu einer Reduzierung der stationären Fallzahlen (Ambulantisierung).
- Die Planung war zudem wesentlich von einem Personalmangel im Gesundheitsbereich beeinflusst. Infolge dieses Mangels kam es zu Bettensperren sowie zu selektiven Anpassungen der Indikationsstellungen.
- Die fortlaufende demografische Veränderung der Bevölkerung, insbesondere hinsichtlich ihrer Altersstruktur, muss bei der Anpassung der Gesundheitsinfrastruktur berücksichtigt werden.

Aufgrund der nichtlinearen Entwicklung der stationären Aufenthalte und Belagstage seit 2020 (siehe nachfolgende Abbildung 5) wurde im Rahmen der Planung des RSGW stationär 2030 untersucht, wie diese Effekte in eine adäquate Planung einfließen können.

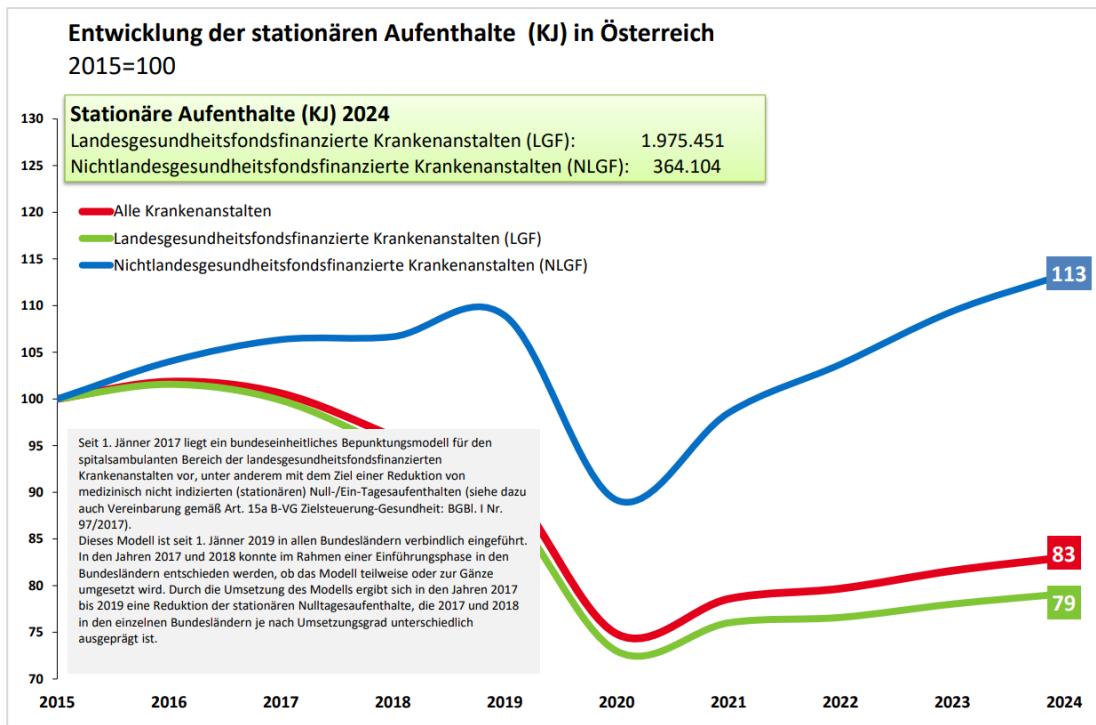


Abbildung 5: Entwicklung der stationären Aufenthalte in Österreich (BMSGPK 2024a, „stationäre Aufenthalte“)

Um die Krankenhaushäufigkeit korrekt abzubilden, wurde zunächst eine Gegenüberstellung auf Basis der LDF-Gruppen⁷ mit einem Österreichbenchmark sowie ein Vergleich im internationalen Kontext durchgeführt.

In diesem Benchmark-Vergleich ließ sich keine eindeutige Systematik ableiten, die für alle LDF-Gruppen gleichermaßen anwendbar wäre und in die Methodik integriert werden könnte. Wien weist zwar in den meisten LDF-Gruppen im Österreichvergleich eine geringere Krankenhaushäufigkeit auf, dies war jedoch auch in früheren Planungsperioden bereits der Fall. Im internationalen Vergleich zeigt sich hingegen, dass Wien - und Österreich - weiterhin eine vergleichsweise hohe Krankenhaushäufigkeit aufweist. Das Verhältnis wurde als stabil angenommen, weshalb die Krankenhaushäufigkeit nicht im Kalkulationsalgorithmus berücksichtigt wurde, sondern im Rahmen der Abstimmungsprozesse mit den Systempartnern bzw. der folgenden Gegenüberstellung der Planungsergebnisse mit den ÖSG-Korridoren angepasst bzw. argumentiert wurde.⁸

► Schritt 2: Demografische Hochrechnung

Im nächsten Schritt wurde die demografische Hochrechnung der LDF-Gruppen vorgenommen. Die Hochrechnung erfolgt auf Einzelfallebene, basierend auf Daten, die von der MA23 zur Verfügung gestellt wurden. Folgende Merkmale wurden dabei berücksichtigt:

- Wohnort auf Bezirksebene
- Alter (Kohorten: 5er-Schritte von 0 bis 99+)
- Geschlecht

⁷ LDF-Gruppen: Leistungsdokumentationsgruppen sind standardisierte Gruppen zur Klassifikation medizinischer Leistungen in österreichischen Krankenanstalten. Sie bilden eine Grundlage für Planung, Finanzierung und Qualitätssicherung im Rahmen des LKF-Modells (BMSGPK o. J.)

⁸ Die Hypothese, dass Wiener:innen schwerer in Krankenhäusern aufgenommen werden, lässt sich datentechnisch nur schwer be-/widerlegen. Solange der Gastpatient:innen-Anteil hoch ist, ist davon auszugehen, dass es wesentlich einfacher ist, in einem Krankenhaus in Wien aufgenommen zu werden als in einem Nachbarbundesland. Darüber hinaus zeigt sich im Bundesländervergleich (DIAG), dass die von Wiener:innen erzeugten durchschnittlichen LKF-Punkte sich nicht wesentlich von den anderen Bundesländern unterscheiden.

- Für Patient:innen außerhalb Wiens wurden Daten der österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK 2021) verwendet.

Die Hochrechnung erfolgt einerseits für das Jahr 2030, andererseits auch als Vorschau für das Jahr 2040. Die Hochrechnung für das Jahr 2030 ist erforderlich, da der Planungshorizont mit 2030 festgelegt wurde. Das Jahr 2040 ist wesentlich, da Bauvorhaben im Gesundheitsbereich in Wien teilweise einen Planungshorizont bis 2038 aufweisen. Die notwendigen infrastrukturellen Maßnahmen sind dementsprechend frühzeitig zu berücksichtigen.

► *Schritt 3: Ambulantisierung bzw. Verschiebung in den tagesklinischen Bereich*

Die Ambulantisierung im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren stark zugenommen, und viele Leistungen, die noch vor einigen Jahren mit einem vollstationären Aufenthalt verbunden waren, werden heute im Rahmen eines ambulanten Besuchs erbracht. Das LKF-Modell⁹ beinhaltet eine entsprechende Kategorisierung und weist alle Medizinischen Einzelleistungen (MEL¹⁰) aus, die potenziell auch im ambulanten bzw. tagesklinischen Bereich durchgeführt werden können (BMSGPK 2024c):

Für den Planungshorizont wird ein Teil der Patient:innen mit 0-, 1- bzw. 2-Tagesaufenthalten im stationären Bereich gemäß nachstehenden Prozentsätzen in tagesklinische Fälle bzw. ambulante Frequenzen umgewandelt (Tabelle 3).

Tagesaufenthalte	2030
0-Tagesaufenthalte	100 %
1-Tagesaufenthalte	80 %
2-Tagesaufenthalte	40 %

Tabelle 2: Prozentsätze der Ambulantisierung

Ausnahmen von der o.a. prozentuellen Regelung betreffen folgende LDF-Gruppen:

- MEL06.06 Eingriffe | Hernie, Bauchwand/Leiste b. Kind
- MEL13.07 Eingriffe | Uterus, einfach
- MEL05.05 Cholezystektomie
- MEL13.09 Entbindung | einfach

Die Ausnahmen werden damit begründet, dass in den entsprechenden LDF-Gruppen der Ambulantisierungsanteil bereits sehr hoch ist und eine so starke Verlagerung in den ambulanten bzw. tagesklinischen Bereich nicht als realistisch eingeschätzt wird.

► *Schritt 4: Auslastungsanpassung*

Im nächsten Schritt wurde die vom ÖSG (BMSGPK 2025b idgF) vorgegebene Auslastungsvorgabe für das Fach Kinder- und Jugendheilkunde angepasst. Diese Anpassung erfolgt vor dem Hintergrund, dass es im Fach Kinder- und Jugendheilkunde infolge starker saisonaler Schwankungen zu Engpässen bei der Bettenverfügbarkeit kommen kann, sofern die Auslastung mit den vorgegebenen 75 % bemessen wird. Auf Basis eines Referenzprojektes im Wiener Gesundheitsverbund wurde die Auslastungsvorgabe mit 60 % festgelegt. Der zusätzliche Bettenbedarf wird im RSG als nicht systemisierte fakultative Betten ausgewiesen.

⁹ LKF-Modell - Leistungsorientiertes Krankenanstaltenfinanzierungsmodell; österreichisches System zur Finanzierung stationärer Krankenhausleistungen auf Basis von leistungsbezogenen Bewertungspunkten (LKF-Punkte). Es dient der leistungsorientierten Mittelverteilung und basiert auf medizinischen, organisatorischen und ökonomischen Klassifikationen (BMSGPK 2025)

¹⁰ MEL - Medizinische Einzelleistung; abrechnungsfähige medizinische Leistung im Rahmen des LKF-Systems. (AIHTA 2024)

► **Schritt 5: Verweildaueranpassung**

Im fünften Schritt wurde die Verweildauer auf ein Optimum reduziert und besonders lange stationäre Aufenthalte entsprechend adaptiert. Die Verweildauer wirkt sich direkt auf die Belagstage aus, hat aber keinen Einfluss auf die Fallzahlen. Dieser Schritt kommt nur in der Normalpflege zur Anwendung. Belagstage in der Intensiv- sowie Sonderpflege werden in diesem Schritt des Kalkulationsalgorithmus nicht verändert und bleiben demnach stabil.

Um den Effekt der Belagsdauerverkürzung bei Patient:innen, die besonders lange stationäre Aufenthalte aufweisen, zu relativieren, wird die zusätzliche Belagskategorie der Langlieger:innen berechnet. Wenn ein stationärer Fall im IST 2022 in Summe mehr als 28 Belagstage aufweist, werden alle Belagstage des Aufenthalts ab dem 29. Tag unverändert in das Ergebnis der Belagstage der Langlieger:innen (bzw. in die entsprechenden kalkulatorischen Langlieger:innen-Betten) übernommen. Der Bettenbedarf für diese Langlieger:innen wird nicht entsprechend den allgemeinen Planungsparametern auf die Zielhorizonte hochgerechnet. Stattdessen erfolgt eine Fortschreibung ausgehend vom IST, unter Einbeziehung der demografischen Hochrechnung.

Inhaltlich ist anzumerken, dass die vollständige Realisierung der Belagsdaueranpassung nur dann erreicht werden kann, wenn ausreichende Versorgungsstrukturen zur Entlastung des akutstationären Bereichs vorhanden sind (AG/R, RNS, Rehabilitation, Überleitpflege, stationäre und mobile Pflegeangebote).

► **Schritt 6: Planung inländischer geplanter Gastpatient:innen (exkl. ÜRVP)**

Für die stationären inländischen Gastpatient*innen-Kapazitäten zum Planungshorizont 2030 werden insbesondere die Strukturen und Kapazitäten ausgewiesen, die bei unverminderter Fortschreibung der Inanspruchnahme durch inländische Gastpatient*innen zum Planungshorizont zu erwarten wären. Zusätzlich zu den akut versorgten, den ausländischen und den überregional versorgten und den ambulant versorgten Gastpatient*innen wurde der Anteil der geplanten inländischen Gastpatient*innen mit dem österreichischen Median berücksichtigt. Ressourcen für ambulante Gastpatient*innen werden transparent dargestellt und ansonsten unverändert fortgeschrieben. Die Planung beinhaltet damit folgende Aufenthalte:

- Alle Patient:innen mit Wohnsitz in Wien und Patient:innen mit Wohnsitz außerhalb von Österreich
- Alle akuten Gastpatient:innen¹¹
- Alle Aufenthalte, die in der überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP) versorgt werden
- 8,3 % der geplanten inländischen Gastpatient:innen

Berechnung der geplanten inländischen Gastpatient:innen:

Im Basismodell wird durch die Zeitreihenbetrachtung festgestellt, dass zwischen den Jahren keine nennenswerten Abweichungen bestehen. Da die Daten für die ÜRVP bedingten Abteilungsaufenthalte bis 2022 zur Verfügung stehen wird das Jahr 2022 für die Analyse herangezogen.

Die Bereiche KHC, KKAR, KIJONK, KSZT-all, HCH, TCX und SZT-all werden von den geplanten Aufnahmen alle sowie von den geplanten Aufnahmen für inländische Gastpatient:innen abgezogen. Der Bereich NC akut wird in gleicher Weise von den akuten Aufnahmen abgezogen.

Somit liegt ein ÜRVP-Aufnahmen bereinigter Stand vor aus dem sich Anteile für geplante inländische Gastpatient:innen für alle Bundesländer berechnen lassen.

Der geometrische Mittelwert (Median) beträgt 8,3% und zeigt, was ein typischerer Wert ist, da er extreme Ausreißer weniger stark berücksichtigt.

¹¹ entsprechend dem LKF-Aufnahmekennzeichen akut/geplant

Alle Aufenthalte ohne ÜRVP	B	K	NÖ	ÖÖ	S	St	T	V	W	Ö
keine Aufnahmeart 2 zugeordnet				1	3					4
A akute Aufnahme	29.530	65.998	163.534	183.747	69.217	130.740	95.056	44.213	187.814	969.849
K aus Kapazitätsgründen zugewiesen							20		2	22
P geplante Aufnahme ohne ÜRVP	22.629	63.698	129.678	193.174	69.183	120.209	93.386	47.793	211.754	951.504
Stationäre Aufnahmeart 2 (Alle)	52.159	129.696	293.212	376.921	138.400	250.949	188.462	92.006	399.570	1.921.375

Inländische Gastpatient:innen-Aufenthalte ohne ÜRVP	B	K	NÖ	ÖÖ	S	St	T	V	W	Ö
A akute Aufnahme	4.768	3.904	11.389	8.220	7.868	5.169	4.516	447	24.756	71.037
K aus Kapazitätsgründen zugewiesen										
P geplante Aufnahme	4.992	4.436	13.649	16.077	12.156	7.217	7.356	399	55.088	121.370
Stationäre Aufnahmeart 2 (Alle)	9.760	8.340	25.038	24.297	20.024	12.386	11.872	846	79.844	192.407

Median inkl. Wien

8,3%

Quelle:DIAG, Stand: 14.1.2025, Jahr:2022

Tabelle 3: Geplante inländische (Gastpatient:innen-)Aufenthalte exkl. ÜRVP, 2022, Quelle: DIAG

Überregionale Versorgungsplanung (ÜRVP) lt. ÖSG:

Zur Sicherstellung der Abstimmung für die Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung bestimmter hochspezialisierter, komplexer Leistungen hat eine überregionale Versorgung gemäß der im Rahmen der ÜRVP definierten Versorgungsgebiete zu erfolgen. Die Überregionale Versorgungsplanung ist im ÖSG (BMSGPK 2025b idgF, S.51 ff) beschrieben. Die nachfolgende Abbildung gibt eine Übersicht über die ÜRVP-Gruppen.

ÜBERSICHT ÜBER ÜRVP-GRUPPEN		
Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Kinder/Jugendliche und Erwachsene
<ul style="list-style-type: none"> ○ Herzchirurgie ○ Transplantationschirurgie ○ Neurochirurgie – akut 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kinder-Herzzentren (Herz-CH und Kardiologie) ○ Pädiatrische onkologische Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zentren für medizinische Genetik (inkl. BRCA) ○ Expertisezentrum für seltene Erkrankungen
<ul style="list-style-type: none"> ○ Schwerbrandverletzten-Versorgung ○ Stammzell-Transplantation – allogen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kinder-Schwerbrandverletzten-Versorgung ○ Kinder-Stammzell-Transplantation – allogen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sonderisoliertstationen für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE)
<p>1. Planung Standorte/Versorgungsgebiete & Kapazitätsplanung für Österreich insgesamt</p> <p>2. Planung Standorte; keine Kapazitätsplanung</p> <p>3. Planung Standorte/Versorgungsgebiete & Kapazitätsplanung pro KA-Standort</p>		

Abbildung 6: Übersicht über ÜRVP-Gruppen (BMSGPK 2025b, S. 51)

In weiterer Folge erfolgt ein Ausschnitt für die im Rahmen der Planung für den RSGW stationär 2030 relevanten Fächer der überregionalen Versorgungsplanung:

- Kinder-Herzchirurgie (KHCH)
- Kinder-Kardiologie (KKAR)
- Pädiatrische onkologische Versorgung (KJONK)
- Herzchirurgie (HCH)
- Transplantationschirurgie (TXC)
- Neurochirurgie akut (NCHA; MEL AC020-AC040, AD010-AD070, EA020, EA030, LA010)
- Schwerbrandverletzten-Versorgung in BRA-Einheit (BRA)
- Stammzelltransplantation-allogen (SZT-all)

- Zentren für medizinische Genetik (inkl. BRCA)
- Seltene Knochenerkrankungen, Störungen des Mineralhaushaltes und Wachstumsstörungen
- Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen - Sonderisolierstation (HKLE)
- Pädiatrische onkologische Versorgung (KJONK)
- Kinder-Stammzelltransplantation-allogen (KSZT-all)
- Kinder-Schwerbrandverletzten-Versorgung (KBRA)

► ***Schritt 7: Adaptionen in der Verteilung des Versorgungsanteils***

Im siebten Schritt wurde untersucht, ob für den Planungshorizont 2030 eine Verschiebung zwischen fondsfinanzierten Krankenanstalten und den AUVA-Krankenanstalten (UKH) bzw. Krankenanstalten des PRIKRAF vorgesehen werden soll. Das Verhältnis wurde als stabil angenommen und das aktuelle Aufteilungsverhältnis wurde beibehalten.

► ***Schritt 8: Ableitung des Planergebnisses***

Die durchgeführten Berechnungsschritte (1 - 7) ergeben ein Kalkulationsergebnis auf Standort- und Fachebene. Auf Basis des Kalkulationsergebnisses wurde gemeinsam mit Systempartnern der akutstationären Gesundheitsversorgung eine umfassende Strukturplanung für den Planungshorizont 2030 erarbeitet. Neben dem Kalkulationsergebnis waren auch die im ÖSG (BMSGPK 2025b idG) definierten Planungskorridore für die Ableitung des Planungsergebnisses ausschlaggebend. Die Ergebnisse sind in den Planungsmatrizen abgebildet.

3.1.3. GEPLANTE LEITUNGSENTWICKLUNG IN AUSGEWÄHLTEN BEREICHEN

Im Rahmen der Planung wurde auch die Leistungsentwicklung für alle Behandlungsbereiche für den Planungshorizont 2030 berechnet.

Für die einzelnen Diagnosegruppen zeigen sich dabei unterschiedliche Dynamiken, die hauptsächlich durch die demografischen Veränderungen beeinflusst werden: So ist im Bereich der Knieoperationen ein Anstieg, um rund 6 % zu erwarten, während die Hüftoperationen mit etwa 10 % ein überdurchschnittliches Wachstum aufweisen. Auch die Wirbelsäuleneingriffe (+8 %) sowie die Behandlungen im Bereich Augen (+8 %) steigen im Prognosezeitraum spürbar an.

Im Gegensatz dazu sind die Geburtenzahlen von einer deutlich geringeren Veränderung geprägt. Mit einer Zunahme von etwa 5 % bis 2030 bleibt dieser Bereich vergleichsweise stabil.

In der folgenden Tabelle sind die erwarteten Fallzahlen nach ausgewählten Diagnosegruppen für das Jahr 2030 im Vergleich zu 2022 dargestellt.

Geplante Leistungsentwicklung für Wiener:innen definierter Diagnosegruppen (in Fondskrankenanstalten)	2022	bis 2030
Knie	4.684 Fälle	4.978 Fälle (+ 6%)
Hüfte	4.865 Fälle	5.352 Fälle (+ 10%)
Wirbelsäule	5.784 Fälle	6.251 Fälle (+ 8%)
Augen	2.955 Fälle	3.199 Fälle (+ 8%)
Geburten	15.171 Fälle	15.929 Fälle (+ 5%)

Tabelle 4: Geplante Leistungsentwicklung in ausgewählten Bereichen

3.1.4. METHODIK TAGESKLINISCHE PLÄTZE UND AMBULANTE BETREUUNGSPLÄTZE

Im Rahmen der Planung wurden auch die tagesklinischen und ambulanten Betreuungsplätze für den Planungshorizont 2030 berechnet. Grundlage für die Berechnung ist Anhang 2 des ÖSG 2023 idgF (BMSGPK 2025b, S. 227f). In der folgenden Tabelle sind die Vorgaben je Behandlungsgruppe ersichtlich.

Behandlungsgruppe gemäß LKF-ambulant	Messgröße in Einheit	Betriebstage pro Jahr	Belegungsfaktor pro ambBP pro Betriebstag	Auslastung	Anzahl ambulante Besuche pro Jahr pro ambBP ¹
Onkologische Pharmakotherapie	PatientInnen/Tag	250	2	85 %	425
Ambulante Tagesbehandlungen in PSY, KJP, PSO-E, PSO-KJ, AG/R	PatientInnen/Tag	250	1	85 %	210
Beobachtungsfälle in ZAE und in definierten ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant	PatientInnen mit Beobachtungsbedarf/Tag	365	1,5	65 %	350
Ambulant erbrachte tagesklinische Leistungen	PatientInnen/Tag	250	1,5	90 %	340

¹ gerundet

Tabelle 5: Berechnungsvorgaben Ambulante Betreuungsplätze bzw. Tagesklinische Plätze (BMSGPK 2025b, S. 227)

Basierend auf den oben angeführten Vorgaben wurden die jeweiligen Plätze berechnet und mit der Bevölkerungsprognose der MA23 auf das Jahr 2030 hochgerechnet. Zusätzlich wurden in der Kalkulation jene Fälle berücksichtigt, die im Rahmen des dritten Schritts des vollstationären Bereichs (siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) in den ambulanten bzw. tagesklinischen Bereich verschoben wurden.

Aufteilung tagesklinische Plätze bzw. ambulante Betreuungsplätze

In der Planungsmatrix wurde grundsätzlich von folgender Aufteilung der Gruppen bzw. tagesklinischen Plätze und ambulanten Behandlungsplätze ausgegangen:

Ambulanter Betreuungsplatz für

- ▶ Onkologische Pharmakotherapie
- ▶ Beobachtungsfälle in ZAE und in definierten ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant
- ▶ Ambulante Tagesbehandlungen in PSY, KJP, PSO-E, PSO-KJ, AG/R

Tagesklinischer Platz für

- ▶ Ambulant erbrachte tagesklinische Leistungen

Im Rahmen der Gespräche mit den Systempartnern der akutstationären Gesundheitsversorgung wurde die Einteilung ggf. noch abgeändert.

3.2. METHODIK AMBULANT

3.2.1. DATENGRUNDLAGEN

Die Analyse- und Planungsarbeiten für den ambulanten Bereich erfolgten primär auf Basis der vom Auftraggeber bzw. von den Zielsteuerungspartnern im Bundesland Wien für das Referenzjahr 2022 bereitgestellten Datengrundlagen. Für die Analyse- und Planungsarbeiten wurden folgende Datenquellen herangezogen:

Demografie:

- ▶ Demografische Basisdaten 2022 und 2023 sowie die Bevölkerungsprognose 2030, 2035 und 2040 der Magistratsabteilung (MA) 23

Daten in Bezug auf das ärztliche Angebot und dessen Inanspruchnahme:

- ▶ Anzahl der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) gemäß „Regiomed“ auf Ebene der Versorgungsregionen und der Bezirke 2022 je Fachgebiet
- ▶ Daten der ambulanten ärztlichen Inanspruchnahme, differenziert nach intra- und extramuralem Bereich gemäß Verordnung zur Dokumentation im ambulanten Bereich, 2022 („XDok“)
- ▶ Daten der ambulanten ärztlichen Inanspruchnahme für den extramuralen Bereich, 2019, 2022 und 2023: Anzahl der e-Card-Konsultationen (Erst- und Folgekonsultationen im Rahmen der ärztlichen Behandlung) der Krankenversicherungsträger ÖGK, BVAEB, SVS
- ▶ Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik 2022 („XDok“)
- ▶ §2-Kassenplanstellen und (davon getrennt) Anzahl der Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger
- ▶ Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019, 2022 und 2023 für Wiener Patient:innen („XDok“)
- ▶ Ausgewählte Stammdaten der Vertragsärzt:innen und Patient:innen im extramuralen Bereich

Weitere Daten- und Informationsgrundlagen:

- ▶ Planungsvorhaben der für Wien planungsrelevanten Institutionen in Bezug auf den Planungshorizont 2030
- ▶ Überregionale Auswertung der Dokumentation in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (ÜREG) 2022

Den rechtlichen Rahmen für Analyse und Planung bildeten folgende Regelwerke:

- ▶ Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2023 (idG)
- ▶ Zielsteuerungsgesetz 2024
- ▶ Landes-Zielsteuerungsübereinkommen (2024), Zielsteuerung-Gesundheit Wien
- ▶ Primärversorgungsgesetz 2023

3.2.2. MODELL DER ÄAVE-PLANUNG

Für die Bedarfsschätzung der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich wurde ein für diesen Zweck von BDO entwickeltes, mehrstufiges Modell herangezogen und für die besonderen Erfordernisse der Wiener Versorgungssituation maßgeblich erweitert und adaptiert. Dieses Planungsmodell geht im Rahmen der Arbeiten zum RSG Wien vom IST-Stand der ÄAVE gemäß Regiomed in Wien im Basisjahr 2022 - differenziert nach intra- und extramuralem Bereich - aus, prognostiziert diesen Stand demografisch für das Jahr 2030 und rechnet dann sukzessive die empirisch belegten regionalen Besonderheiten der Versorgung der Großstadt Wien in ergänzenden qualifizierten Faktoren in die SOLL-Stand-Bestimmung 2030 ein. Damit werden quantifizierte planungsrelevante Faktoren zur Ermittlung kalkulatorischer Planungswerte für die Planungshorizonte 2030 berechnet, differenziert nach intra- und extramuralem Bereich.

Die Entwicklung des privaten wahlärztlichen Bereichs kann im Gegensatz zur öffentlichen Versorgung nicht durch Planungsvorgaben gesteuert werden. Die Berücksichtigung von Wahlärzt:innen in der Planung erfolgte insofern, dass im Bereich der Primärversorgung (Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Zahn-, Mund- und Kieferorthopädie) 100 % der im Jahr 2022 laut Regiomed berechneten Wahlärzt:innen zusätzlich in der Sachleistungsversorgung (inkl. Umrechnung in Sachleistungsstellen) ausgewiesen wurden. Für die Fachversorgung (restliche Fächer) wurde in Abstimmung mit den Zielsteuerungspartnern von einer Übernahme von 0 % in die Sachleistungsversorgung ausgegangen.

DAA 2016 im Vergleich zu DAA 2022 (Methode ALT bzw. NEU)

Im Regiomed der Sozialversicherung finden alle fünf Jahre methodische Weiterentwicklungen statt, weshalb für das laufende RSG-Monitoring Werte auf Basis des Jahres 2022 verwendet werden. Für zukünftige Planungen werden Werte der neuen Methode („optimierte Methode“) verwendet. Auch das RSG-Monitoring wird zukünftig auf der Methode NEU aufsetzen. Für das Basisjahr der RSG-Planungen 2030 (2022) sind demnach verschiedene Berechnungsmethoden vorhanden, die je nach Anwendungsfall (Betrachtung der historischen Berechnung mit Methode IST bzw. zukunftsorientierte Planung mit optimierter Methode) unterschiedlich angewendet werden. Hinzu kommt die quantitative Veränderung vom DAA 2016 (Basis für die Berechnung des RSG 2025) zum DAA 2022, welcher in den meisten Fächern deutlich gestiegen ist, was in Summe dazu führt, dass der DAA 2022 quantitativ versorgungswirksamer scheint als der DAA 2016 und auch zu Verzerrungen in einer zeitlichen Betrachtung führt. Die nachfolgende Darstellung zeigt den Unterschied der beiden Methoden.

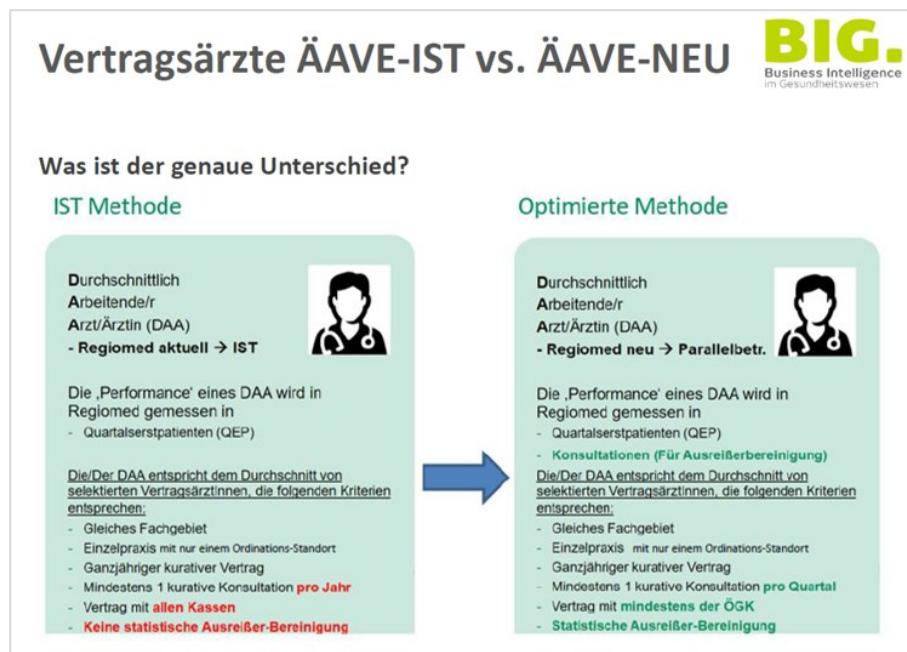


Abbildung 7: Unterschied der DAA-Berechnungsmethoden (Quelle: BIG - Business Intelligence im Gesundheitswesen)

3.2.3. METHODENBESCHREIBUNG

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 2022 dargestellt und planerisch berücksichtigt. Für die Ableitung des Versorgungsbedarfs bis zum Jahr 2030 im ambulanten Bereich wurde für die drei Wiener Versorgungsregionen sowie für das gesamte Bundesland Wien eine Kapazitätsplanung differenziert nach den gemäß „RSG-Planungsmatrix“ vorgegebenen medizinischen Fachrichtungen erstellt.¹²

Der RSGW amb 2030 berücksichtigt dabei die spezielle Versorgungssituation der Bevölkerung eines urbanen Ballungsraums. Unter Bezugnahme auf die IST-Versorgung im Jahr 2022 und die im ÖSG 2023 (idgF) für den ambulanten Bereich ausgewiesenen Versorgungsdichte-Korridore wird im RSGW amb 2030 daher die diesbezügliche Vorgabe des ÖSG, eine detaillierte Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf Ebene der Versorgungsregionen im Rahmen regionaler Detailplanungen (RSG) durchzuführen (vgl. ÖSG 2023 idgF, S. 38), erfüllt, d.h. es werden, wie im ÖSG gefordert, lokale Spezifika ebenso berücksichtigt wie die bundesweiten Vorgaben. Abweichungen von den Planungsrichtwerten des ÖSG sind daher vollständig durch die quantifizierte Berücksichtigung der regionalen Spezifika der Großstadt Wien begründet.

Die nachfolgende Abbildung zeigt den Analyse- und Planungsablauf in Arbeitspaketen und Schritten für den ambulanten Planungsbereich und wird nachfolgend im Detail näher erläutert.

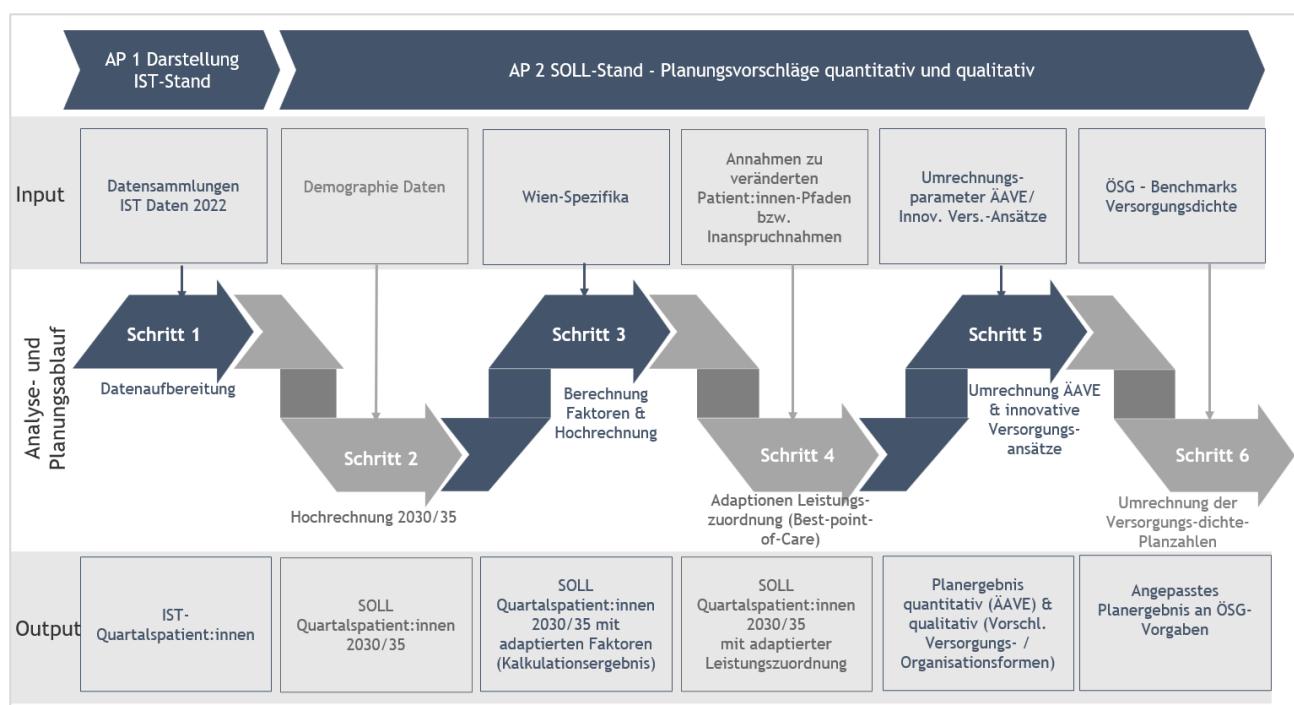


Abbildung 8: Arbeitspakte und Schritte des ambulanten Planungsbereiches

- **Schritt 1 - Datenaufbereitung:** Ausgehend vom IST-Stand 2022 wurde in der Planung der ärztlichen Versorgungskapazitäten ein Abgleich bzw. eine Sensitivitätsanalyse mit den Daten des Jahres 2023 (soweit bereits verfügbar) vorgenommen. Anschließend wurden die ambulant erbrachten Quartalspatient:innen¹³ (extramural) mit den vorliegenden Daten des Dachverbands gegenübergestellt

¹² Die Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) einerseits sowie der Erwachsenenpsychiatrie (PSY) andererseits wurden in einem gesonderten Konzept bearbeitet (PPV), das nicht Bestandteil des Auftrags war.

¹³ Frequenzen auf Basis von eCard-Steckungen werden durch die unterschiedlichen Honorarordnungen beeinflusst. Oftmals beinhalten diese nur Rezepte, Terminvereinbarungen o.ä. (oft ohne ärztliche Bindung), welche jedoch nicht versorgungswirksam sind. Daher werden die Quartalspatient:innen herangezogen. Änderungen an dieser „Währung“ würden eine eigene Datenbasis benötigen, dies würde dazu führen, dass - ohne Umrechnung - die Vergleichbarkeit mit anderen Regionalen Strukturplänen Gesundheit verloren ginge.

und qualitätsgesichert um anschließend die Quartalspatient:innen (extramural) bzw. Frequenzen (spitalsambulant) je Fachgruppe darzustellen. Dabei wurden weitere Qualitätssicherungen durchgeführt und Auffälligkeiten (z.B. bei der Bevölkerungsentwicklung bzw. den zeitlichen Veränderungen) dargestellt. Sogenannte Zuweiserfächer (PMR, Labor, Radiologie, Pathologie sowie NUK, SON, NCH und AN)¹⁴ werden nur für die PLAN-Sachleistungsstellen 2030 ausgewiesen und von der Sozialversicherung übernommen. Diese gelten nur bis 31.12.2026 und sind im Rahmen der nächsten Aktualisierung gemeinsam zu planen.

- ▶ **Schritt 2 - Hochrechnung 2030 (Demografie-Faktor):** Ausgehend von dem alters-, geschlechts- und Bezirksabhängigen Inanspruchnahmeverhalten aus dem Jahr 2022 erfolgt die demografische Hochrechnung der zukünftig zu erwartenden Inanspruchnahme (Frequenzen bzw. Quartalspatient:innen). Grundlage dafür ist die Bevölkerungsprognose für 2030 der MA23 auf Ebene der Bezirke, des Geschlechts und der 5er-Altersgruppen.
- ▶ **Schritt 3 - Berechnung Faktoren und Hochrechnung:** Danach wurden mit der Basis der Daten des Jahres 2022 schrittweise die angenommenen planungsrelevanten Besonderheiten der Versorgung der Großstadt Wien empirisch belegt und - so weit möglich und sinnvoll - in ergänzenden quantifizierten Faktoren in die SOLL-Stand-Bestimmung und Planung einbezogen. Nachfolgend werden die Faktoren angeführt, wobei hier unterschieden werden muss in Faktoren, die planungsrelevant zur Anwendung kommen und Faktoren, die in weiterer Folge argumentativ verwendet werden (die detaillierten Faktoren sind auch im nachfolgenden Kapitel zu finden).
 - **Ambulanzfaktor:** Diesem Faktor liegt die Hypothese zugrunde, dass Wien eine höhere Dichte an Spezialambulanzen (mit überregionaler, z.T. österreichweiter Versorgungswirkung) aufweist, als der Rest Österreichs. Die durchgeführten Analysen haben gezeigt, dass der ärztliche Personaleinsatz in diesen Spezialambulanzen in Wien und österreichweit grundsätzlich höher ist als in Allgemeinambulanzen. Diese Besonderheit wurde im pro Fachrichtung berechneten „Ambulanzfaktor“ abgebildet. Detailanalysen zeigten jedoch, dass es keine klaren Richtlinien zur Führung des Funktionscodes einer Spezialambulanz gibt und dass auch das dem Funktionscode zugewiesene Personal in der Praxis sehr heterogen abgebildet wird. In der Steuerungsgruppe wurde daher aufgrund der datentechnischen Limitationen entschieden, dass die Kalkulationen zum Ambulanzfaktor nicht direkt in den Planungen zum RSGW berücksichtigt werden sollen und ggfs. argumentativ herangezogen werden sollen.
 - **Stadtfaktor:** Die Analysen der extramuralen ambulanten Versorgungsstrukturen und -dichten der städtischen Regionen Österreichs (bei Anwendung der entsprechenden OECD-Typologie sind das 16 städtische Bezirke in Österreich ohne Wien) haben gezeigt, dass in den österreichischen Städten ein deutlich höherer Fachärzt:innen-Anteil (fachärztliche ÄAVE / allgemeinmedizinische & fachärztliche ÄAVE) zu verzeichnen ist, als in den nicht-städtischen Bezirken bzw. im österreichischen Durchschnitt. Des Weiteren wurden Analysen zu den extramuralen ÄAVE je Einwohner:in in urbanen und ruralen Bezirken durchgeführt, die aufzeigten, dass die Inanspruchnahme bzw. auch das Angebot in den städtischen Bezirken teils deutlich von den ländlichen Bezirken abweicht. Aufgrund der fehlenden österreichischen Benchmark-Werte für diese Unterscheidung wurde in der Steuerungsgruppe entschieden, dass die Kalkulationen zum Stadtfaktor nicht direkt in den Planungen zum RSGW berücksichtigt werden und ggfs. argumentativ herangezogen werden sollen.
 - **Gastpatient:innen-Faktor:** Gebildet wird ein Saldo zwischen inländischen Patient:innen, die außerhalb Wiens ihren Wohnsitz haben und in Wien ambulante Versorgungsstrukturen in Anspruch nehmen und Patient:innen aus Wien, die in einem anderen Bundesland ambulant behandelt werden. Dies führt insbesondere im spitalsambulanten Bereich und auch im extramuralen Facharztbereich zu

¹⁴ Für die Planung von Zuweiserfächern sind keine Planungsrichtwerte im ÖSG vorhanden. Dies ist auch sinnvoll, da in diesen Bereichen die technische Ausstattung im Vordergrund steht und nicht das medizinische Personal. Die Strahlentherapie wird auf Bundesebene geplant. Für CT/MR gibt es Planungsrichtwerte im ÖSG und ein gemeinsames Zielbild (Großgeräteplan).

einem Mehrbedarf an ÄAVE gegenüber der Wohnbevölkerung. Dieser wird grundsätzlich transparent dargestellt, hat jedoch keine Auswirkungen auf die Berechnungen bzw. das Endergebnis.

- **Wahlärzt:innen-Faktor:** Die durchgeführten Analysen haben gezeigt, dass der Anteil der wahlärztlichen Versorgung an der ambulanten Versorgung insgesamt in Wien niedriger ist als in den anderen österreichischen Bundesländern, also in Wien im Vergleich zu Restösterreich ein höherer Anteil der extramuralen Versorgung im öffentlichen Bereich des ambulanten Gesundheitssystems bewältigt wird¹⁵. Die vergleichsweise geringere anteilmäßige Wahlärzt:innen-Versorgung in Wien wird daher mit zusätzlicher öffentlicher ärztlicher Versorgung ausgeglichen. Der Wahlärzt:innen-Faktor wird in den RSGW-Berechnungen als rein argumentativer Faktor herangezogen, der keine direkte Auswirkung auf die Kalkulation der ÄAVE hat. Zusätzlich erfolgte die Berücksichtigung von Wahlärzt:innen in der Planung insofern, dass im Bereich der Primärversorgung (Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Zahn-, Mund- und Kieferorthopädie) 100 % der im Jahr 2022 laut Regiomed berechneten Wahlärzt:innen zusätzlich in der Sachleistungsversorgung (inkl. Umrechnung in Sachleistungsstellen) ausgewiesen wurden. Für die Fachversorgung (restliche Fächer) wurde in Abstimmung mit den Zielsteuerungspartnern von einer Übernahme von 0 % in die Sachleistungsversorgung ausgegangen.
- **Umlagerungsfaktor:** Mit diesem Faktor werden die durch das ambulante LKF-Abrechnungssystem¹⁶ („spitalsambulantes Bepunktungsmodell“) bedingten Umlagerungen vom stationären in den spitalsambulanten Bereich berücksichtigt. Damit werden in den Wiener Akutspitälern in Zukunft bislang stationäre Leistungen ambulant erbracht, wodurch prospektiv auch eine Umlagerung der ärztlichen Kapazitäten vom stationären in den spitalsambulanten Bereich stattfinden würde. Auf Basis dieses Umlagerungspotenzials wurden ambulante Betreuungsplätze bzw. Tagesklinikplätze (siehe stationärer Bereich) entsprechend definiert bzw. erweitert.
- **Regionaler Ausgleichsfaktor:** Mit diesem Faktor sollen die unterschiedlichen Versorgungsdichten in den Wiener Versorgungsregionen im extramuralen Bereich schrittweise an den Wiener Durchschnitt herangeführt werden. Wahlärztliche ÄAVE bzw. FAG-/“+100“-Stellen werden den jeweils niedrigsten Versorgungsregionen zugeordnet, um eine regionale Ausgeglichenheit zu gewährleisten. Zusätzlich erfolgt im Anschluss an die Kalkulationen - beim Abgleich der Versorgungsdichten je Versorgungsregion und Fach und ausschließlich für Fach-Versorgungsregions-Kombinationen - die abweichend vom Wien-Durchschnitt nicht in den ÖSG-Korridor treffen, ein regionaler Ausgleich bei der Verteilung der ÄAVE bzw. Sachleistungsstellen auf die jeweiligen Versorgungsregionen.
- ▶ **Schritt 4 - Adaptionen Leistungszuordnung (Best-point-of-care):** Der vierte Schritt umfasst die Modellierung mehrerer Parameter, die Relevanz für die zukünftige Entwicklung der Patient:innen-Pfade bzw. Inanspruchnahmen aufweisen. Hier wurden (medizinische) Entwicklungen, alternative Versorgungsmodelle und Leistungsverlagerungen berücksichtigt.
- ▶ **Schritt 5 - Umrechnung ÄAVE und innovative Versorgungsansätze:** Die zuvor berechneten Frequenzen und Quartalspatient:innen werden anhand der durchschnittlich arbeitenden Wiener Ärzt:innen des Jahres 2022 (DAWA) in ÄAVE umgerechnet. Zusätzlich wird aufgrund der vorliegenden Berechnungsmethoden eine Umrechnung in Sachleistungsstellen (SLS) durchgeführt. Innovative Versorgungsansätze und neuartige Versorgungsformen (siehe Schritt 4) werden hier quantifiziert und in die Berechnungen mit aufgenommen.

In diesem Schritt wurden auch folgende zusätzlichen Schritte vorgenommen:

¹⁵ Die Hypothese, dass die Einreichquote von Wahlärzt:innen-Rechnungen in Wien geringer sei und deshalb die wahlärztliche Versorgung in Wien unterschätzt würde, kann datentechnisch nicht be-/widerlegt werden. Die Abrechnung erfolgt bei der Sozialversicherung in Wien bei derselben ÖGK, SVS und BVAEB wie in den anderen Bundesländern.

¹⁶ Dieses wurde in Wien mit 1.1.2018 eingeführt und ist seit 1.1.2019 österreichweit umzusetzen.

Aus dem Titel „+100“-Kassenstellen (gemäß Ministerratsbeschluss vom Sommer 2023) werden weitere 22 Sachleistungsstellen (mit der Annahme, dass diese auch 1:1 als ÄAVE ausgewiesen werden) für Wien aufgebaut. Diese verteilen sich wie folgt:

- 3 SLS für PVE (AM)
- 4 SLS für AM
- 4 SLS für KIJU
- 2 SLS für AU
- 3 SLS für GGH
- 2 SLS für DER
- 1 SLS für KJP
- 3 SLS für PSY

Zusätzlich werden aufgrund des Finanzausgleichs (FAG) und des damit verbundenen Journals gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (anzuführen sind quantitative und qualitative Ausbaumaßnahmen ausschließlich im Sachleistungsbereich) weitere 24 Sachleistungsstellen (mit der Annahme, dass diese auch 1:1 als ÄAVE ausgewiesen werden) quantifiziert, die als Ausbaumaßnahme im Sachleistungsbereich definiert sind:

- 10 SLS für AM - diese wurden in Abstimmung mit dem Systempartner ÖGK im Planungsvorschlag berücksichtigt
- 4 SLS für CHI - *diese wurden in Abstimmung mit dem Systempartner ÖGK nicht im Planungsvorschlag berücksichtigt*
- 1 SLS für HNO - *diese wurden in Abstimmung mit dem Systempartner ÖGK nicht im Planungsvorschlag berücksichtigt*
- 1 SLS für DER - *diese wurden in Abstimmung mit dem Systempartner ÖGK nicht im Planungsvorschlag berücksichtigt*
- 2 SLS für KIJU - diese wurden in Abstimmung mit dem Systempartner ÖGK im Planungsvorschlag berücksichtigt
- 1 SLS für NEU - *diese wurden in Abstimmung mit dem Systempartner ÖGK nicht im Planungsvorschlag berücksichtigt*
- 4 SLS für PSY - *diese wurden in Abstimmung mit dem Systempartner ÖGK nicht im Planungsvorschlag berücksichtigt*
- 1 SLS für ORTR - *diese wurden in Abstimmung mit dem Systempartner ÖGK nicht im Planungsvorschlag berücksichtigt*

In gemeinsamer Abstimmung mit dem Systempartner ÖGK wurden zusammengefasst folgende Stellen in der Planung berücksichtigt (+100 und FAG-Stellen, insgesamt 34):

Primärversorgung:

- AM: 7 (“+100”) + 10 (FAG) = 17 SLS
- KIJU: 4 (“+100”) + 2 (FAG) = 6 SLS
- GGH: 3 (+100) + 0 (FAG) = 3 SLS
- ZMK: keine SLS

Fachversorgung:

- In der Fachversorgung wurden die +100-SLS (8) berücksichtigt, nicht jedoch die FAG-Stellen.

Um die Sachleistungsversorgung weiter zu stärken und Unterversorgung entgegenzuwirken wurden aus dem **wahlärztlichen Bereich** im Bereich der Primärversorgung (Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Zahn-, Mund- und Kieferorthopädie) 100 % der im Jahr 2022 laut Regiomed berechneten Wahlärzt:innen zusätzlich in der Sachleistungsversorgung (inkl. Umrechnung in Sachleistungsstellen) ausgewiesen. Für die Fachversorgung (restliche Fächer) wurde in Abstimmung mit den Zielsteuerungspartnern von einer Übernahme von 0 % in die Sachleistungsversorgung ausgegangen. Daraus ergibt sich ein weiterer Aufbau von rund 53 ÄAVE (69 Sachleistungsstellen) in der Primärversorgung.

Da im RSG Wien 2030 neu in den zu verordnenden ambulanten Planungsmatrizen auch die Sachleistungsstellen 2030 angegeben werden, wird ein Umrechnungsfaktor von den ÄAVE-Planungen auf **Sachleistungsstellen** bzw. auf Basis historischer Sachleistungsstellen eine (demografische) Hochrechnung benötigt. Laut ÖGK sind Sachleistungsstellen Planstellen für niedergelassene Vertragsärzt:innen und die ärztliche Versorgung in Ambulatorien (kasseneigene Einrichtungen und Institute mit Kassenverträgen).

Bei der Befüllung der Planungsmatrix mit SOLL-Werten an Sachleistungsstellen 2030 wurden dabei zusätzliche IST-Planstellen der SVS/BVAEB (Teilkassenverträge) und bereits neu aufgebaute Strukturen seit 2022 berücksichtigt.

Für die Berechnung der Sachleistungsstellen 2030 wurden zwei verschiedene Methoden betrachtet:

- Auf Basis der IST Planstellen 2016 (diese waren die Basis im RSG 2025 und die zum Berechnungszeitpunkt aktuellste verfügbare Datenquelle) wurde eine **demografische Hochrechnung** (Vektor 1,139¹⁷, der die Wiener Bevölkerungsentwicklung von 2016 bis 2030 darstellt) für das Jahr 2030 erstellt.
- Laut ÖGK wird als Datenbasis die Anzahl der besetzten Stellen und ÄAVE 2022 herangezogen. Berücksichtigt werden nur Planstellen im IST 2022 mit ganzjährig aufrechten ÖGK-Verträgen 2022 und gleichbleibender Menge an Planstellen und Ärzt:innen-Köpfen je Vertragspartner:in. Die **Umrechnungsfaktoren** (pro Fachgebiet) ergeben sich aus der Summe der ÄAVE der wie oben definierten Vertragspartner:innen eines Fachgebiets, geteilt durch die oben definierte Anzahl an besetzten Kassenplanstellen (KPS) eines Fachgebiets pro Bundesland.

$$\text{Umrechnungsfaktor} = \frac{\sum \text{ÄAVE}}{\sum \text{KPS}}$$

Für die SV-Ambulatorien, Einrichtungen und viele Ambulatorien mit Kassenverträgen gilt im IST 2022, dass 1 ÄAVE gleich 1 angestellten ärztlichen Vollzeitäquivalent entspricht. Nur bei bestimmten Vertrags-Instituten werden die ÄAVE von Regiomed mithilfe der Abrechnungssummen und einer Gewichtung auf Basis von Kennzahlen der Ärzt:innen-Kostenstatistik berechnet. Daher wird für die Umrechnung der ÄAVE in die Sachleistungsstellen für Ambulatorien 1 ÄAVE = 1 Sachleistungsstelle angesetzt.

Aufgrund der lange Zeit nicht klar definierten Berechnungsmethode, weil die Planstellen 2022 und der jeweilige Besetzungsgrad erst spät im Planungsprozess vorlagen, wurde die demografische Hochrechnung der Planstellen 2016 im weiteren Planungsprozess herangezogen. Die Berechnung der Sachleistungsstellen 2030 erfolgte somit in folgenden Schritten bzw. Berechnungen:

- Demografische Hochrechnung der Kassenplanstellen 2016 für §2-Kassenplanstellen

¹⁷ Limitationen: Es liegen keine Daten zum Inanspruchnahmeverhalten zugrunde (ältere Menschen nehmen deutlich mehr ärztliche Leistungen in Anspruch, in der vorliegenden Hochrechnung wurde jedoch jede Person gleich gewichtet). Es liegen keine Daten zu den unterschiedlichen Fächern (unterschiedliche Inanspruchnahmen bzw. Altersstrukturen) vor. Es liegen keine Informationen zur Berechnung bzw. Zuordnung von ÄAVE in Kassenplanstellen vor. Die FAG-Stellen wurden auf Basis der „Maßnahmen zur Stärkung des niedergelassenen Bereiches gem. Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ abgeleitet und beinhalten die konkreten Aufbauten bzw. neuen Planstellen.

- Fortschreibung der BVAEB/SVS-Kassenplanstellen 2022¹⁸
- Addition der Sachleistungsstellen in Zentren/Ambulanzien, die seit 2022 entstanden sind bzw. geplant sind, bis 2030 zu entstehen (siehe Planungsmatrix - Vergemeinschaftungsformen)
- Addition der wahlärztlichen Sachleistungsstellen für die definierten Fachbereiche (diese wurden mittels Fach-Faktor von ÄAVE in SLS umgerechnet)
- Addition der FAG-/“+100“-Stellen (Finanzausgleich) für die definierten Fachbereiche
- Addition der Sachleistungsstellen in eigenen Einrichtungen (diese ÄAVE wurden aus dem Regiomed IST 2022 demografisch hochgerechnet und unter der Annahme 1 ÄAVE = 1 SLS berücksichtigt)
- Addition der Sachleistungsstellen, die für SVS/BVAEB demografisch hochgerechnet bis 2030 benötigt werden
- Übernahme der PSY/KJP-Zielwerte aus den definierten Prozessen

Im Anschluss an die datenbasierten methodischen Berechnungen folgte ein konsensorientierter Entscheidungsprozess zwischen den betroffenen Akteuren, dessen Ergebnis folgende Einigung war:

- Für die Fächer der Primärversorgung (Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) wurde der Vorschlag der Stadt Wien (2.183 SLS) herangezogen.
- Für die Fächer der Fachversorgung (alle anderen Fächer) wurde der Vorschlag der ÖGK (1.363 SLS) herangezogen.
- Dadurch ergeben sich in Summe **3.546 SLS für den RSG 2030**

Hinweis: In der Planungsmatrix enthaltene %-Werte („davon maximal als vertragsärztliche Planstellen in %“) wurden wie folgt berechnet: Von allen berechneten Sachleistungsstellen je Fach und Versorgungsregion wurden die geplanten Sachleistungsstellen in Ambulanzien und eigenen Einrichtungen abgezogen. In einzelnen Fächern und Versorgungsregionen wurden die ermittelten prozentuellen Anteile aufgrund von spezifischen Gegebenheiten in Absprache zwischen den entsprechenden Akteuren angepasst. Die restlichen Sachleistungsstellen an allen Sachleistungsstellen entsprechen dem Anteil an maximal möglichen vertragsärztlichen Planstellen.

In den Planungsmatrizen wurde eine Abschätzung der spitalsambulanten ÄAVE in ZAE (zentrale Aufnahme und Erstversorgung) vorgenommen. Dafür wurden die aktuellen IST-VZÄ aus Krankenanstalten mit einer ZAE im ambulanten Bereich (exkl. der ZNA-Station) herangezogen und auf das Jahr 2030 hochprognostiziert.

- **Schritt 6 - Umrechnung der Versorgungsdichte-Planzahlen:** Abschließend wurden alle Planungsergebnisse je Fach und Versorgungsregion bzw. gesamt Wien den jeweiligen ÖSG-Planungskorridoren (Versorgungsdichte-Unter- bzw. -Obergrenzen mit einer Bandbreite von +/- 30 % vom Bundesdurchschnitt, wobei die Versorgungsdichte-Berechnung im ÖSG 2023 (idgF) auf der Datenbasis 2021 erfolgte) gegenübergestellt. Die Versorgungsdichte je Fachrichtung wird über den zentralen Parameter der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) pro 100.000 Einwohner:innen ausgewiesen. Ziel davon ist es, die kalkulierten Werte auf die zuvor angeführte Bandbreite (die Versorgung auf Bedarfsgerechtigkeit) zu prüfen und ggfs. davon abweichende Ergebnisse zu hinterfragen und zu argumentieren.

¹⁸ Es gilt zu beachten, dass bis 2030 auch ein Teil der SVS/BVAEB-Sachleistungsstellen abgebaut werden wird. Dies ist in den aktuellen Kalkulationen nicht berücksichtigt, der (strategische) Umgang damit ist offen.

3.2.4. DIE ANALYSE- UND PLANUNGSRELEVANTEN FAKTOREN IM DETAIL

3.2.4.1. Ambulanzfaktor

Der Ambulanzfaktor geht von der in den Daten bestätigten (siehe weiter unten) Hypothese aus, dass in Spezialambulanzen pro ambulante Behandlung der ärztliche Personaleinsatz höher ist bzw. in derselben Zeiteinheit ein:e Ärzt:in eine geringere Anzahl an Patient:innen behandeln kann (komplexeres Leistungsgeschehen) als in allgemeinen Ambulanzen. Da der Anteil der Spezialambulanzen an den Spitalsambulanzen und jener der dort tätigen ärztlichen Vollzeitäquivalente (ÄVZÄ) in Wien grundsätzlich höher ist als in anderen Bundesländern (überregionale, z.T. österreichweite Versorgungswirkung), wurde angedacht, dies für den intramuralen ambulanten Versorgungsbereich in Wien mit einem pro Fachrichtung zu berechnenden Ambulanzfaktor dieser speziellen Versorgungsregion anzupassen.

Als Datengrundlage für die Hypothesenprüfung und die Bemessung des Ambulanzfaktors wurde die Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten des Jahres 2022 herangezogen. Sie stellt die einzige verfügbare Datenquelle dar, welche im Rahmen nur einer Quelle eine vollständige Dokumentation

- der im spitalsambulanten Bereich eingesetzten ÄVZÄ und
- ambulanten Inanspruchnahmzahlen (ambulante Frequenzen für stationäre und ambulante Patient:innen),
- differenziert nach Fachrichtungen
- und Kostenstellen/Funktionscodes (dies ermöglicht eine Differenzierung in Allgemein- und Spezialambulanzen), ausweist.

Die Berechnung des Ambulanzfaktors erfolgt in den folgenden Schritten:

1. Selektion Ambulanzen: Kostenstellen mit Funktionscodes (FC) 1¹⁹ „16“²⁰: „Ambulante diagnostische und therapeutische Leistungserbringung“
2. Differenzierung nach Fachrichtungen: Differenzierung der über FC 1 „16“ selektierten Kostenstellen nach Fachrichtungen, die nach dem FC 2 (3. - 4. Stelle des FC) differenzierbar sind.
3. Differenzierung nach Allgemein- und Spezialambulanzen: Differenzierung nach „allgemeiner Ambulanz“ und „anderen Ambulanzen“ (= Spezialambulanzen) über den FC 3 (5. - 6. Stelle des FC).
4. In dieser Differenzierung werden nach Bundesländern ausgewertet:
 - a. zugeordnete ärztliche Vollzeitäquivalente (ÄVZÄ)
 - b. Frequenzen ambulanter Patient:innen
 - c. Frequenzen stationärer Patient:innen
5. Berechnung der ÄVZÄ pro 1.000 ambulante Frequenzen, differenziert nach Allgemeinambulanzen und anderen Ambulanzen (Spezialambulanzen). Die Berechnung erfolgt anteilig für die rein ambulanten Frequenzen, die ÄVZÄ der Kostenstellenstatistik der Krankenanstalten werden nach dem Verteilungsschlüssel ambulante zu stationäre Frequenzen aufgeteilt.
6. Berechnung des Verhältnisses der ÄVZÄ pro 1.000 ambulante Frequenzen (anteilig für ambulante Patient:innen) von „Spezialambulanzen“ zu „Allgemeinambulanzen“

¹⁹ In der Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten werden die einzelnen Kostenstellen nach einem 8-stelligen Funktionscode (FC) differenziert erfasst und ausgewiesen. Dieser Code lässt sich von links nach rechts in vier zweistellige Subcodes unterteilen, die jeweils eine spezifische Information für die jeweilige Kostenstelle beinhalten. Diese Subcodes werden von links nach rechts mit FC 1 bis FC 4 bezeichnet.

²⁰ Die Kostenstelle mit FC 1 „17“ und FC 1 „18“ könnten grundsätzlich auch einbezogen werden. Allerdings bezieht sich der FC 1 „17“ nur auf nicht im RSG zu bearbeitende Fachrichtungen und der FC 1 „18“ bezieht sich auf nichtärztliche Berufsgruppen und einige andere im vorliegenden Zusammenhang nicht relevante Bereiche.

Dieser Verhältniswert ist in der Regel größer als 1, da in den Spezialambulanzen mehr Zeit pro Patient:in benötigt wird (alle projektrelevanten Fächer: Österreichwert = 2,0; *grundständliche Bestätigung der Hypothese*)

7. Berechnung des Mehrbedarfs an ÄVZÄ im ambulanten Bereich der jeweiligen Fachrichtung für ambulante Patient:innen aufgrund der Spezialambulanzen: Die Berechnung pro Fach wird hier beispielhaft an der Fachrichtung „DER“ (Dermatologie) dargestellt:

- a. Anteil der Frequenzen ambulanter Patient:innen in den Allgemeinambulanzen an den Frequenzen insgesamt (60 % für Wien) **plus**
- b. Verhältnis der ÄVZÄ pro 1.000 ambulante Frequenzen von „Spezialambulanzen“ zu „Allgemeinambulanzen“ (1,9 für Wien) **multipliziert mit**
- c. dem Anteil der Frequenzen ambulanter Patient:innen an den Frequenzen insgesamt (40 %) in den „Spezialambulanzen“

Ergebnis für die DER: 1,37 für Wien, d.h. es werden in der DER aufgrund der Spezialambulanzen um 37 % mehr ÄVZÄ benötigt, als wenn es dort nur „Allgemeinambulanzen“ gäbe.

8. Berechnung des Ambulanzfaktors: Division von „Ergebnis Schritt 7 für Wien“ durch Ergebnis „Schritt 7 für Bundesdurchschnitt ohne Wien“ (der Vergleichswert ist immer der Bundesdurchschnitt ohne Wien). Insgesamt ergibt das, über alle projektrelevanten Fachrichtungen gerechnet, einen **Ambulanzfaktor von 1,2**.

Fachrichtung	Ambulanzfaktor
Augenheilkunde	1,3
Chirurgie (inkl. Plastische Chirurgie und Kinderchirurgie)	1,3
Dermatologie	1,2
Gynäkologie und Geburtshilfe	1,3
Innere Medizin ²¹	0,8
Kinder- und Jugendheilkunde	1,1
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	1,1
Psychiatrie	1,4

Fachrichtung	Ambulanzfaktor
Pulmologie	1,0
Neurologie	0,9
Orthopädie und Unfallchirurgie	1,9
Urologie	1,3
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	1,0
Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde	0,8
Fächersumme	1,2

Tabelle 6: Der Ambulanzfaktor für Wien pro Fachrichtung für das Jahr 2022

Im Rahmen der Plausibilisierung der Daten zum Ambulanzfaktor erschienen einige Daten auffällig und mit Limitationen verbunden:

- Durchschnittlich werden in Spezialambulanzen deutlich weniger ambulante Frequenzen je ärztlichem VZÄ verzeichnet als auf Allgemeinambulanzen verzeichnet
- In allen Fachbereichen (mit Ausnahme eines Fachbereichs) liegt die Anzahl der ambulanten Frequenzen pro ärztlichem VZÄ in den Spezialambulanzen unter der Anzahl in den Allgemeinambulanzen

²¹ Eine Spezialisierung bzw. weitere Vertiefung in der Inneren Medizin ist im ÖSG nicht vorgesehen. Diese wäre auch nicht möglich, da aufgrund fehlender Diagnosecodierung (bzw. entsprechender Spezialisierung der Funktionscodes) keine Daten vorliegen.

- In der Standort-Plausibilisierung fallen drei Standorte auf, die in allen Fächern 100 % Spezialambulanzen aufweisen. Zwei Standorte weisen 0 % Spezialambulanzen aus.
- In der Fach-Plausibilisierung zeigen sich die Fächer Pulmologie, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Plastische Chirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinderchirurgie auffällig, denn hier werden in allen österreichischen Krankenanstalten-Standorten 100 % Spezialambulanzen ausgewiesen. In der Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie werden in allen österreichischen Krankenanstalten-Standorten 0 % Spezialambulanzen ausgewiesen. Diese Fächer werden in der o.a. Tabelle mit 1,0 in grau geführt.

Fazit: Aufgrund der trägerabhängigen Verwendung der Funktionscodes und der fehlenden eindeutigen Festlegung (bzw. Qualitätssicherung) der Zuordnung zu „Allgemein-“ bzw. „Spezialambulanzen“, aber auch der Fachhauptbereiche die teilweise bereits als Spezialfächer geführt werden und der heterogenen Zuordnung von Personal zu diesen Funktionscodes wurde von einer Verwendung des Ambulanzfaktors in den Kalkulationen abgesehen. In weiterer Folge kann dieser ggfs. argumentativ berücksichtigt werden.

3.2.4.2. Stadtfaktor

Es ist eine allgemeine und vielfach bestätigte Besonderheit städtischer Regionen, dass die Verteilung zwischen allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Versorgung verstärkt in Richtung der fachärztlichen Versorgung zu finden ist. Im Rahmen des Stadtfaktors wird daher auf die typisch städtischen Versorgungscharakteristika eingegangen, was hier über den Bezug zu den Versorgungsdichten der anderen Stadtregionen in Österreich erfolgt. Der „Stadtfaktor“ ist daher ein ergänzender Referenzwert, über den eine Bezugnahme auf die fächerspezifische Verteilung der ÄAVE in städtischen Regionen in Österreich erfolgt. Es handelt sich dabei um die „durchschnittliche ÄAVE-Versorgungsdichte (VD)“ im extramuralen Bereich (ohne Wahlärzt:innen) der Stadtbezirke in Österreich.

Die Berechnung erfolgt in den nachstehenden Schritten:

1. Definition der Stadtbezirke in Österreich: Für die Charakterisierung eines Bezirkes als „Stadtbezirk“ wurde die für eine Politik des ländlichen Raumes von der OECD-Working Party on Territorial Indicators entwickelte OECD-Regionstypisierung herangezogen (Pezzini, 2011, Schuler et al. 2004). Die Aussagekraft dieses OECD-Typisierungskonzepts wird zwar durch die vorgegebene administrative Abgrenzung von Bezirken in Österreich beeinflusst, es handelt sich aber um ein für die vorliegenden Zwecke gut geeignetes, wissenschaftsbasiertes und international anerkanntes Konzept. Der maßgebliche Indikator dieser Typisierung ist die Siedlungsdichte. In Anwendung der diesbezüglichen Schwellenwerte handelt es sich dann um einen städtischen Bezirk, wenn der Anteil der Gemeinden im Bezirk, die eine Einwohnerdichte von 150 und mehr Einwohner pro km² aufweisen, 15 % oder höher ist. Die auf diesem Konzept beruhende Selektion erfolgte auf Basis der entsprechenden Daten der Statistik Austria (Datenbasis und Gebietsstand 2018) und definierte folgende Städte und Bezirke als „städtische Bezirke“:
 - Eisenstadt (Stadt)
 - Klagenfurt (Stadt)
 - Villach (Stadt)
 - Krems an der Donau (Stadt)
 - Sankt Pölten (Stadt)
 - Wiener Neustadt (Stadt)
 - Politischer Bezirk Baden
 - Politischer Bezirk Mödling
 - Linz (Stadt)
 - Steyr (Stadt)
 - Wels (Stadt)
 - Salzburg (Stadt)
 - Graz (Stadt)
 - Innsbruck (Stadt)
 - Politischer Bezirk Dornbirn
 - Politischer Bezirk Feldkirch
 - Bundesland Wien
2. Berechnung regionstypologischer Referenzwerte für Wien: Dazu wurden die ärztlichen Versorgungsdichten für den extramuralen Bereich (ohne Wahlärzt:innen) für jeden einzelnen österreichischen Stadtbezirk, für die Summe der österreichischen Stadtbezirke gesamt und für die Summe der „Stadtbezirke ohne Wien“ berechnet. Anschließend erfolgte eine Gegenüberstellung der alters- und geschlechtsstandardisierten und pendlerbereinigten Bevölkerung, um die ärztlichen Versorgungsdichten für die jeweiligen versorgten städtischen Einwohner zu ermitteln.
3. Anwendung des regionstypischen Referenzwertes zur Ermittlung der Kennzahl: Für den extramuralen Bereich in Wien wurde in Abgrenzung zum tatsächlichen IST-Stand des Jahres 2022 mithilfe des Stadtfaktors ein SOLL-Stand für 2022 berechnet. Dazu wurde
 - a. für alle RSG-Fächer in Summe auf die ärztliche Versorgungsdichte im Bundesdurchschnitt referenziert.
 - b. Für alle RSG-Fächer wurden die absoluten extramuralen ÄAVE je (Stadt-)Bezirk ausgegeben.
 - c. Diese wurden anschließend der alters- und geschlechtsstandardisierten (und teilweise pendlerbereinigten) Bevölkerung des jeweiligen Bezirkes gegenübergestellt.
 - d. Daraus wurde die Kennzahl „Extramurale ÄAVE pro 100.000 Einwohner“ berechnet.

Die Kennzahl „extramurale ÄAVE pro 100.000 Einwohner“ zeigt, dass diese in der Allgemeinmedizin in städtischen Bezirken (inkl. Wien) deutlich unter den von nicht-städtischen Bezirken bzw. dem Bundesdurchschnitt liegen. Umgekehrt zeigt sich, dass die „extramurale ÄAVE pro 100.000 Einwohner“ im fachärztlichen Bereich in städtischen Bezirken (inkl. Wien) deutlich über den von nicht-städtischen Bezirken bzw. dem Bundesdurchschnitt liegen.

Fazit: Es sind keine Normen bzw. Zielwerte vorhanden, die sich auf urbane bzw. rurale Regionen beziehen. Eine Umverteilung entsprechend den Durchschnittswerten der österreichischen Stadt-Bezirke hätte in bestimmten Fächern Auswirkungen, die nicht nur positive Effekte bringen würde. Daher wurde festgelegt, dass der Stadtfaktor nicht kalkulatorisch, jedoch bei der Ansicht der einzelnen Fächer und der Treffsicherheit zu den ÖSG-Korridoren ggfs. argumentativ berücksichtigt werden soll.

3.2.4.3. Gastpatient:innen-Faktor

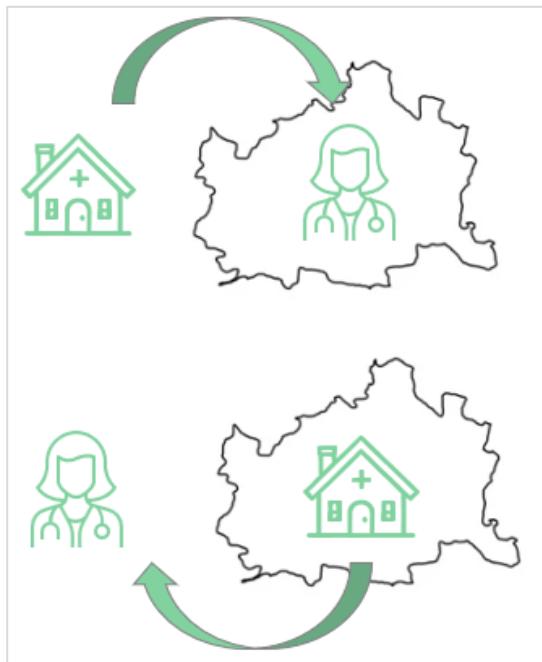


Abbildung 9: Darstellung Gastpatient:innen-Faktor

Ausgehend von den im Jahr 2022 fachrichtungsspezifisch beobachteten tatsächlichen Patient:innen-Strömen (Kontaktzahlen bzw. e-Card-Konsultationszahlen), wird der jeweilige regionsspezifische Wanderungssaldo (Einwanderkontakte bzw. -konsultationen minus Auswanderkontakte bzw. -konsultationen) - differenziert nach intra- und extramuralem Bereich - ermittelt.

Als Einwanderkontakte bzw. -konsultationen gelten dabei jene Kontakte bzw. Konsultationen, die von Leistungserbringer:innen einer Region an Personen erbracht werden, die nicht in derselben Region wohnhaft sind. Hier fließen u.a. auch jene Kontakte bzw. Konsultation ein, die von Tourist:innen aus dem In- und Ausland verursacht werden.

Als Auswanderkontakte bzw. -konsultationen gelten hingegen jene Kontakte bzw. Konsultationen, die von den Bewohner:innen der betrachteten Region bei nicht in derselben Region ansässigen Leistungserbringer:innen in Österreich in Anspruch genommen werden.

Der so errechnete „Wanderungssaldo“ gibt im Falle eines positiven Wertes jene Menge an Kontakten bzw. Konsultationen an, die die Leistungserbringer:innen in der Region zusätzlich zu den seitens der einheimischen Bevölkerung verursachten Kontakten bzw. Konsultationen zu erbringen haben. Ausgehend von der durchschnittlichen Menge an Kontakten bzw. Konsultationen, die ein ÄAVE der jeweiligen Fachrichtung in Wien im Jahr 2022 erbracht hat, wird sodann - differenziert nach intra- und extramuralem Bereich - jene Menge an ÄAVE geschätzt, die in der betrachteten Region zusätzlich erforderlich ist. Im Falle eines negativen Saldos reduziert sich die Zahl an Kontakten bzw. Konsultationen und damit auch die Zahl erforderlicher ÄAVE.

Sektorenübergreifend wurden in Wien im Jahr 2022 aufgrund des positiven Wanderungssaldos (=Gastpatient:innen-Faktor) 354 ÄAVE mehr benötigt als für die Wiener Bevölkerung notwendig gewesen wäre. Im spitalsambulanten Bereich sind es mit 160 ÄAVE etwas weniger als im extramuralen Bereich mit 194 ÄAVE. Einen negativen Wanderungssaldo zeigen spitalsambulant nur die Orthopädie und Traumatologie (inkl. Unfallchirurgie) und die Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Am höchsten sind die spitalsambulanten Salden in der Inneren Medizin mit +66 ÄAVE und der Chirurgie mit +18 ÄAVE. Im extramuralen Bereich gibt es kaum einen negativen Wanderungssaldo, mit einem positiven Saldo sind die Zahnmedizin (in Summe ZMK, Zahnärzt:innen und Kieferorthopädie) mit 90 ÄAVE und die Allgemeinmedizin mit 21 ÄAVE am höchsten.

Fazit: Für 2030 wurde der Gastpatient:innen-Anteil im ambulanten Bereich im selben Ausmaß (anteilig) wie im Jahr 2022 berücksichtigt und transparent dargestellt.

3.2.4.4. Wahlärzt:innen-Faktor

Die öffentlich finanzierte wahlärztliche Versorgung²² ist in Wien im Vergleich zu den anderen Bundesländern schwächer ausgeprägt. So betrug im Jahr 2022 der Anteil der Wahlärzt:innen-ÄAVE insgesamt (über alle

²² Versorgung durch Wahlärzt:innen für die eine Kostenerstattung durch einen öffentlichen Krankenversicherungsträger erfolgte.

projektrelevanten Fächer) bei den niedergelassenen Ärzt:innen in Wien 5,5 % und im Bundesdurchschnitt (ohne Wien) 9,6 %. Im Vergleich zum Jahr 2016 (Basisjahr des RSG2025) stieg dieser Anteil in Wien und auch im Bundesdurchschnitt (ohne Wien) um 2,0 Prozentpunkte. Aber nicht nur im relativen Vergleich zu den Vertragsärzt:innen, sondern auch gemessen an der Versorgungsdichte²³ ist der Wahlärzt:innen-Bereich in Wien weniger versorgungsrelevant. Es ist davon auszugehen, dass der öffentliche Versorgungsbereich und der Wahlärzt:innen-Bereich in einem substitutiven Verhältnis stehen und daher eine geringere Wahlärzt:innen-Versorgung durch eine entsprechende öffentliche ärztliche Versorgung ausgeglichen wird. Da der Referenzwert zu den Versorgungsdichten je Fach (Bundesdurchschnitt mit Wien) nur auf die im öffentlichen Bereich angebotenen ÄAVE Bezug nimmt, wurde für den extramuralen Bereich der Wahlärzt:innen-Faktor entwickelt und in weiterer Folge ggfs. argumentativ beim Abgleich mit den ÖSG-Korridoren zur Anwendung gebracht.

1. In einem ersten Schritt wird pro Fach der Anteil der Wahlärzt:innen-ÄAVE an den extramuralen ÄAVE für Wien und die Bezugsregion (Österreich ohne Wien) errechnet.
2. In einem zweiten Schritt wird dann pro Fach dieser Anteil der Bezugsregion durch den Anteil für Wien dividiert. Das ergibt den Wahlärzt:innen-Faktor
3. Im dritten Schritt wird pro Fach die Zahl der Wahlärzt:innen-ÄAVE von Wien mit dem Wahlärzt:innen-Faktor multipliziert. Das ergibt die Zahl der „fiktiven Wahlärzt:innen-ÄAVE“. Das sind jene Wahlärzt:innen-ÄAVE, die in Wien versorgungswirksam wären, wenn Wien anteilmäßig in gleicher Weise mit Wahlärzt:innen ausgestattet wäre wie die Bezugsregion (Österreich ohne Wien).
4. Im vierten Schritt werden für Wien die tatsächlichen Wahlärzt:innen-ÄAVE von diesen „fiktiven Wahlärzt:innen-ÄAVE“ abgezogen. Diese Differenz von knapp mehr als 166 ÄAVE (diese Zahl verdoppelte sich nahezu von 84 ÄAVE im Jahr 2016) über alle projektrelevanten Fächer für Wien sind jene ÄAVE, die in Wien im öffentlichen extramuralen Bereich mehr angeboten werden müssen, um die Anteilstücke im Vergleich zur höheren Wahlärzt:innen-Ausstattung der Bezugsregion zu füllen.

Fazit: Da Wien im Bundesvergleich einen kleineren Wahlärzt:innen-Bereich hat und somit der Sachleistungsbereich größer ist, liegen einzelne Fachgebiete über dem ÖSG-Korridor. Die Leistungen des wahlärztlichen Bereiches aus dem Jahr 2022 wurden im Sachleistungsbereich für das Jahr 2030 geplant.

3.2.4.5. Umlagerungsfaktor

Zur Berechnung des Umlagerungseffekts wurde das stationäre Potenzial für den Planungshorizont 2030 ermittelt und in weiterer Folge für die ambulante und tagesklinische Versorgungsplanung herangezogen. Die Details dazu finden sich im Kapitel 3.1.3. (Methodik tagesklinische Plätze und ambulante Betreuungsplätze). Für den RSGW 2030 wurde definiert, dass die bestehenden ambulant bzw. tagesklinisch abgebildeten Aufenthalte auch in Zukunft in diesem Setting abgebildet werden sollen. Zusätzliche etwaige Verschiebungen aus dem stationären Bereich wurden für das Jahr 2030 ausschließlich dem tagesklinischen Bereich zugeordnet. Für den tagesklinischen Bereich werden keine ÄAVE kalkuliert, weshalb aus dem Umlagerungsfaktor keine zusätzliche ÄAVE-Berechnung entstanden ist.

Umlagerungen können aber auch zwischen dem intramuralen Bereich und dem extramuralen Bereich stattfinden (Stichwort „Entlastung der Spitalsambulanzen“). Eine Quantifizierung dieses Umlagerungseffekts wurde im Rahmen der einzelnen abgestimmten neuartigen Versorgungsformen definiert und im Anschluss an die Kalkulationen in einem Abstimmungs- bzw. Kalkulationsprozess verfeinert.

²³ 6,3 Wahlärzt:innen-ÄAVE pro 100.000 Einwohner:innen in Wien versus 10,5 im Bundesdurchschnitt (ohne Wien) über alle projektrelevanten Fächer und exkl. Alters- und Geschlechtsstandardisierung bzw. Pendlerbereinigung

3.2.4.6. Demografiefaktor („Schritt 2“)

Ausgangspunkt der Berechnungen sind die anhand der tatsächlichen Inanspruchnahme 2022 (differenziert nach intra- und extramuralem Bereich) ermittelten regionalen fachrichtungs-, alters-²⁴ und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmen (die Kontakte bzw. e-card-Konsultationen auf Bezirksebene in 5er-Altersschritten und Geschlecht). Diese Inanspruchnahmen werden auf die für 2030 prognostizierte Bevölkerung (in dieser Gruppe) umgelegt. Stellt man nun die tatsächlich in einer Region beobachteten Kontakte aus dem Jahr 2022 den geschätzten Kontaktzahlen für 2030 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.

3.2.4.7. Regionaler Ausgleichsfaktor

Die Wiener Versorgungsregionen weisen in den einzelnen Fächern zum Teil deutlich unterschiedliche ärztliche Versorgungsdichten auf, was zu Patient:innen-Wanderungen zwischen ihnen führen kann. Im intramuralen Bereich ist dieses regional z.T. ungleich verteilte Angebot durch die Wiener Spitalslandschaft und ihre fachlichen Schwerpunktsetzungen bestimmt. Besonders im extramuralen Bereich sollte hingegen die strategische Zielsetzung einer in Bezug auf die Bevölkerungszahl regional ausgewogenen Versorgung verfolgt werden. Mit dem regionalen Ausgleichsfaktor soll daher die Eigenversorgung der Wiener Versorgungsregionen gestärkt werden.

Die Basis für die Bestimmung dieses Faktors ist die ärztliche Versorgungsdichte (ÄAVE pro 100.000 EW) für Wien im Zieljahr pro Fach. Insbesondere im Bereich der AM ist die Wohnortnähe entscheidend und daher eine weitere Verbesserung der ohnehin bereits hohen Eigenversorgung der Wiener Versorgungsregionen anzustreben.

Mit diesem Faktor sollen die unterschiedlichen Versorgungsdichten in den Wiener Versorgungsregionen im ambulanten Bereich schrittweise an den Wiener Durchschnitt herangeführt werden. Wahlärztliche ÄAVE bzw. FAG-/+100“-Stellen werden den jeweils niedrigsten Versorgungsregionen zugeordnet, um eine regionale Ausgeglichenheit zu gewährleisten. Zusätzlich erfolgt im Anschluss an die Kalkulationen beim Abgleich der Versorgungsdichten je Versorgungsregion und Fach und ausschließlich für Fach-Versorgungsregions-Kombinationen die abweichend vom Wien-Durchschnitt nicht in den ÖSG-Korridor treffen ein regionaler Ausgleich bei der Verteilung der spitalsambulanten und extramuralen demografischen ÄAVE-Aufbauten bzw. Sachleistungsstellen auf die jeweiligen Versorgungsregionen.

3.3. METHODIK DIALYSEPLÄTZE

Im Rahmen der IST-Stand-Analyse der Dialyseversorgung in Wien konnten auf Basis der letztaktuellen Datenlage die nachstehenden Feststellungen zur Versorgungssituation festgehalten werden:

- ▶ Anteil der Wiener Patient:innen in Dialysebehandlung an Peritonealdialyse (PDia) mit rund 7 % im Bundesdurchschnitt; Planungshypothese gemäß ÖSG 2023: 15 %
- ▶ gute bzw. teilweise bereits hohe Auslastung einiger Dialyse-Einrichtungen in Wien feststellbar bei gleichzeitig noch verfügbaren Kapazitäten an weiteren Dialyse-Standorten (teilweise auch durch erweiterbaren Schichtbetrieb).

Ausgehend von den Analysen zum IST-Stand der Dialyseversorgung in Wien ist gemäß dem vorliegenden Trend weiterhin eine Zunahme der entsprechenden Anzahl von Patient:innen zu erwarten. Im Rahmen der gegenständlichen Planung wurden die im ÖSG 2023 (BMSGPK 2025b idgF) aktualisierten und auf den Planungshorizont 2030 ausgerichteten bundesländer spezifischen Hämodialyse-Platz-Richtwerte (HDia)

²⁴ Altersgruppierung jeweils in 5-Jahres-Schritten

herangezogen. Sollte der zugrunde gelegte PDia-Anteil von 15 % nicht erreicht werden, erhöhen sich die erforderlichen Kapazitäten an HDia-Plätzen.

Die nachstehende Tabelle enthält Angaben zu den im Jahr 2022 vorgehaltenen HDia-Plätzen sowie dem jeweiligen Schichtbetrieb der HDia-Standorte in Wien. Weiters wird die mögliche Anzahl der mit den standortspezifisch vorgehaltenen HDia-Plätzen versorgbaren HDia-Patient:innen ausgewiesen, wobei unterschiedliche Annahmen zur Organisation des Schichtbetriebs getroffen werden. Die aktuellen Angaben wurden im Rahmen der Gespräche mit den Systempartner:innen abgestimmt. Darüber hinaus wird die Anzahl der für 2030 prognostizierten HDia-Patient:innen, die in Wien zu versorgen sind, gesamthaft ausgewiesen.

KA-Nr.	KA-Kurz-bezeichnung	VR			Schicht- betrieb aktuell	Versorgbare HDia-Patient*innen			Prognose 2030 (15% PD)	Prognose 2030 (10% PD)
			HDia-Plätze IST 2022*	HDia-Plätze RSG 2030*		3-2** (aktuelle Plätze)	3-3*** (aktuelle Plätze)	aktuell		
K901.1	Univ. Klinikum AKH Wien	91	24	25	3-3	120	144	144		
K903.0	BBR KH	91	10	10	3-3	50	60	60		
K910.1	Klinik Favoriten	91	14	14	3-3	70	84	84		
K912.0	Hanusch-KH	92	19	19	3-3	95	114	114		
K916.0	Klinik Hietzing	92	12	12	2-2	60	72	48		
K917.1	Klinik Landstraße	91	19	19	3-3	95	114	114		
K921.0	Klinik Ottakring	92	38	38	3-2	190	228	190		
K956.0	Klinik Donaustadt	93	13	13	3-2	65	78	65		
-	Wiener Dialysezentrum	93	72	91	3-2	360	432	360		
Gesamt			221	241		1.105	1.326	1.179	1.142	1.205

*HDia-Platz-Angaben exkl. Akut-Plätzen (generell: jew. ein weiterer Akut-Platz pro DIA-Vorhaltung; Ausnahme: AKH Wien mit 5 Akutplätzen)

**3-2 Schichtbetrieb: Drei Schichten an fünf Wochentage (Montag-Freitag) und zwei Schichten am Samstag

***3-3 Schichtbetrieb: Drei Schichten Sowohl an Werktagen (Montag-Freitag) als auch am Samstag

Tabelle 7: Hämodialyse Standorte in Wien 2022, Prognose HDIA-Patient:innen 2030 (eigene Darstellung)

Gemäß der obigen Darstellung kann die Beibehaltung der aktuell verfügbaren HDia-Platz-Kapazitäten bis 2030 zur Versorgung von Patient:innen in Hämodialysebehandlung als (knapp) ausreichend eingeschätzt werden. Alternativ müssten die Kapazitäten bzw. Schichten in Abhängigkeit vom Aufbau der Peritonealdialyse gegebenenfalls leicht erhöht werden. Diese Planungsempfehlung ist im Hinblick auf die oben dargelegten Parameter wie den PDia-Anteil sowie die Organisation des Schichtbetriebs laufend zu prüfen.

3.4. METHODIK GROSSGERÄTE

Standorte und Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte (GGP) werden aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) in der zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des RSG geltenden Fassung übernommen und im regionalen Strukturplan abgebildet. Die Standort- und Fächerstrukturen sowie die Planbetten 2030 je Fachrichtung stellen für das Bundesland Wien nicht zu überschreitende Obergrenzen dar, wobei die Ausgestaltung und Umsetzung in Abhängigkeit von den verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen durch die Träger der Krankenanstalten erfolgt.

4. ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden Planungsempfehlungen auf Basis der durchgeführten Kalkulationen und Abstimmungen mit den Systempartnern gegeben. Abschließend werden die Planungsergebnisse mit den laut ÖSG (BMSGPK 2025b idgF) vorgegebenen Planungskorridoren abgeglichen und etwaige Abweichungen zu den Korridoren entsprechend begründet.

4.1. IST-STAND-ANALYSE 2022

4.1.1. STATIONÄR

Zur Analyse des stationären IST-Standes 2022 wurden die tatsächlichen Bettenkapazitäten in den Fondskrankenanstalten (8.286 Betten) sowie in den Akutkrankenanstalten (9.355 Betten) herangezogen. Unter Anwendung der in Kapitel 3.1.2 beschriebenen Methodik wurden die kalkulatorischen IST-Betten 2022 ermittelt.

Zusammenfassend zeigen die methodischen Anpassungen folgende Auswirkungen auf die Bettenzahlen:

- ▶ Die Krankenhaushäufigkeit wird im Kalkulationsalgorithmus unverändert übernommen und wird lediglich im Rahmen der Abstimmung und Argumentation berücksichtigt.
- ▶ Durch die demografische Hochrechnung ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf, insbesondere in altersrelevanten Fachbereichen.
- ▶ Die zunehmende Ambulantisierung führt zu einer Reduktion stationärer Betten, da kurze Aufenthalte vermehrt in den ambulanten oder tagesklinischen Bereich verlagert werden.
- ▶ Mit der Auslastungsanpassung in der Kinder- und Jugendheilkunde wird zusätzlicher Bedarf ausgewiesen, der in Form fakultativer Betten berücksichtigt wird.
- ▶ Die Verweildaueranpassung reduziert den Bedarf in der Normalpflege, während Intensiv- und Sonderpflege von dieser Maßnahme unberührt bleiben.
- ▶ Patient:innen aus anderen Bundesländern werden in Wien teilweise mitversorgt.
- ▶ Die Träger-Verteilungsadaptionen verändern die Gesamtzahl der Betten nicht, da das bestehende Verhältnis zwischen den unterschiedlichen Trägern grundsätzlich beibehalten wird.

4.1.2. AMBULANT

Ärztliches ambulantes Versorgungsangebot

Zur Analyse des IST-Standes 2022 des ärztlichen ambulanten Versorgungsangebots wurden die ÄAVE laut Regiomed herangezogen und absolut, als Versorgungsdichte und im Vergleich zu anderen Jahren bzw. dem RSG2025 gegenübergestellt. In Summe (ohne Wahlärzt:innen) waren im Jahr 2022 in Wien im ambulanten Bereich 3.739 ÄAVE versorgungswirksam.

Fach	ÄAVE IST 2022						Summe Extramural	Summe ohne WA IST
	VA	EE	Inst	Spitalsa.	WA			
Allgemeinmedizin	723,5	10,8	1,0	12,3	8,4		735,2	747,5
FA für Augenheilkunde und Optometrie	93,1	12,8	1,7	69,2	6,1		107,6	176,8
FA für Chirurgie	42,7	1,0	-	115,4	2,5		43,7	159,1
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	106,6	5,4	-	76,6	18,0		112,0	188,6
FA für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	72,9	3,5	-	38,8	1,8		76,4	115,3
FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	75,0	3,3	-	60,9	8,2		78,3	139,2
FA für Innere Medizin	127,6	48,0	1,2	368,2	6,1		176,9	545,1
FA für Kinder- und Jugendheilkunde	69,1	4,1	11,7	107,3	5,7		84,9	192,1
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie	8,4	-	18,6	17,3	2,4		26,9	44,2
FA für Lungenkrankheiten	39,4	1,7	-	31,2	2,2		41,0	72,2
FA für Neurologie	41,2	2,8	-	45,9	4,6		44,0	89,9
FA für Psychiatrie	35,4	1,8	56,1	40,3	23,2		93,3	133,6
FA für Urologie	44,8	4,0	-	27,1	1,9		48,8	75,9
FA für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	553,7	69,2	45,6	11,8	20,8		668,5	680,3
FA Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	-	-	-	12,7	0,0		0,0	12,7
Kieferorthopädie	47,6	6,5	9,0	-	2,0		63,0	63,0
FA für Orthopädie und Traumatologie	124,0	2,8	-	132,1	6,6		126,8	258,9
Strahlentherapie				44,0	-		0,0	44,0
Teilsumme	2.204,7	177,8	144,9	1.211,2	120,8		2.527,4	3.738,6

Tabelle 8: ÄAVE IST 2022 gesamt Wien je Fach und Akteur

Die folgende Tabelle zeigt den Anteil zwischen spitalsambulanten und extramuralen ÄAVE im

- IST 2016 lt. RSG 2025
- IST 2022 (Basis für RSG 2030)
- SOLL lt. RSG 2025
- SOLL 2030

	IST ÄAVE 2016		IST ÄAVE 2022		ÄAVE RSG 2025		ÄAVE RSG 2030	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Spitalsambulant	897	28%	1.211	32%	1.027	29%	1.262	29%
Extramural	2.276	72%	2.527	68%	2.524	71%	3.039	71%
Gesamt	3.173	100%	3.739	100%	3.552	100%	4.302	100%

Tabelle 9: Übersicht ÄAVE 2016, 2022, 2025 und 2030 spitalsambulant/extramural

Die Verteilung zwischen spitalsambulatem und extramuralem Bereich ist seit dem IST 2016 annähernd stabil geblieben und wird für den RSG 2030 in etwa der Verteilung entsprechen, die auch im RSG 2025 vorgesehen war.

In den nachfolgenden Tabellen werden die Versorgungsdichten (ÄAVE pro 100.000 EW) dargestellt. Sie liegen in nahezu allen Fachrichtungen zum Teil sogar sehr deutlich über dem österreichischen Bundesdurchschnitt bzw. der ÖSG-Bandbreite. In der nachfolgenden Tabelle werden die Versorgungsdichte 2022 (ÄAVE 2022 nach Methode NEU) für gesamt Wien und die einzelnen Versorgungsregionen je Fach dargestellt. Rot markierte Werte liegen über dem ÖSG-Korridor (Planungshorizont 2030), weiß markierte Versorgungsdichte-Werte liegen im ÖSG-Korridor.

2022 Versorgungsdichte je Bezirk (Methode NEU)		AM	AUG	CHI	DER	GGH	IM	KIN	HNO	PUL	URO	NEU	PSY	KJP	ORTR	ZAHN
VP Bezirk	County															
VR91	Wien-Mitte-Südost	45	10	8	7	7	28	12	6	3	4	4	6	2	9	38
VR92	Wien-West	37	8	7	6	8	26	7	5	5	4	4	7	2	13	38
VR93	Wien-Nordost	38	8	10	8	11	31	9	6	4	5	6	7	3	26	30
Gesamt Wien		41	9	8	7	8	28	10	6	4	4	4	6	2	13	37

Tabelle 10: Versorgungsdichte 2022 je Vertragspartner:in-Bezirk (exkl. Wahlärzt:innen, exkl. Vorsorgeuntersuchung-Verträge)

Inanspruchnahme ärztlicher ambulanter Versorgung

Die Analyse der ärztlichen ambulanten Inanspruchnahme bei Wiener Leistungsanbieter:innen im Jahr 2022 (intramuraler Bereich: Kontakte gemäß Verordnung zur Dokumentation im ambulanten Bereich, XDok; extramuraler Bereich: Anzahl der e-card-Konsultationen bzw. Quartalspatient:innen), wird durch nachfolgende Tabellen dargestellt:

2022 Quartalspatient:innen je VP-Region (exkl. Wahlärzt:innen, exkl. VU-Verträge)		Arzt für	Summe	Summe
County	QP	Allgemeinmedizin	ZAHN	Fachärzt:innen
VR91 Wien-Mitte-Südost	4.528.907	1.928.599	690.479	1.909.829
VR92 Wien-West	3.565.940	1.500.238	502.341	1.563.361
VR93 Wien-Nordost	1.827.241	803.579	179.022	844.640
Gesamt Wien	9.922.088	4.232.416	1.371.842	4.317.830

Tabelle 11: Quartalspatient:innen 2022 je Versorgungsregion (exkl. Wahlärzt:innen, exkl. Vorsorgeuntersuchung-Verträge)

2022 Frequenzen je Versorgungsregion exkl. ÜRVP		
VR	Versorgungsregion	RSG-relevant
VR91	Wien-Mitte-Südost	1.380.950
VR92	Wien-West	866.109
VR93	Wien-Nordost	495.033
		2.742.092

Tabelle 12: Spitalsambulante Frequenzen 2022 je Versorgungsregion (exkl. ÜRVP - überregionale Versorgungsplanung)

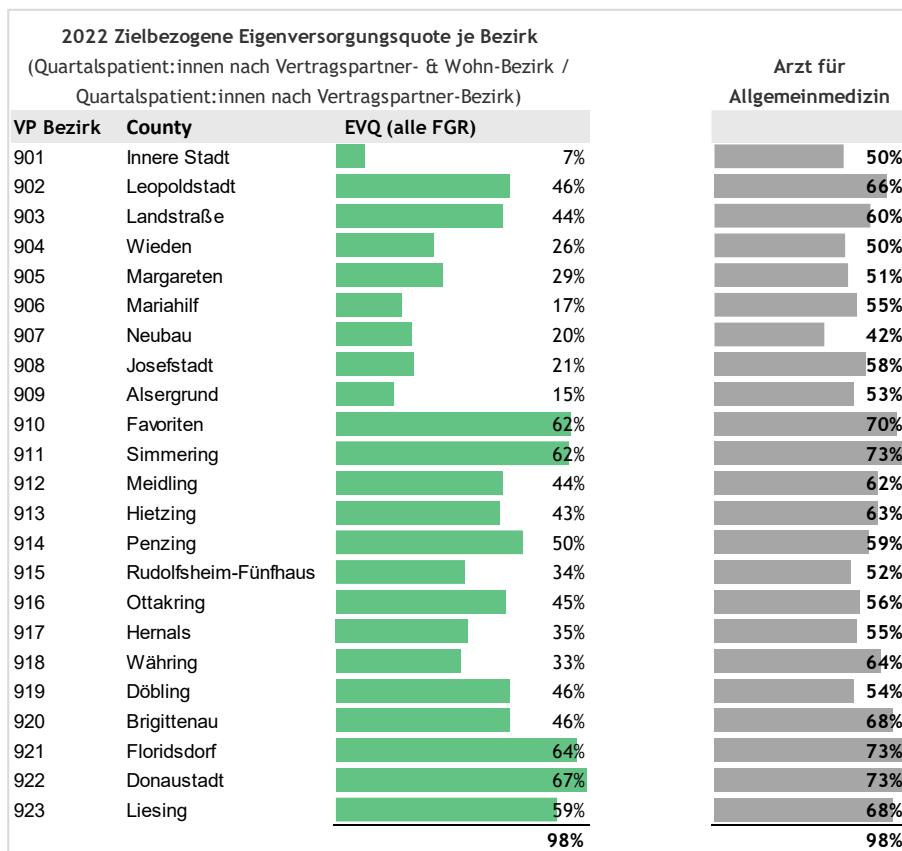


Tabelle 13: Zielbezogene Eigenversorgungsquote 2022 je Bezirk (Quartalspatient:innen nach Vertragspartner:in- & Wohn-Bezirk /
Quartalspatient:innen nach Vertragspartner:in-Bezirk)

Zusammenfassend zeigt die o.a. Tabelle folgende Situation:

- Im extramuralen Bereich erreicht das Bundesland Wien bezüglich der zielbezogenen Eigenversorgungsquote den Wert von 98 %. Das bedeutet, dass 98 % der bei Wiener Leistungserbringer:innen entstandenen ärztlichen extramuralen Inanspruchnahmen durch die Wiener Bevölkerung erfolgt sind. Die zielbezogene Eigenversorgung ist also sehr hoch.
- Innerhalb Wiens zeigt die zielbezogene Eigenversorgungsquote in den Bezirken deutlich niedrigere Werte als für Wien insgesamt, was eine enge interregionale Verflechtung der ambulanten Versorgung anzeigt, für eine Stadtregion allerdings nicht ungewöhnlich und in der ambulanten Fachversorgung im Wesentlichen auch nicht problematisch ist.

VP Bezirk	County	Anteil Gastpatient:innen	1		Summe ZAHN
			Arzt für Allgemeinmedizin	1	
901 Innere Stadt		15%		7%	19%
902 Leopoldstadt		7%		5%	13%
903 Landstraße		10%		5%	15%
904 Wieden		8%		5%	13%
905 Margareten		7%		5%	15%
906 Mariahilf		10%		7%	16%
907 Neubau		10%		5%	12%
908 Josefstadt		11%		5%	16%
909 Alsergrund		20%		7%	17%
910 Favoriten		8%		5%	11%
911 Simmering		9%		6%	13%
912 Meidling		8%		5%	15%
913 Hietzing		10%		4%	15%
914 Penzing		9%		5%	16%
915 Rudolfsheim-Fünfhaus		7%		4%	11%
916 Ottakring		6%		4%	10%
917 Hernals		6%		5%	11%
918 Währing		9%		5%	15%
919 Döbling		11%		4%	18%
920 Brigittenau		7%		5%	11%
921 Floridsdorf		11%		6%	16%
922 Donaustadt		10%		4%	14%
923 Liesing		18%		8%	23%
Gesamt Wien (alle Fächer)		10%		5%	15%
Gesamt Wien (RSG-relevante Fächer)		9%			

Tabelle 14: Anteil Gastpatient:innen 2022 je Bezirk extramural (für alle Wiener Vertragspartner:innen wird der Anteil an Quartalspatient:innen ausgegeben, deren Wohnort nicht Wien ist)

2022 Gastpatient:innen-Anteil spitalsambulant exkl. ÜRVP		
VR	Versorgungsregion	
VR91	Wien-Mitte-Südost	20%
VR92	Wien-West	16%
VR93	Wien-Nordost	16%
Gesamt Wien		18%

Tabelle 15: Anteil Gastpatient:innen 2022 je Versorgungsregion spitalsambulant (exkl. ÜRVP - überregionale Versorgungsplanung)

IST 2022		QP
Quartalspatient:innen mit Wohnsitz außerhalb Wiens und Leistungserbringung in Wien		868.248
Quartalspatient:innen mit Wohnsitz in Wien und Leistungserbringung außerhalb Wiens		172.804
Extramuraler Gastpatient:innen-Saldo		695.444
ÄAVE für Gastpatient:innen Saldo in Wien 2022		193,8 ÄAVE
ÄAVE für Gastpatient:innen in Wien 2022		226,3 ÄAVE

Tabelle 16: Extramurale Gastpatient:innen 2022 (Saldo) 2022 für gesamt Wien

IST 2022		RSG-relevante Frequenzen
Frequenzen von Patient:innen, die außerhalb Wiens wohnen und Leistungen in Wiener KA in Anspruch nehmen		540.251
Frequenzen von Patient:innen, die in Wien wohnen und Leistungen außerhalb Wiens in Anspruch nehmen		109.304
Gastpatient:innen-Saldo		430.947
ÄAVE für Gastpatient:innen-Saldo in Wien 2022		160,5 ÄAVE
ÄAVE für Gastpatient:innen in Wien 2022		204,7 ÄAVE

Tabelle 17: Spitalsambulante Gastpatient:innen (Saldo) 2022 für gesamt Wien

Bezüglich der Zählweise von ambulanten Gastpatient:innen sind verschiedene Varianten zulässig und auch je nach Auswertungsmethode bzw. Datenquelle korrekt. Unterschiedliche Quellen (ambulante Dokumentation des BMASGPK bzw. FOKO), unterschiedliche Betrachtungsjahre (2022 bzw. 2023) unterschiedliche Auswertungsmethoden (Quartalspatient:innen versus Quartalserstpatient:innen) und unterschiedliche Ein-/Ausschlusskriterien (Wahlärzt:innen, VU-Verträge, RSG-relevante bzw. technische Fächer) führen zu einem extramuralen Gastpatient:innen-Anteil in Wien von ca. 7 bis 19 %. Bei Berechnungen bezüglich des Gastpatient:innen-Anteils sind dabei die o.a. Besonderheiten zu beachten um eine entsprechende Vergleichbarkeit gewährleisten zu können.

Im Rahmen der RSG-Planungsarbeiten wurde die Zählweise der ambulanten Patient:innen für die Berechnung der Gastpatient:innen gemeinsam mit der GÖG und dem WGF plausibilisiert.

Zusammenfassend zeigen die o.a. Tabellen folgende Situation:

- ▶ Der extramurale Gastpatient:innen-Anteil (Wohnort außerhalb Wiens, Leistungserbringung in Wien) liegt im Jahr 2022 in gesamt Wien bei rund 10 %, wobei es starke Unterschiede zwischen den Bezirken gibt. Den höchsten Gastpatient:innen-Anteil weisen die Bezirke Alsergrund (20 %) und Liesing (18 %) auf, den niedrigsten Gastpatient:innen-Anteil die Bezirke Ottakring (6 %) und Hernals (6 %).
- ▶ Im spitalsambulanten Bereich liegt der Gastpatient:innen-Anteil in gesamt Wien im Jahr 2022 bei rund 18 %, wobei die Versorgungsregion 91 (Wien-Mitte-Südost) mit 20 % den höchsten Anteil aufweist.
- ▶ Der Gastpatient:innen-Saldo (Saldo der Patient:innen-Wanderung von und nach Wien) zeigt in Summe und über beide Sektoren hinweg einen klar positiven Saldo.

- ▶ Das heißt, dass nach Wien deutlich mehr ambulante ärztliche Inanspruchnahmen „importiert“ werden als aus Wien „exportiert“ - ein weiterer Nachweis für die überregionale Versorgungswirkung Wiens.
- ▶ Dieser Saldo zeigt sich sowohl im spitalsambulanten Bereich (rund 430.000) als auch im extramuralen Bereich (rund 700.000).
- ▶ In den Planungsmatrizen wird nicht der Gastpatient:innen-Saldo, sondern die ÄAVE ausgewiesen, die für Gastpatient:innen in Wien benötigt werden. Diese werden entsprechend dem Anteil im IST 2022 für das Endergebnis im SOLL 2030 berechnet.

4.2. KALKULATORISCHE PLANUNG 2030

4.2.1. STATIONÄR

Das ermittelte Planungsergebnis der Fondskrankenanstalten des stationären RSG 2030 beläuft sich auf insgesamt 8.876 Betten. Das sind 695 Betten oder 8,5 % mehr als im IST-Stand 2022. Dabei ist anzumerken, dass die Intensivpflege und insbesondere die Sonderpflege zu diesem Anstieg beitragen, während die Normalpflege von 6.887 Betten im IST-Stand 2022 auf 7.003 Betten im RSG 2030 nur leicht steigt.

Im Zuge dieser Entwicklung sollen bis 2030 insgesamt rund 500 dislozierten Betten für die Sonderpflege in den Bereichen RNS, AGR sowie in den Phasen B und C betrieben werden und damit aus den Akut-Fächern transferiert werden. Bereits heute befindet sich etwa die Hälfte dieser Betten an dislozierten Standorten, während die verbleibenden Betten bis 2030 sukzessive an weitere dislozierte Standorte transferiert werden sollen. Ergänzend dazu sollen bis zum gleichen Zeitpunkt etwa 350 zusätzliche ambulante und tagesklinische Kapazitäten geschaffen werden.

4.2.2. AMBULANT

Das mit der unter Kapitel 3.2 angeführten Methode ermittelte Planungsergebnis für 2030 beläuft sich über alle Regiomed-Fächer (inkl. PSY und KJP) auf insgesamt 4.247 ÄAVE. Das sind um 508 ÄAVE oder 13,6 % mehr als im IST-Stand 2022. Die Anpassungsschritte nach den analyserelevanten Faktoren bemaßen sich dabei wie folgt:

- ▶ Aufgrund der sich ändernden Demografie (Demografiefaktor) wird der Bedarf an ÄAVE im Bundesland Wien von 2022 bis 2030 um 248 ÄAVE oder 6,6 % ansteigen.
- ▶ Aufgrund der Aufbauten von innovativen Versorgungsformen werden rund 182 ÄAVE im Zentren-Bereich aufgebaut bzw. aus dem spitalsambulanten Bereich (-34 ÄAVE) verschoben.
- ▶ Zusätzlich werden 34 FAG-/“+100“-Stellen aufgebaut.
- ▶ Weiters werden rund 53 ÄAVE die im Jahr 2022 im wahlärztlichen Bereich in den definierten Fächern versorgungswirksam waren zu 100 % in die öffentliche extramurale Versorgung aufgenommen.
- ▶ Aufgrund der Verschiebungen aus dem tagesklinischen Bereich hin zu den ambulanten Betreuungsplätzen (PSY, KJP, PSO-E, PSO-KJ, AGR) wurden die entsprechenden ÄAVE geschätzt und in den jeweiligen Fächern ausgewiesen (in Summe 26 ÄAVE).
- ▶ Da der „regionale Ausgleichsfaktor“ nur einen Ausgleich zwischen den drei Wiener Versorgungsregionen herstellt, weist er auf Bundeslandebene den Wert null auf.
- ▶ Daraus ergeben sich (abgesehen von der demografischen Hochrechnung) ÄAVE-Aufbauten i. H. v. 234 ÄAVE.

Differenziert nach Versorgungsregionen, liegt der Planwert für das Jahr 2030 in allen drei Versorgungsregionen über dem IST-Stand 2022. Absolut gesehen ist der Anstieg in der VR 91, Wien-Mitte-Südost, mit 219 ÄAVE (+11,8 %) bis 2030 am stärksten. Dann folgt die VR 92, Wien-West, mit 149 ÄAVE (+12,4 %) bis 2030. Absolut gesehen am geringsten ist der Anstieg in der VR 93, Wien-Nordost, mit 140 ÄAVE, wobei der anteilige Anstieg hier demografisch bedingt mit +20,3 % bis 2030 am höchsten ausfällt.

Differenziert nach Fachrichtungen, weisen bis zum Jahr 2030 alle Fachrichtungen einen steigenden Bedarf an ÄAVE auf. Die höchsten Zuwächse bis 2030 gibt es in der AM (+121 ÄAVE), der IM (+72 ÄAVE), der ZMK (+58 ÄAVE), der PSY (+56 ÄAVE) und der GGH (+33 ÄAVE).

Einen grafischen Überblick über die Planung vom IST-Stand 2022 über die analyse- und planungsrelevanten Faktoren bis hin zum Zieljahr 2030 für Wien insgesamt und die drei Wiener Versorgungsregionen sowohl sektorenübergreifend als auch differenziert nach spitalsambulant und extramural zeigen die nachfolgenden Abbildungen. Für den spitalsambulanten Bereich wurden als Vergleich die PLAN-ÄAVE aus dem RSG 2025 gegenübergestellt. Im extramuralen Bereich wurde aufgrund der unterschiedlichen Berechnungsmethoden (siehe DAA Methodik) auf eine Gegenüberstellung mit dem RSG 2025 verzichtet.

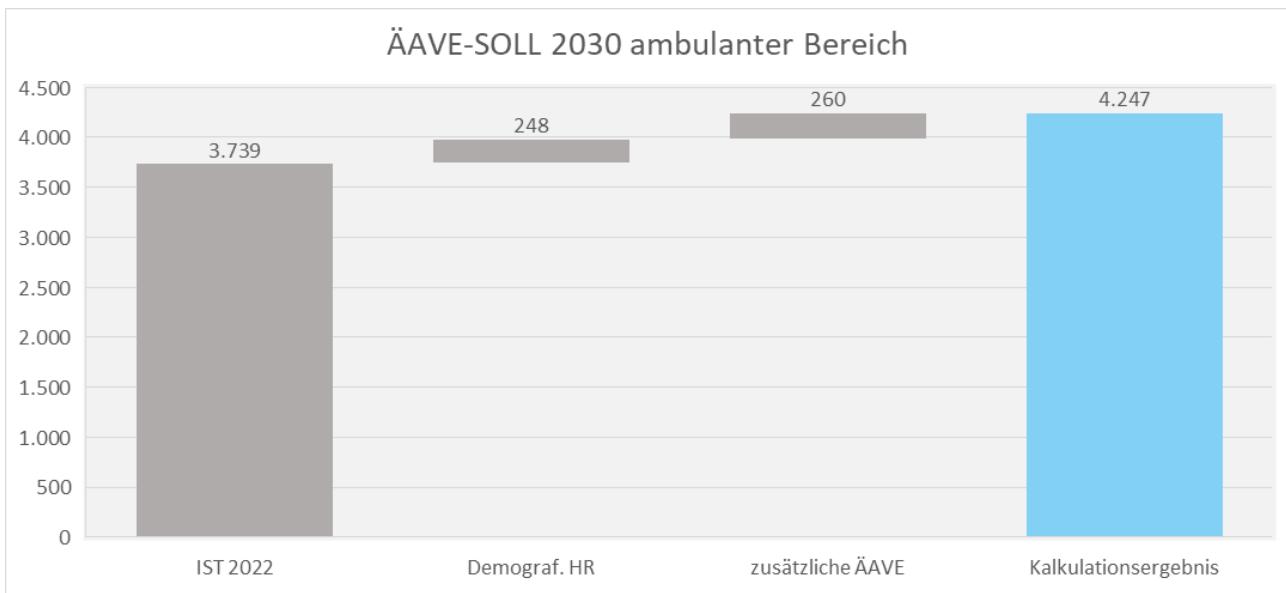


Abbildung 10: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 im Bundesland Wien im gesamten ambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)

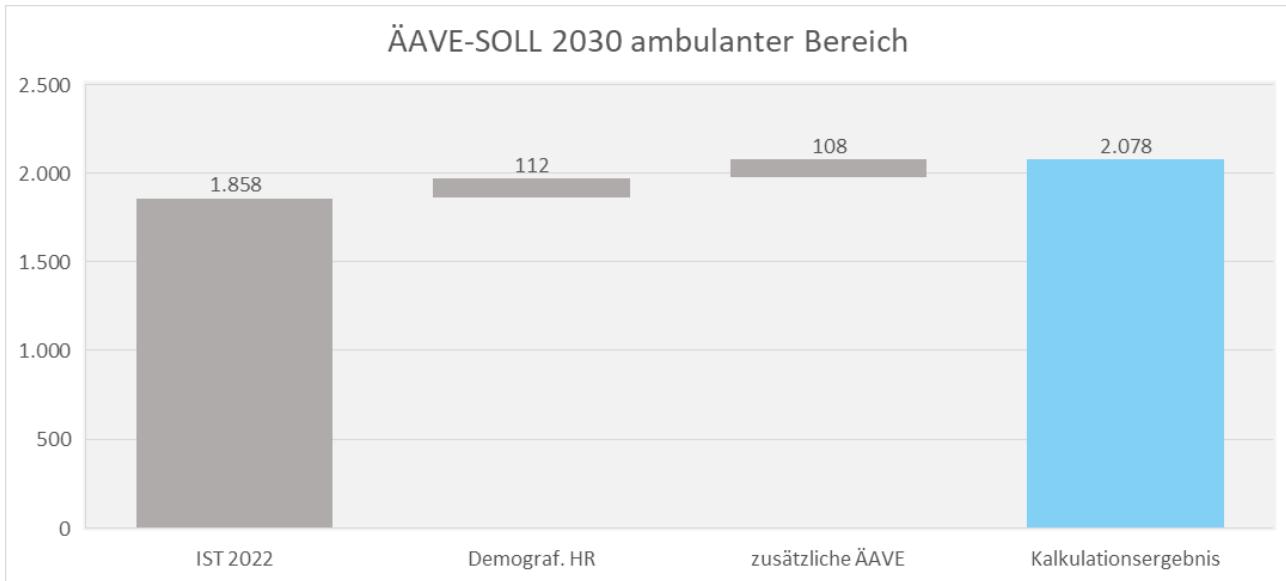


Abbildung 11: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 91, Wien-Mitte-Südost, im gesamten ambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)

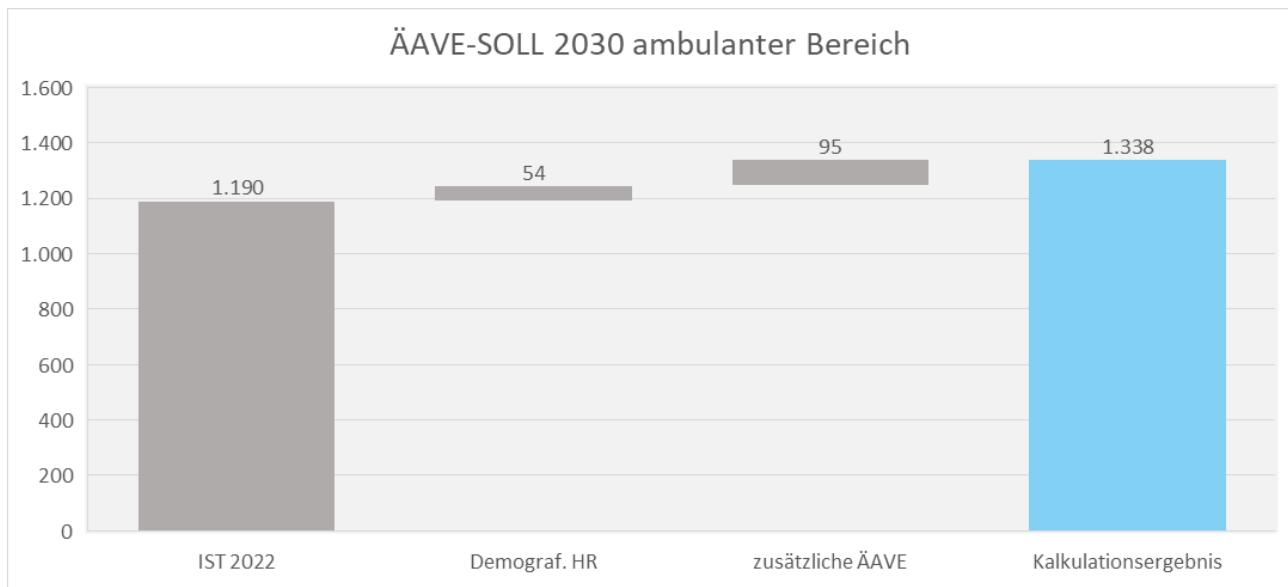


Abbildung 12: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 92, Wien-West, im gesamten ambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)

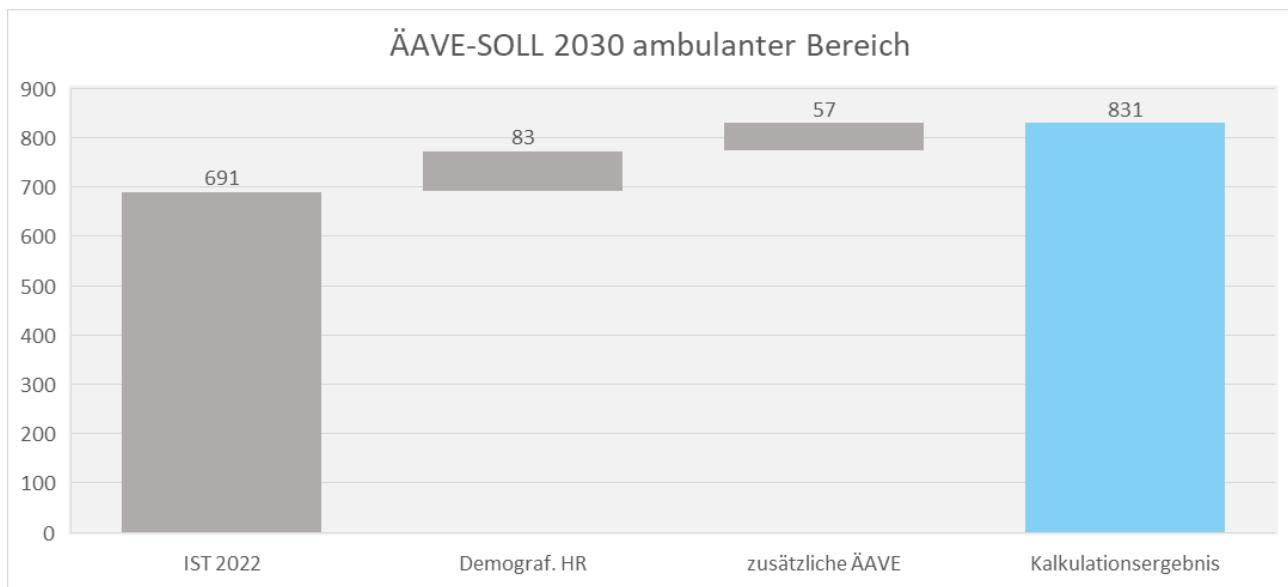


Abbildung 13: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 93, Wien-Nordost, im gesamten ambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)

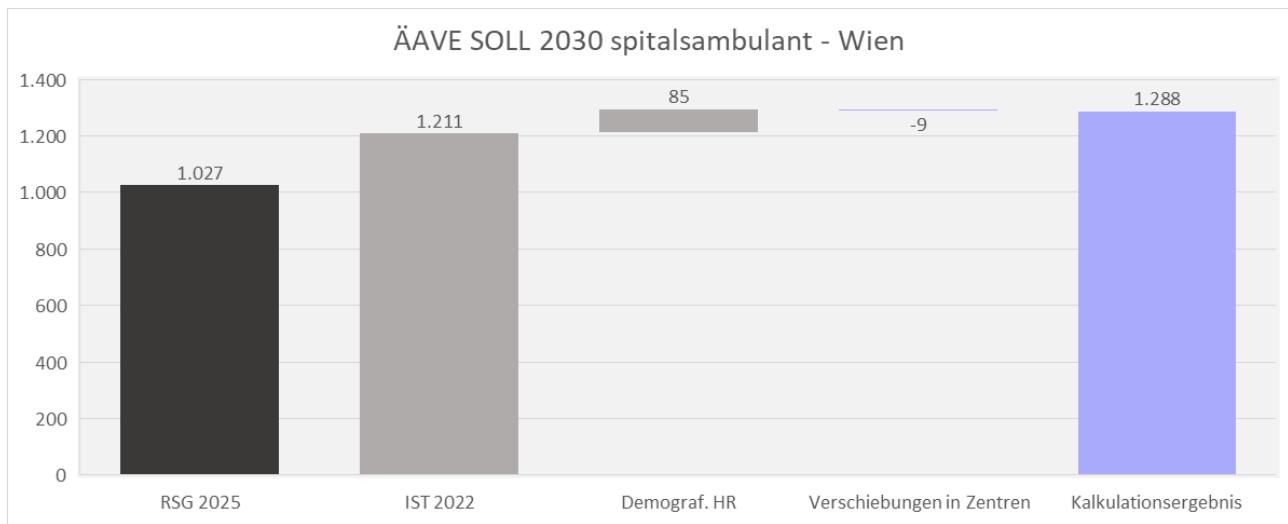


Abbildung 14: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 im Bundesland Wien im spitalsambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)

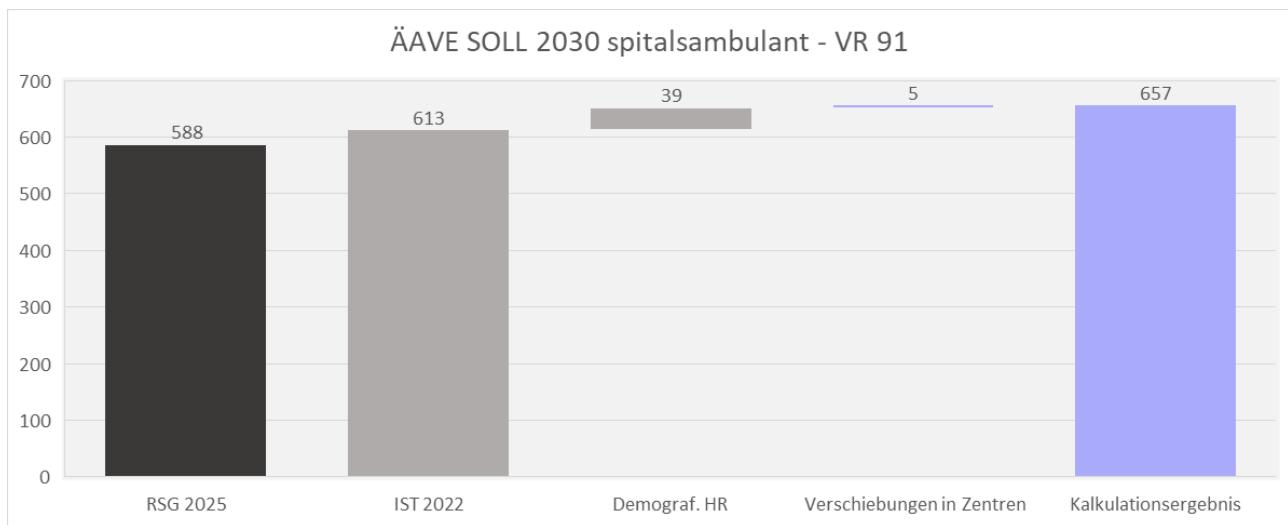


Abbildung 15: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 91, Wien-Mitte-Südost, im spitalsambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)

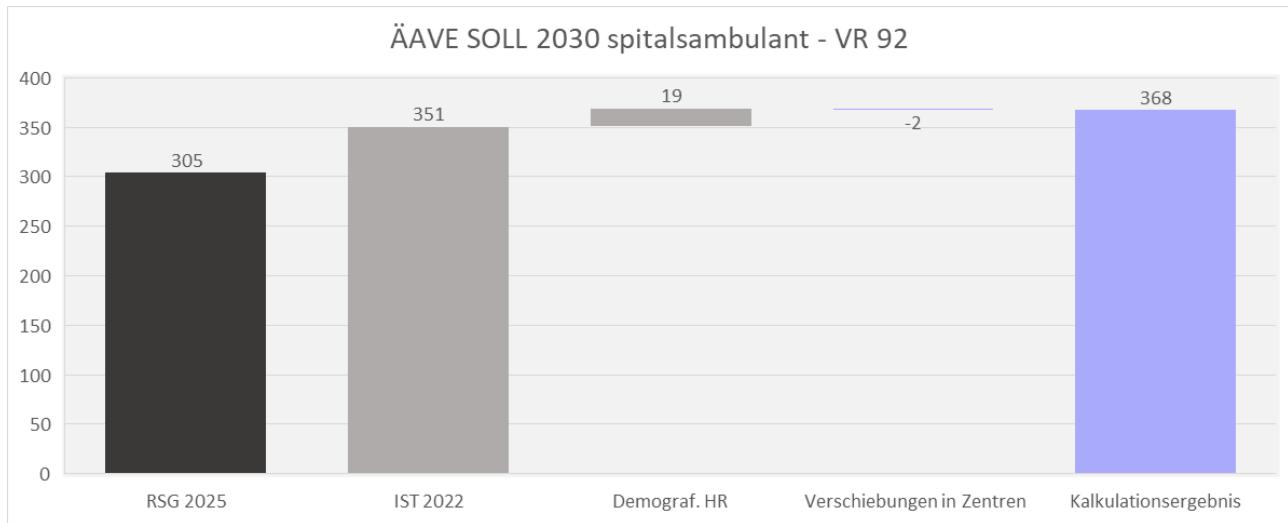


Abbildung 16: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 92, Wien-West, im spitalsambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)

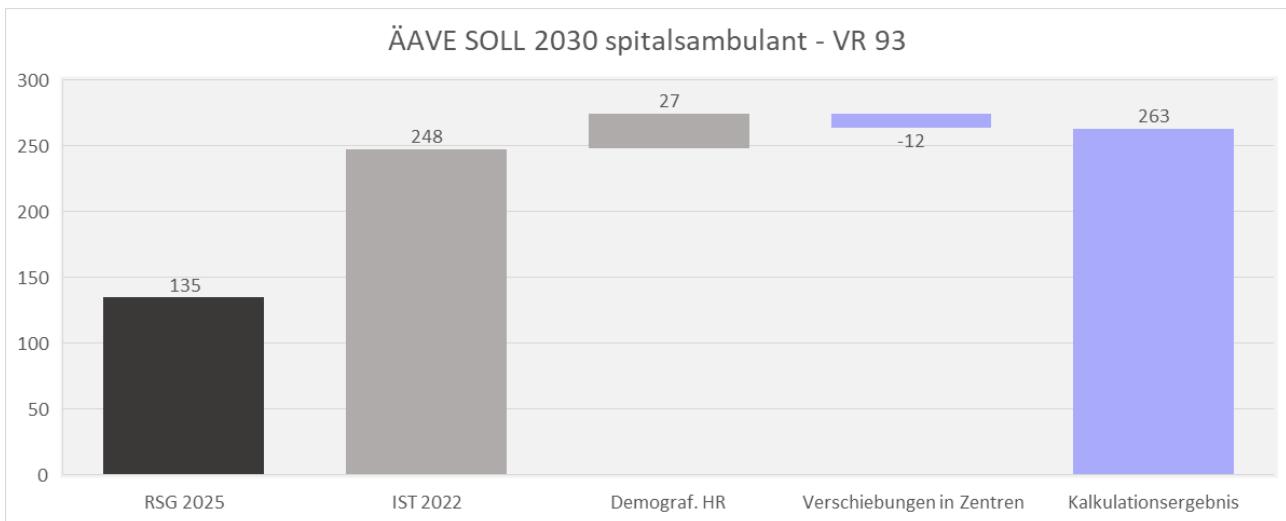


Abbildung 17: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 93, Wien-Nordost, im spitalsambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)

Die Versorgungsregion 93 (Wien-Nordost) beinhaltet die Bezirke 21. und 22. und damit die Kliniken Floridsdorf und Donaustadt. Die Klinik Floridsdorf wurde im Jahr 2019 in Betrieb genommen, weshalb es in der VR 93 zu einem Anstieg der ÄAVE im spitalsambulanten Bereich kam.

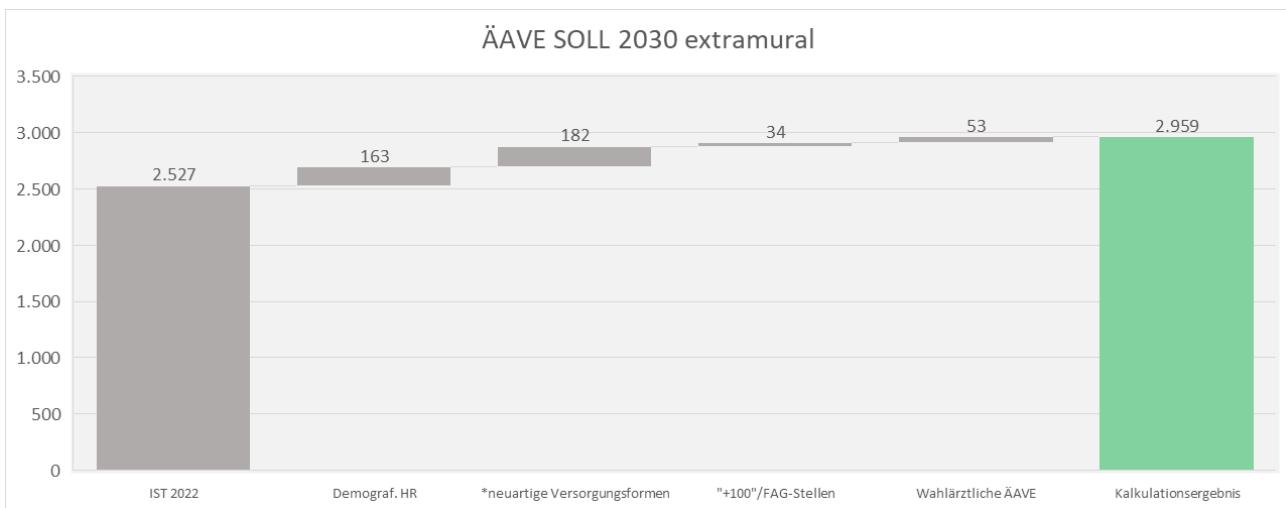


Abbildung 18: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 im Bundesland Wien im extramuralen Bereich (alle Regiomed-Fächer)

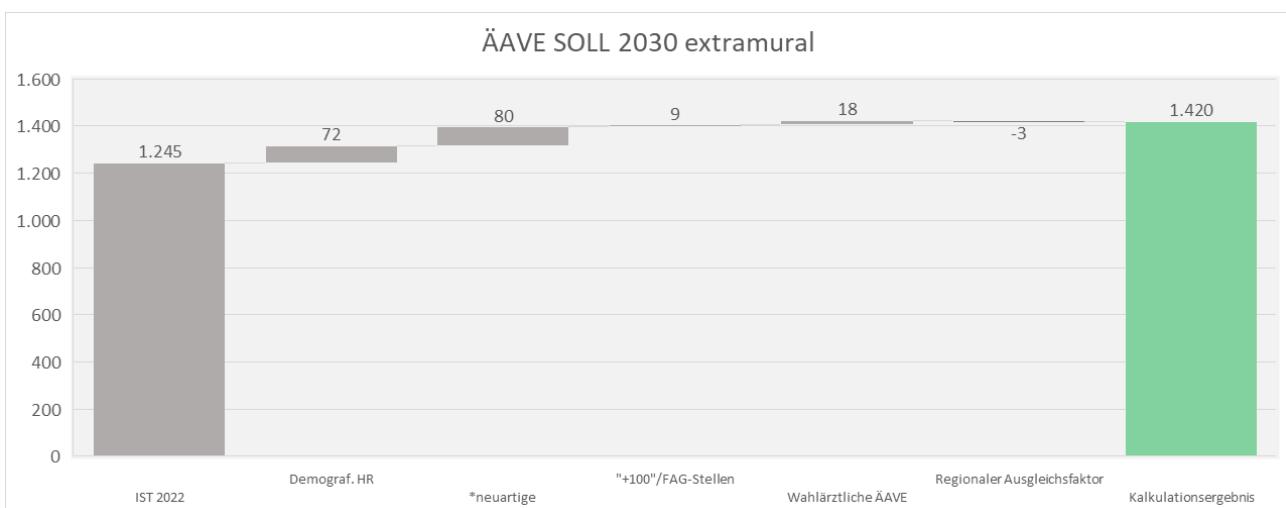


Abbildung 19: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 91, Wien-Mitte-Südost, im extramuralen Bereich (alle Regiomed-Fächer)

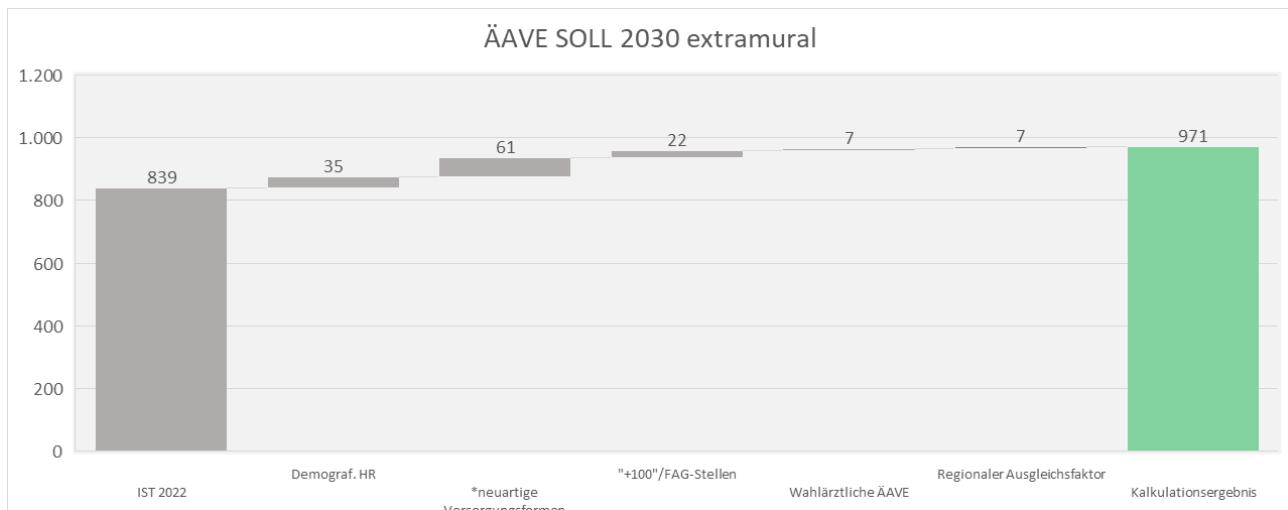


Abbildung 20: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 92, Wien-West, im extramuralen Bereich (alle Regiomed-Fächer)

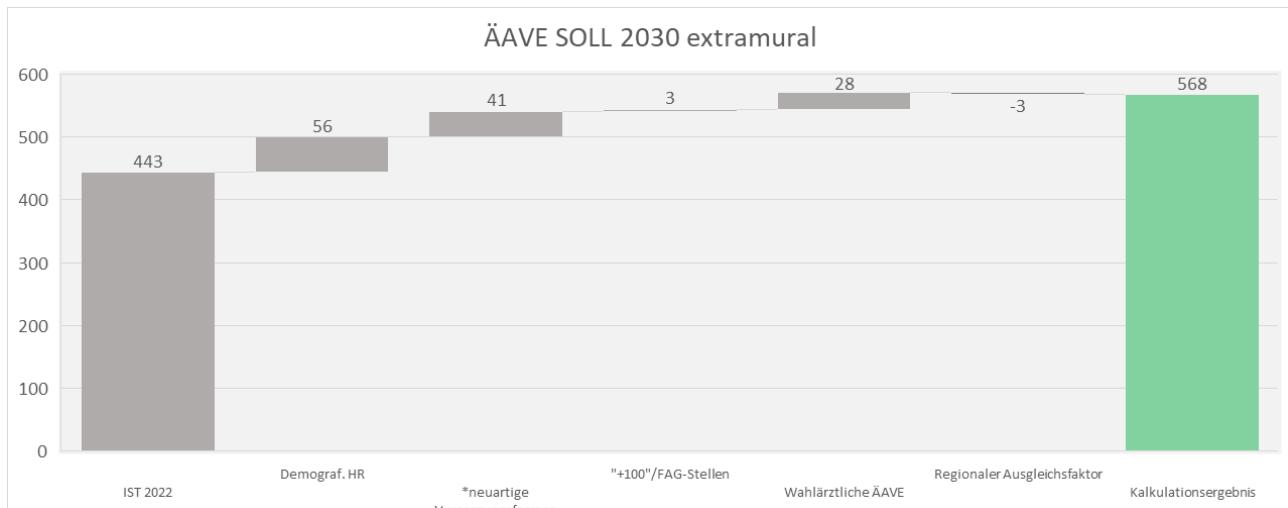


Abbildung 21: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 93, Wien-Nordost, im extramuralen Bereich (alle Regiomed-Fächer)

4.3. ÜBERBLICK PLANUNGSEMPFEHLUNGEN

Die stationäre Strukturplanung bis zum Planungshorizont 2030 sieht insgesamt weder eine deutliche Steigerung noch eine wesentliche Reduktion der Bettenkapazitäten in den Wiener Akutkrankenhäusern vor. Die Gesamtanzahl der Planbetten für 2030 bewegt sich zwischen den im Jahr 2022 tatsächlich aufgestellten und den im RSG 2025 geplanten Betten. Im ambulanten Bereich wurde ein deutlicher Zuwachs im Rahmen der ÄAVE und Sachleistungsstellen im Vergleich zum Jahr 2022, insbesondere im extramuralen Bereich geplant.

Im Rahmen der Planungsarbeiten wurden bereits erste Schritte, mit dem Ziel gesetzt, die Versorgungsstrukturen an die sich ändernden Versorgungsbedarfe der Wiener Wohnbevölkerung sowie an die sich wandelnden medizinisch-technischen Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung anzupassen, insbesondere in folgenden Hinsichten:

- ▶ aufgrund steigender Anteile tagesklinischer und tagesambulanter Behandlungen und in Übereinstimmung mit dem Ziel S1 der Bundeszielsteuerung → Ausbau und Forcierung spitalsambulanter und tagesklinischer Behandlungsstrukturen und Organisationsformen

- ▶ aufgrund hoher durchschnittlicher Auslastungen / Auslastungsspitzen sowie aufgrund der in Wien vorgehaltenen und überregional versorgungswirksamen Komplexversorgung → Ausbau der Strukturkapazität in der Intensivversorgung für Erwachsene und Kinder
- ▶ gezielte Anpassung von geplanten Gastpatient:innen in Richtung österreichischer Median
- ▶ in Hinblick auf die demografischen Entwicklungen bzw. den zunehmenden Altersdurchschnitt in der Bevölkerung und die geplante Anpassung der Langlieger:innen auf Normalstationen → Ausbau der akutgeriatrischen Versorgungsstrukturen
- ▶ in Hinblick auf eine effektive und effiziente Patient:innenführung und die Beseitigung struktureller Engpässe bzw. Flaschenhälse in der Akutversorgung und die geplante Anpassung der Langlieger:innen auf Normalpflegestationen → Ausbau von Versorgungsstrukturen im Bereich der Remobilisation
- ▶ Aufbau von integrierten, abgestuften, niederschwelligen, sektorenübergreifenden und alternativen Versorgungsformen in Form von Gesundheitszentren bzw. Ambulatorien, für die teilweise ein Aufbau an ärztlichen Versorgungsstrukturen erfolgt, teilweise erfolgen auch Verschiebungen aus den Sektoren in diesen Bereich
- ▶ Stärkung des kinder- und jugendpsychiatrischen und psychiatrischen Versorgungsbereichs entsprechend der festgelegten Zielvorgaben
- ▶ Forcierung von telemedizinischen bzw. digitalen Angeboten
- ▶ Fortsetzung des Ausbaus der Primärversorgungszentren

Die finalen Planungsergebnisse sind in den Planungsmatrizen im Anhang abgebildet.

4.4. PLANUNGSEMPFEHLUNGEN UND ÖSG-PLANUNGSRICHTWERTE

4.4.1. STATIONÄR

Im Rahmen der Planung wurden die Planungskorridore des ÖSG (BMSGPK 2025b idgF, S. 44) berücksichtigt. Die nachfolgenden Abbildungen geben einen Überblick, wo die Planergebnisse im Verhältnis zu den Korridoren liegen. Für die Korridore wurden die Bettenmessziffer²⁵ (BMZ) und die Kapazitätsmessziffer²⁶ (KMZ) herangezogen. Für Normalpflege-Betten wurden sowohl die Korridore in Bezug auf die BMZ als auch die KMZ dargestellt. Der Intensivbereich und die Sonderpflege sind nur in Bezug auf die Korridore in Bezug auf die BMZ dargestellt.

Die Berechnung der Korridore erfolgte dabei auf Basis der absoluten Wiener Bevölkerung, wodurch eine direkte Vergleichbarkeit zwischen den Planungswerten und der tatsächlichen Bevölkerungsentwicklung gewährleistet wird. Dies ermöglicht eine realitätsnahe Einschätzung des künftigen Bedarfs und stellt sicher, dass die Kapazitätsplanung auf einer fundierten demografischen Grundlage basiert.

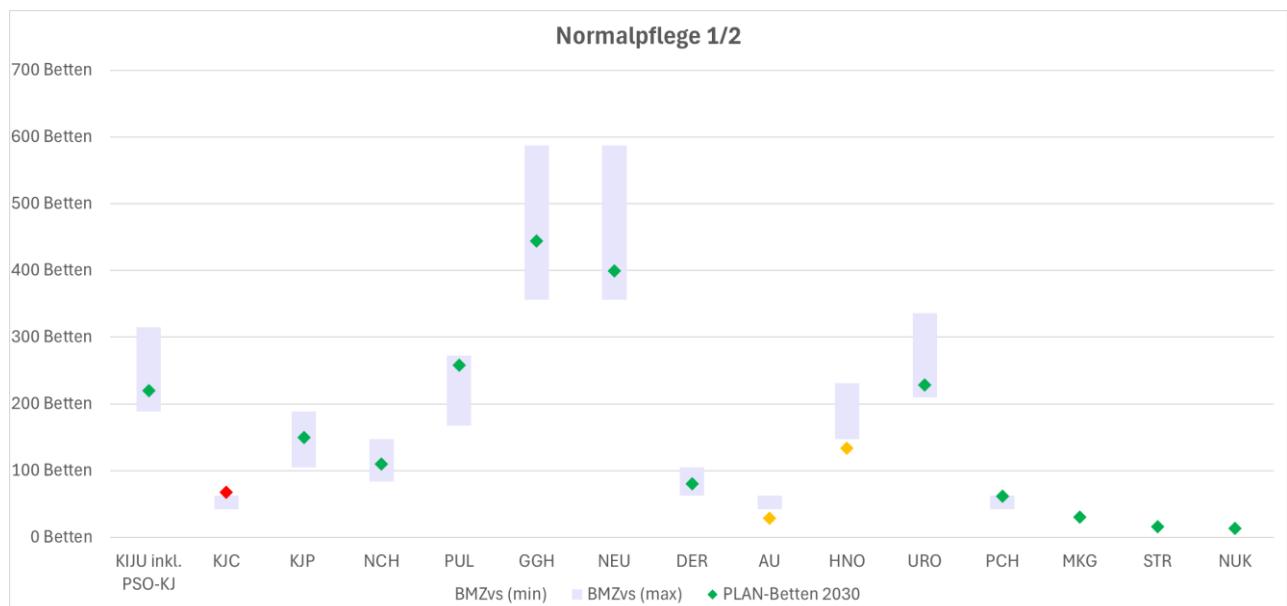


Abbildung 22: BMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Normalpflege 1/2

²⁵ BMZvs: Bettenmessziffer-vollstationär (Bettenäquivalente als Basis für Planbetten in FKA, UKH und SAN pro 1.000 Einwohner) ausschließlich für vollstationäre Aufenthalte zum Planungshorizont 2030

²⁶ Kapazitätsmessziffer (KMZ): Kapazitätsbedarf in Akut-KA für die vollstationäre und tagesklinische/tagesambulante Versorgung zum Planungshorizont: Planungsrichtwerte für AG/R, KJP, PSY und PSO; Orientierungswerte für sonstige Fachbereiche und Summe (BMSGPK 2023, S. 42)

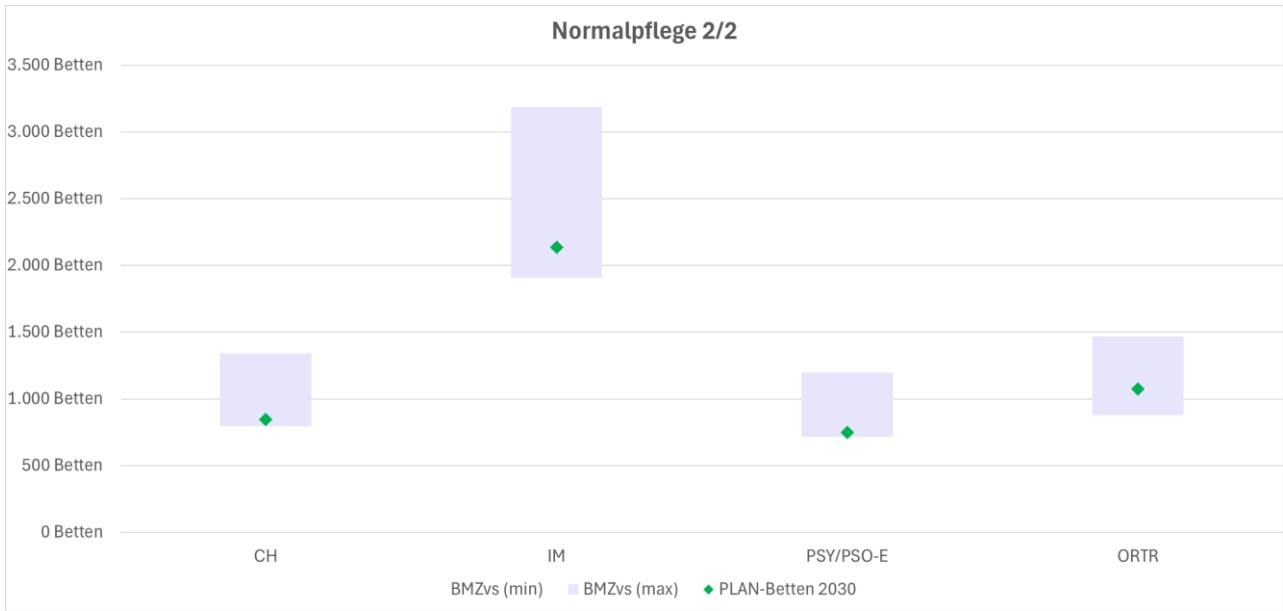


Abbildung 23: BMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Normalpflege 2/2

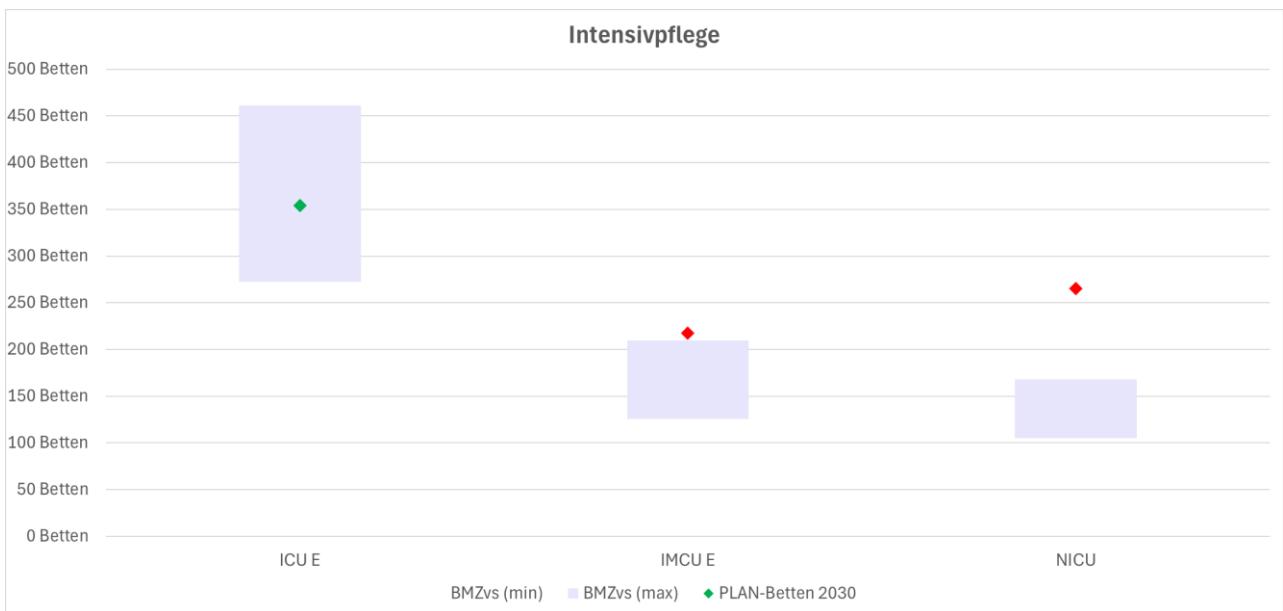


Abbildung 24: BMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Intensivpflege

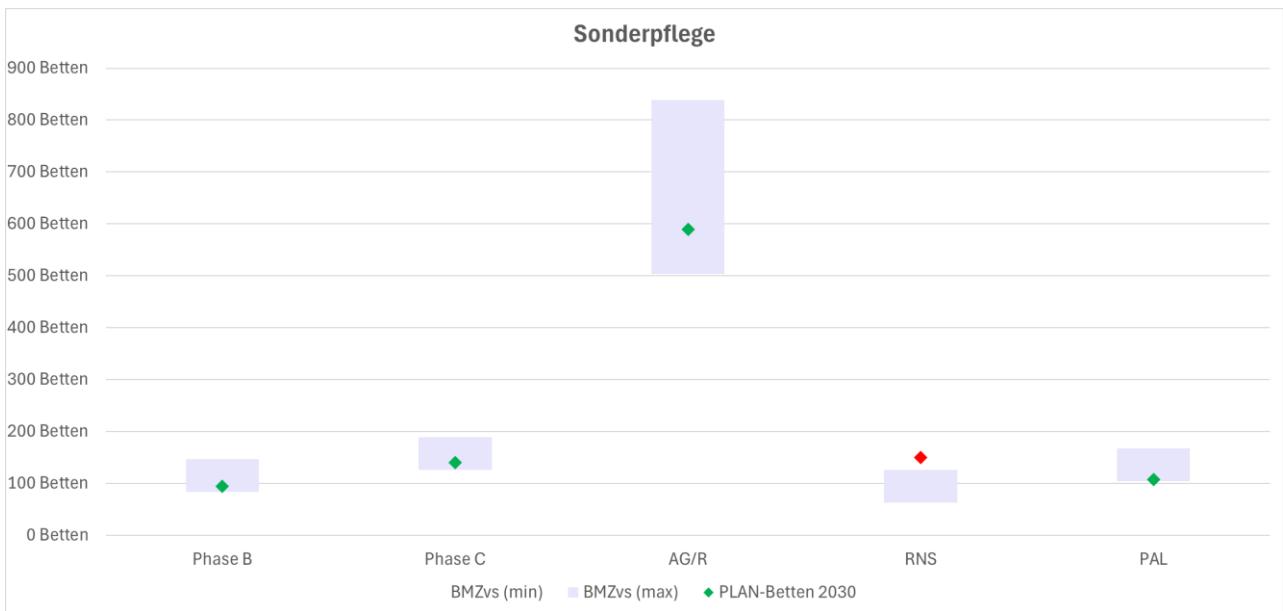


Abbildung 25: BMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Sonderpflege

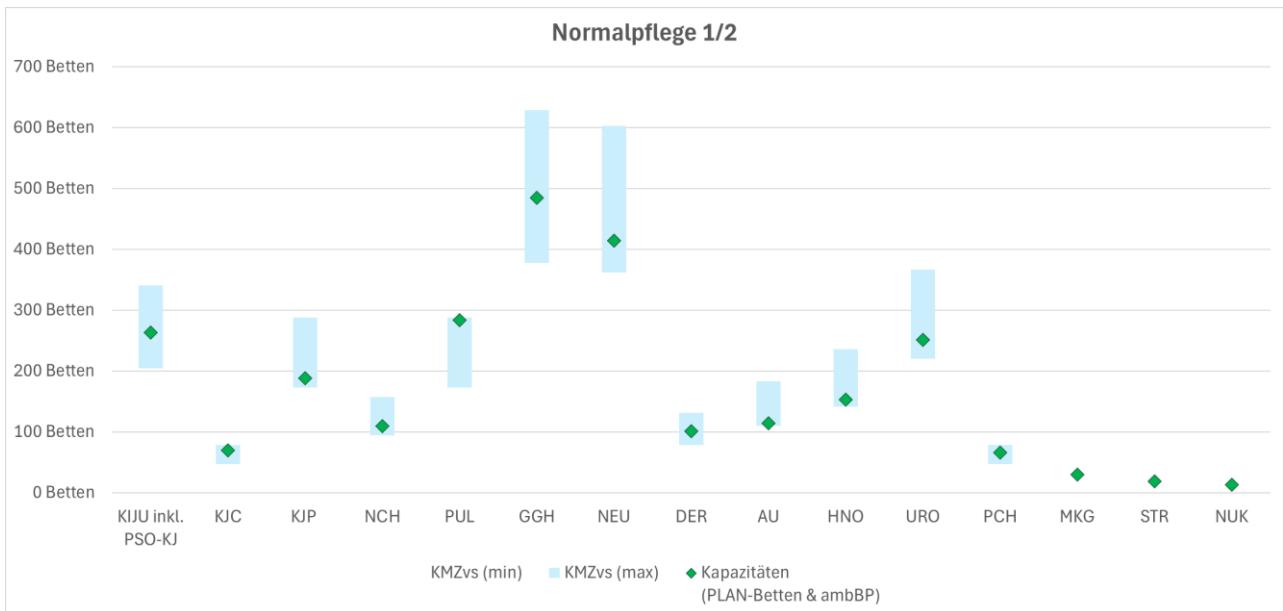


Abbildung 26: KMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Normalpflege 1/2

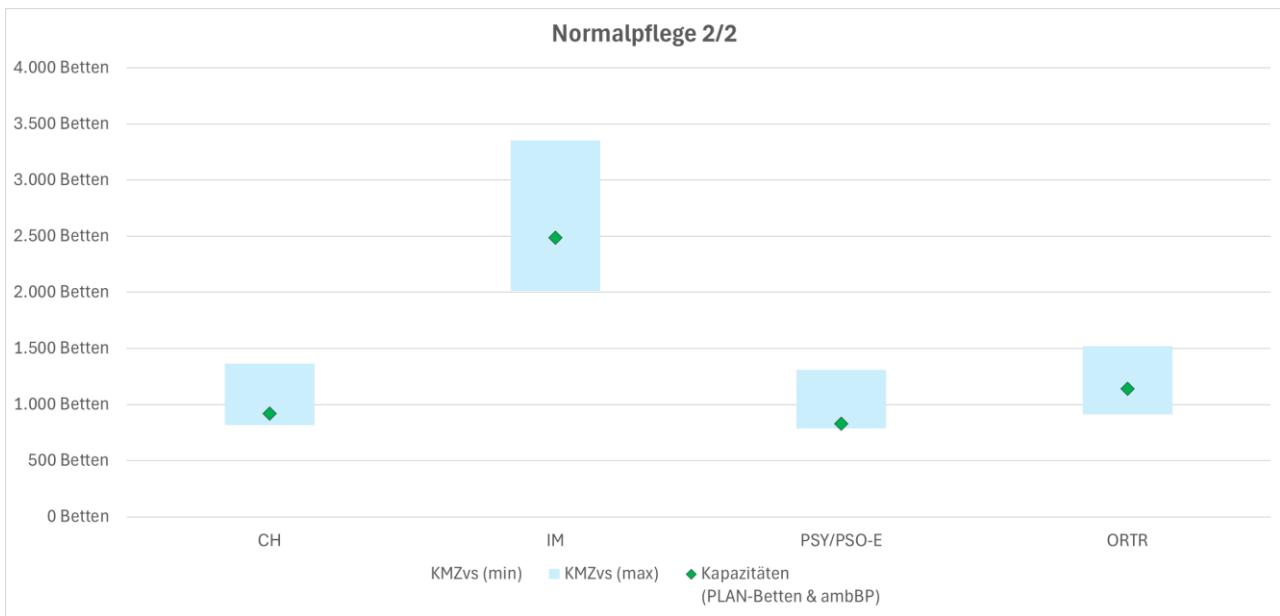


Abbildung 27: KMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Normalpflege 2/2

Abweichungen zu den ÖSG-Planungsrichtwerten

Zur Beurteilung, ob die PLAN Betten 2030 im jeweiligen Korridor liegen, wurde zunächst die Bettenmessziffer (BMZ) geprüft. Dabei sind tagesklinische Plätze und ambulante Betreuungsplätze exkludiert. In Bezug auf den BMZ-Korridor liegen drei Fachbereiche unter dem Korridor: HNO mit -14 Betten, AU -14 Betten und PSO E mit -37 Betten. Über dem Korridor liegen IMC mit +7 Betten, RNS mit +24 Betten, die Bereiche NICU/NIMCU und PICU/PIMCU zusammen mit +97 Betten sowie KJC mit +4 Betten.

Anschließend wurde die Kapazitätsmessziffer (KMZ) herangezogen, in der tagesklinische Plätze und ambulante Betreuungsplätze berücksichtigt sind. Dadurch ergibt sich ein differenzierteres Bild: HNO, AU und KJC liegen nun innerhalb des KMZ-Korridors. In der Psychosomatik (PSO-E) verbleibt der Werte zwar unterhalb des Korridors, die Abweichung reduziert sich jedoch leicht auf -28 Betten. Über dem Korridor liegen weiterhin die Versorgungsbereiche IMCU (+7 Betten), RNS (+19 Betten) und NICU/NIMCU und PICU/PIMCU, wobei sich hier durch die Einbeziehung zusätzlicher Kapazitäten eine moderate Zunahme zeigt.

Die Berücksichtigung tagesklinischer und ambulanter Kapazitäten trägt somit wesentlich dazu bei, Unterdeckungen in einzelnen Fächern zu relativieren und die Versorgungslage ausgewogener darzustellen, insbesondere bei HNO und KJC. In der Psychosomatik bleiben Abweichungen bestehen, während sich in den intensivmedizinischen Bereichen eine stabile, insgesamt höhere Kapazität zeigt.

Unterdeckung:

- PSO-E: Die Unterdeckung in der Erwachsenen-Psychosomatik ist im Fachbereich Psychiatrie (PSY) mitenthalten. Das bedeutet, dass die fehlenden Kapazitäten der Psychosomatik als Teil der gesamten psychiatrischen Versorgung betrachtet werden und dort berücksichtigt sind.
- PSO-KJ: Die Unterdeckung in der Kinder- und Jugendpsychosomatik ist im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) mitenthalten. Das heißt, die geringeren Kapazitäten werden in die Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung einbezogen und fließen in deren Gesamtbewertung ein.

Überdeckung:

- IMCU: Überregionale Versorgung und Spezialisierung
- NICU/NIMCU & PICU/PIMCU: Überregionale Versorgung und Spezialisierung
- RNS: Aufgrund der demografischen Entwicklungen

4.4.2. AMBULANT

Im Rahmen der Planung wurden die Planungskorridore des ÖSG (BMSGPK 2025b idgF, S. 41) berücksichtigt. Die nachfolgenden Abbildungen geben einen Überblick, wo die Planergebnisse im Verhältnis zu den Korridoren liegen bzw. worin die Abweichungen begründet liegen. Die Versorgungsdichten wurden aufgrund der Sogwirkung Wiens in drei Varianten dargestellt:

- ▶ Die Planungsergebnisse wurden der pendlerbereinigten (nicht für die Fächer AM und KIJU) und alters- und geschlechtsstandardisierten Wiener Bevölkerung gegenübergestellt (blaues Dreieck Δ).
- ▶ Die Planungsergebnisse wurden der alters- und geschlechtsstandardisierten Wiener Bevölkerung gegenübergestellt (blauer Kreis \circ).
- ▶ Die Planungsergebnisse wurden der alters- und geschlechtsstandardisierten Wiener Bevölkerung unter Bereinigung folgender Faktoren gegenübergestellt (roter Kreis \bullet):
 - Wahlärzt:innen-Faktor (ÄAVE Sachleistung dadurch höher)
 - Gastpatient:innen-Faktor (ÄAVE für Nicht-Wiener:innen anhand der Frequenzen)
 - Ambulanzfaktor (höherer ärztlicher Aufwand in Spezialambulanzen, mehr Spezialambulanzen in Wien)
 - Stadtfaktor (Vergleich mit anderen österreichischen Städten - Differenz wird abgezogen/hinzugerechnet)

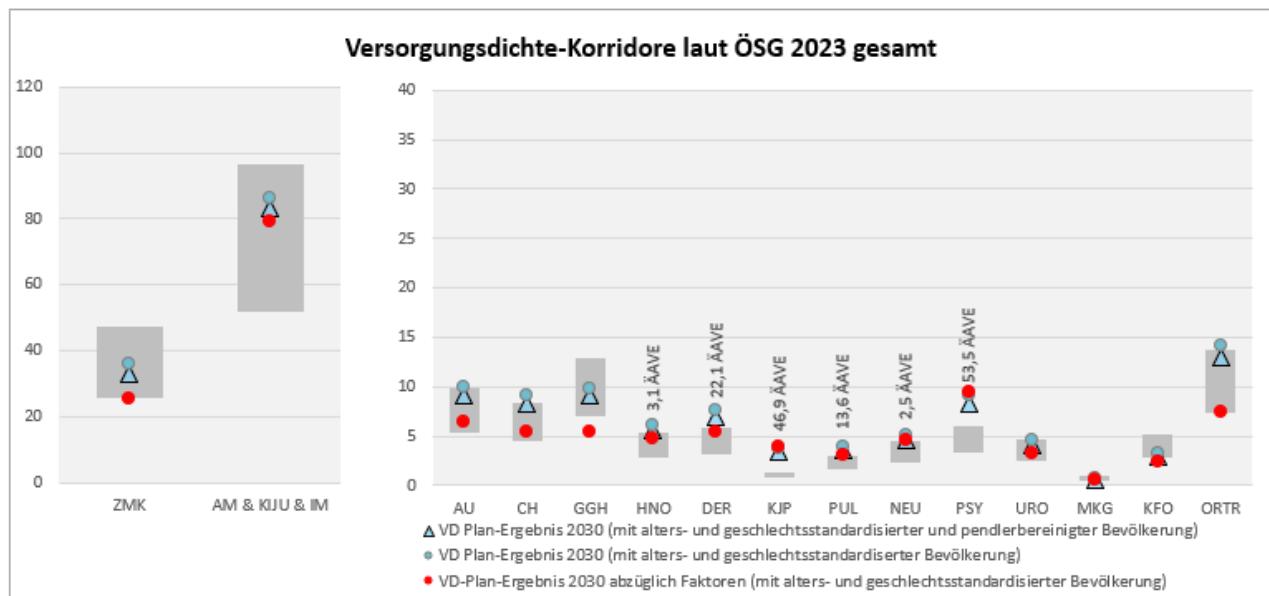


Abbildung 28: Planungskorridore ÖSG idgF. (BMSGPK 2025b) für gesamt Wien, verglichen mit Planwerten

Für die Versorgungsdichte 2030 herangezogene Einwohner:innen-Zahlen (in allen Fächern alters- und geschlechtsstandardisiert, in allen Fächern mit Ausnahme AM und KIJE auch pendlerbereinigt):

Fach	VR 91 - Wien-Mitte-Südost	VR 92 - Wien-West	VR 93 - Wien-Nordost	Gesamt Wien
AM	831.809	729.035	422.768	1.983.612
AU	1.096.663	668.259	379.955	2.144.877
CH	1.113.589	668.878	378.002	2.160.469
GGH	1.277.510	749.096	433.756	2.460.362
HNO	1.146.166	685.738	394.596	2.226.500
DER	1.143.122	684.993	388.834	2.216.949
IM	1.077.127	657.389	362.032	2.096.547
KIJE	882.948	738.930	526.138	2.148.015
KJP	1.133.626	668.056	463.821	2.265.504
PUL	1.118.133	670.540	380.368	2.169.040
NEU	1.117.018	677.042	377.875	2.171.935
PSY	1.183.536	700.590	399.921	2.284.048
URO	1.058.684	638.934	350.439	2.048.057
ZMK	1.159.385	688.018	403.105	2.250.509
MKG	1.113.589	668.878	378.002	2.160.469
KFO	1.130.917	665.673	459.782	2.256.372
ORTR	1.114.047	670.515	382.683	2.167.245

Tabelle 18: Für die Versorgungsdichte 2030 herangezogene Einwohner:innen-Zahlen für gesamt Wien und die einzelnen VR

Die prognostizierten Bevölkerungszahlen der MA23 für das Jahr 2030 wurden entsprechend der aus Regiomed für 2022 vorliegenden alters- und geschlechtsstandardisierten bzw. pendlerbereinigten Bevölkerungszahlen für 2030 vektorisiert hochgerechnet. Für die Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendheilkunde wurden die prognostizierten Bevölkerungszahlen für 2030 lediglich alters- und geschlechtsstandardisiert, da hier eine wohnortnahe Versorgung erfolgen soll (ohne Pendlerbereinigung). Für alle anderen Fächer wurden die Bevölkerungszahlen alters- und geschlechtsstandardisiert und pendlerbereinigt laut Regiomed berechnet.

Abweichungen zu den ÖSG-Planungsrichtwerten

In weiterer Folge werden die Abweichungen zu den Planungsrichtwerten für die Fächer, die außerhalb des Korridors liegen, begründet.

Grundsätzlich gilt: Eine Anpassung sollte unter Berücksichtigung überregionaler Versorgungswirkungen sowie der Entwicklungen im intramuralen Bereich erfolgen. Bei Ungleichgewichten zwischen den Versorgungsregionen erfolgte eine „sanfte Umverteilung der ärztlichen Versorgung“ innerhalb Wiens, indem im Rahmen des regionalen Ausgleichsfaktors die bestehende Versorgungsstruktur nicht verändert wurde, sondern bei Bedarf der demografische ÄAVE-Aufbau verschoben wurde. Der regionale Ausgleichsfaktor bezieht sich auf das Kalkulationsergebnis im Vergleich zur alters- und geschlechtsstandardisierten und pendlerbereinigten Bevölkerung. Etwaige Unterschiede zu anderen Varianten finden keine Berücksichtigung im regionalen Ausgleichsfaktor.

- ▶ **AM & IM & KIJE:** Aufgrund der wechselseitigen Austauschbeziehungen zwischen diesen Fächern werden die gesamten Versorgungsdichte-Ergebnisse den summierten Versorgungsdichte-Korridoren dieser Fächer gegenübergestellt. Hier zeigt sich, dass die Summe aller drei Fächer in allen Versorgungsregionen und gesamt Wien in den gesamten ÖSG-Korridor trifft.

- ▶ **DER:** In der Dermatologie liegt die Versorgungsdichte 2030 um 22,1 ÄAVE über dem ÖSG-Korridor. Bei Berücksichtigung aller Faktoren (roter Punkt) läge die Versorgungsdichte genau im Korridor.
- ▶ **HNO:** Bezuglich der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten liegt Wien leicht (3,1 ÄAVE) über dem ÖSG-Korridor. Bei Berücksichtigung aller Faktoren (roter Punkt) läge die Versorgungsdichte genau im Korridor.
- ▶ **KJP:** Die Planwerte zur Kinder- und Jugendheilpsychiatrie wurde im Strategiekonzept zur kinder- und jugendpsychiatrischen ärztlichen Versorgung in Wien (Stand Mai 2023) festgelegt. Hierzu gibt es einen gemeinsamen Beschluss der LZK. Hinzu kommt die Verschiebung der bisherigen tagesklinischen Plätze in den ambulanten Bereich laut LKF-Modell und die damit einher gehende Berechnung von ÄAVE.
- ▶ **NEU:** In der Neurologie liegt die Versorgungsdichte 2030 leicht (2,5 ÄAVE) über dem ÖSG-Korridor. Bei Berücksichtigung aller Faktoren (roter Punkt) läge die Versorgungsdichte nahezu auf dem gleichen Niveau. Dies liegt einerseits daran, dass der Ambulanzfaktor in der Neurologie bei rund 0,93 liegt, was bedeuten würde, dass es in Wien weniger neurologische Spezialambulanzen gibt und/oder diese weniger ärztliche Zeit benötigen als der Rest Österreichs. Hinzu kommt, dass aufgrund des Stadtfaktors in der Neurologie theoretisch rund 4 ÄAVE weniger benötigt werden würden, als im Vergleich mit anderen österreichischen Städten. Hier zeigen sich die Limitierungen der einzelnen Faktoren.
- ▶ **PSY:** Die Zielwerte für 2030 für die Erwachsenen-Psychiatrie wurden seitens des PSD und des WIGEV festgelegt. Hinzu kommt die Verschiebung der bisherigen tagesklinischen Plätze in den ambulanten Bereich laut LKF Modell und die damit einher gehende Berechnung von ÄAVE.
- ▶ **PUL:** In der Pulmologie liegt die Versorgungsdichte 2030 leicht (13,6 ÄAVE) über dem ÖSG-Korridor. Bei Berücksichtigung aller Faktoren (roter Punkt) läge die Versorgungsdichte genau an der Obergrenze. Auffällig ist hier, dass - entgegen dem Trend in den restlichen Fächern - der Wahlärzt:innen-Faktor negativ ist, d.h. dass hier in Wien mehr Wahlärzt:innen in der Pulmologie vorhanden sind, als im österreichischen Vergleich. Hinzu kommt, dass der Ambulanzfaktor auf 1,00 gesetzt wurde, da in der Pulmologie 100% Spezialambulanzen vorhanden sind und daher keine differenzierte Berechnung möglich ist. Hier zeigen sich die Limitierungen der einzelnen Faktoren.

5. PLANUNG VON PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist eine „konkretisierte Planung zur Einrichtung von Primärversorgungseinheiten (PVE)“ im Rahmen des RSG vorgesehen (vgl. Art. 5 Abs. 7 dieser Vereinbarung), wobei die Festlegung der ärztlichen Kapazitäten in diesen PVE gemäß Systematik der „RSG-Planungsmatrix“ über die Rubrik „Allgemeinmedizin/Primärversorgung“ erfolgt (vgl. RSG Wien 2030 - ambulanter Bereich - Planungsmatrix).

Als „Versorgungsregionen“ für PVE im Sinne von § 14 Abs. 3 und 5 des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG) werden für Wien bzw. im Rahmen des RSGW ambulant - im Unterschied zu den Versorgungsregionen im Sinne des ÖSG - die Wiener Gemeindebezirke festgelegt. Wien ist somit in 23 PVE-Versorgungsregionen gegliedert, die den 23 Wiener Gemeindebezirken entsprechen.

Die Bewertung der PVE-Standorteignung bzw. die Planung von PVE erfolgte auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation in den jeweiligen PVE-Versorgungsregionen nach den im ÖSG 2023 idgF vorgegebenen Kriterien.²⁷ Im Folgenden wird die methodische Herangehensweise zur Planung von PVE in Wien erläutert.

5.1. METHODE

Für die Information über die allgemeinmedizinische Versorgung wurden die Abrechnungsdaten (FOKO-Daten), die Stammdaten der ÖGK-Vertragsärzt:innen für Allgemeinmedizin (AM) und die Informationen über bereits bestehende PVE herangezogen.

Insgesamt fließen 3+1 Parameter (PVE-Bestand, Ersatzbedarf/Pensionierungen, Zusatzbedarf/kalkulatorischer ÄAVE-Aufbau und regionale Ausgewogenheit) maßgeblich in die Planung von PVE-Standortgebieten ein. Mittels welcher Kriterien und methodischer Schritte diese PVE-Standortplanung durchgeführt wurde, wird im Folgenden erläutert.

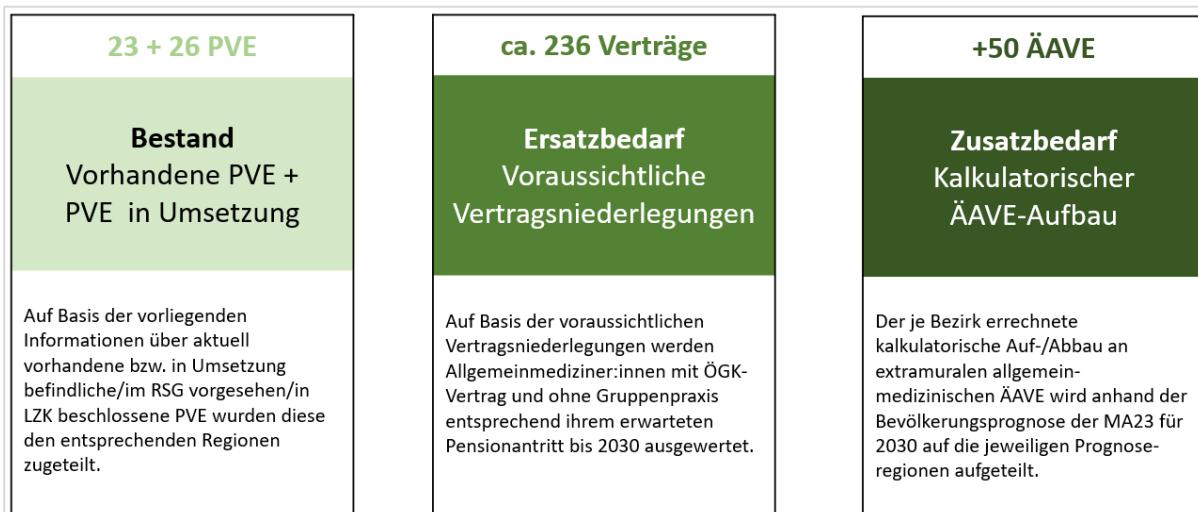


Abbildung 29: Methodische Vorgehensweise (Säulen) bei der PVE-Standortplanung

Die drei kalkulatorischen Parameter sind in der o.a. Grafik dargestellt.

²⁷ Aus der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (vgl. Art. 6 Abs. 3 Z 1 und 2 dieser Vereinbarung) in den ÖSG 2023 idgF übernommen

Schritt 1: Bevölkerung je Prognoseregion

In einem ersten Schritt wurde die Bevölkerung je Prognoseregion für die Jahre 2023 und 2030²⁸ dargestellt. Daraus wurde jeweils ein Vektor_2023_2030 berechnet, der die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Prognoseregionen abbildet. Die nachfolgende Grafik gibt einen visuellen Überblick über die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Prognoseregionen (wobei hier der Horizont bis 2033 reicht). Hierbei wird ersichtlich, dass die nord-östlichen und südlichen Wiener Regionen am stärksten wachsen werden.

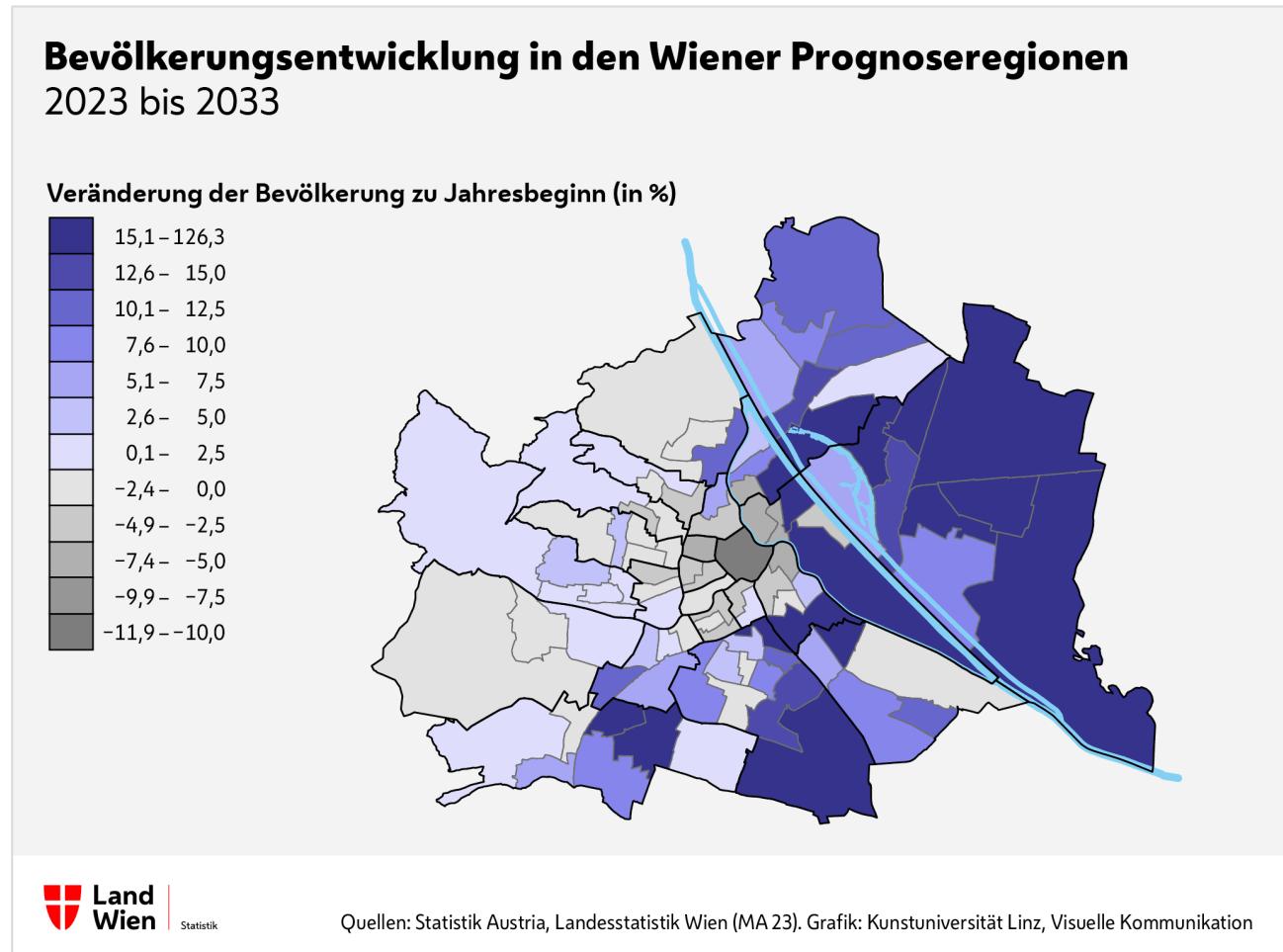


Abbildung 30: Bevölkerungsentwicklung in den Wiener Prognoseregionen 2023 bis 2033 (Quellen: Statistik Austria, Landesstatistik Wien - MA23)

Schritt 2: ÄAVE-Verteilung auf Prognoseregionen

In den vorhandenen FOKO-Daten wurden die Inanspruchnahmen auf Ebene der Bezirke dokumentiert. Eine detailliertere Zuordnung zu Prognoseregionen war nicht vorhanden, weshalb die im IST 2022 und für 2030 kalkulierten ÄAVE auf Ebene der Bezirke entsprechend der Bevölkerungsverteilung den Prognoseregionen zugeordnet wurden.

Schritt 3: Prognostizierter ÄAVE Auf-/Abbau je Prognoseregion

Die Differenz zwischen den extramuralen SOLL-ÄAVE und den IST-ÄAVE (jeweils auf Prognoseregionen zugeordnet entsprechend der Bevölkerungsdaten) wird als ÄAVE-Aufbau bzw. -Abbau je Prognoseregion dargestellt.

²⁸ Datenquelle ist die Bevölkerungsprognose 2023 (bis 2030) der MA23 - Wirtschaft, Arbeit und Statistik

Schritt 4: Voraussichtliche Vertragsniederlegungen bis 2030

Seitens der ÖGK wurde die Anzahl an Vertragsärzt:innen in der Allgemeinmedizin in Einzelpraxen, die voraussichtlich bis 1.1.2030 ihren Vertrag zurücklegen werden, je Prognoseregion, eingeschätzt und rückgemeldet.

Übersteigt der prognostizierte Aufbau (Schritt 3) plus die voraussichtlichen Vertragsniederlegungen (Schritt 4) in Summe 2 bzw. 3 ÄAVE wäre theoretisch in dieser Prognoseregion die Verortung eines PVE möglich.

Schritt 5: Bereits vorhandene PVE

Um je Prognoseregion bzw. Bezirk planen zu können, wurden die bereits per 1.1.2025 vorhandenen PVE und die in Umsetzung bzw. im RSG vorgesehenen oder in der LZK beschlossenen PVE je Prognoseregion dargestellt.

Schritt 6: Mögliche Kalkulationen

Aus dem prognostizierten Aufbau (Schritt 3) und den voraussichtlichen Vertragsniederlegungen (Schritt 4) wurde anschließend das Potenzial je Prognoseregion generiert. Die Kalkulation berücksichtigte ein Minimum an 3 ÄAVE je PVE. Zu berücksichtigen war auch, dass im Sinne einer regionalen Ausgewogenheit im Jahr 2030 für jeden Bezirk ein PVE geplant werden soll. Dadurch wurden in der Kalkulation im 7. Bezirk die Prognoseregionen zusammengezogen, da hier ansonsten kalkulatorisch keine PVE-Planung möglich gewesen wäre.

In den Prognoseregionen, in denen PVE prognostiziert werden, werden im Jahr 2030 (abhängig vom Kalkulationsszenario) jeweils zumindest 7.500 Menschen leben, in vielen Prognoseregionen deutlich mehr.

In all diesen Prognoseregionen wird 2030 (in den meisten Fällen bereits davor) laut Prognosemodell die geforderte Ärzt:innen-Bedarfslücke vorhanden sein, sodass eine Gründung einer PVE in den jeweiligen Prognoseregionen keine Konkurrenzierung der ansässigen Ordinationen zur Folge hätte.

Von detaillierteren Planungen (Sozioökonomie, Erreichbarkeit, etc.) wurde Abstand genommen, da diese die Entstehung von PVE womöglich weiter einschränken würden. Diese sollen bei den konkreten Planungen separat geprüft werden.

5.2. ERGEBNISSE

Aus dieser Analyse ergaben sich für Wien (verteilt auf alle 23 Wiener Gemeindebezirke) insgesamt 101 PVE-Standortgebiete - inkl. der 49 bereits realisierten bzw. in Planung befindlichen Standorte.

Im Anschluss an die datenbasierten methodischen Berechnungen folgte ein konsensorientierter Entscheidungsprozess zwischen den betroffenen Akteuren, dessen Ergebnis die Einigung auf 80 PVE-Standortgebiete bis zum Jahr 2030, mit dem weiteren Ziel von 101, waren.

Die nachfolgende Ergebnistabelle zeigt die geplanten 80 PVE aufgeteilt auf die Gemeindebezirke sowie die Anzahl der davon bereits realisierten bzw. in Planung befindlichen Standorte. Die Landkarten zeigen mögliche Verortungen der PVE (Detailgrad Prognoseregion) sowie die Darstellung der EVA-Standorte.

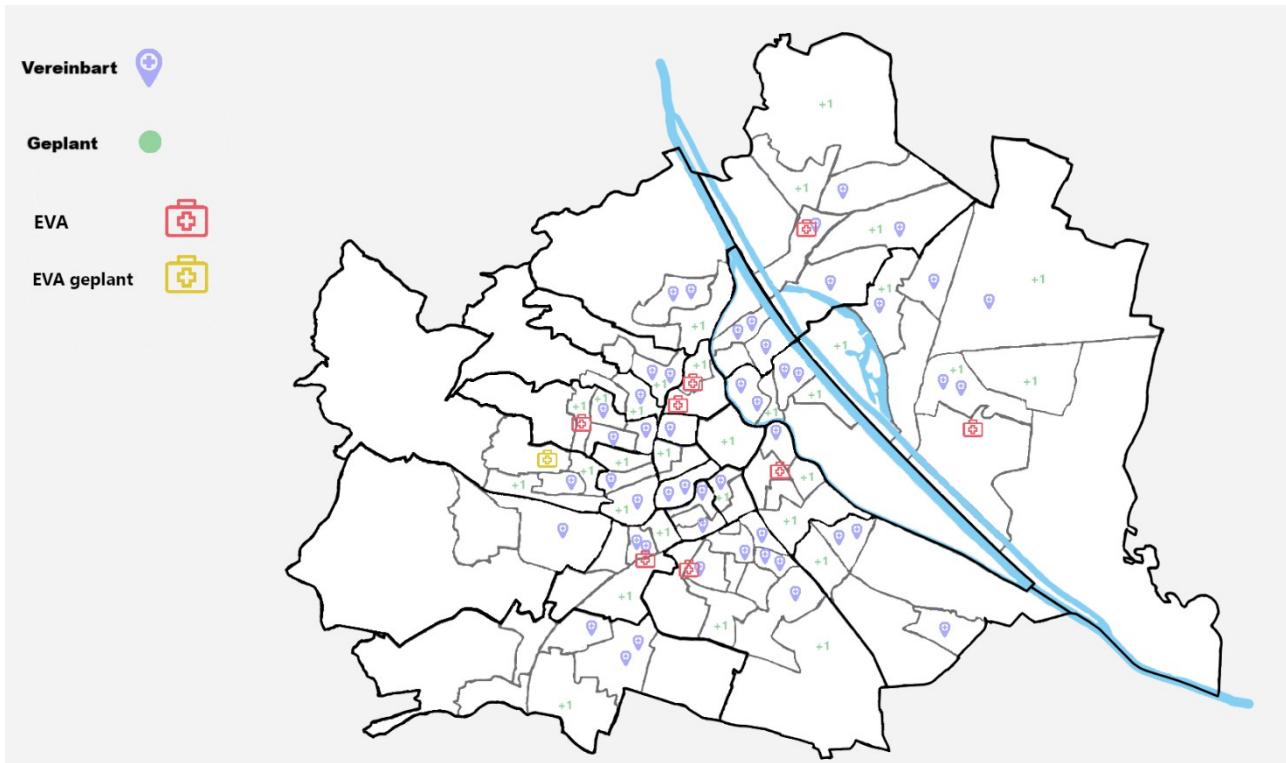


Abbildung 31: Allgemeinmedizinische Zentren in der abgestimmten Planungsvariante (80 PVE & 9 EVA)

Übersicht Planung PVE bis 2030			
Bezirk / Prognoseregion	Davon bereits realisiert/in Umsetzung/beschlossen (Stand 2025)	Zusätzlich geplante PVE 2030	In Summe geplante PVE 2030
1. Bezirk (1A)		1	1
2. Bezirk (2A, 2B, 2C, 2D, 2E)	4	2	6
3. Bezirk (3A, 3C, 3D, 3E)	1	2	3
4. Bezirk (4A)	1	1	2
5. Bezirk (5A, 5B)	2		2
6. Bezirk (6A)	2		2
7. Bezirk (7A, 7B)		1	1
8. Bezirk (8A)	1		1
9. Bezirk (9A)		1	1
10. Bezirk (10A, 10B, 10C, 10D, 10F, 10H, 10I, 10J)	6	2	8
11. Bezirk (11A, 11B, 11C, 11E)	3	1	4
12. Bezirk (12A, 12B, 12C, 12D)	2	2	4
13. Bezirk (13A, 13B)	1		1
14. Bezirk (14A, 14B, 14C)	1	2	3
15. Bezirk (15A, 15B, 15C)	2	2	4
16. Bezirk (16A, 16B, 16C, 16D)	3	2	5
17. Bezirk (17A)	1	1	2
18. Bezirk (18A, 18B, 18C)	2	1	3
19. Bezirk (19B, 19C)	2	1	3
20. Bezirk (20A, 20B, 20C, 20D)	3		3
21. Bezirk (21A, 21B, 21C, 21D, 21E, 21G)	4	3	7
22. Bezirk (22A, 22C, 22D, 22E, 22F, 22G, 22I)	5	5	10
23. Bezirk (23B, 23C, 23E, 23F, 23G)	3	1	4
Summe	49	31	80

Tabelle 19: Übersicht Planung PVE bis 2030

5.3. PLANUNG DER PVE FÜR KINDER- UND JUGENDLICHE

Die Planung der PVE für Kinder- und Jugendliche (PVE-KJ) erfolgte analog zur Planung der PVE für Allgemeinmedizin, wurde allerdings nicht auf Bezirk bzw. Prognoseregion, sondern auf Versorgungsregionsebene ausgewiesen. Auf Basis dieser Kalkulation ergaben sich für Wien insgesamt 17 PVE-KJ bis 2030 - davon sind bereits 10 realisiert.

Im Anschluss an die datenbasierten methodischen Berechnungen folgte ein konsensorientierter Entscheidungsprozess zwischen den betroffenen Akteuren, dessen Ergebnis die Einigung auf 14 Kinder-PVE-Standortgebiete bis zum Jahr 2030 ist.

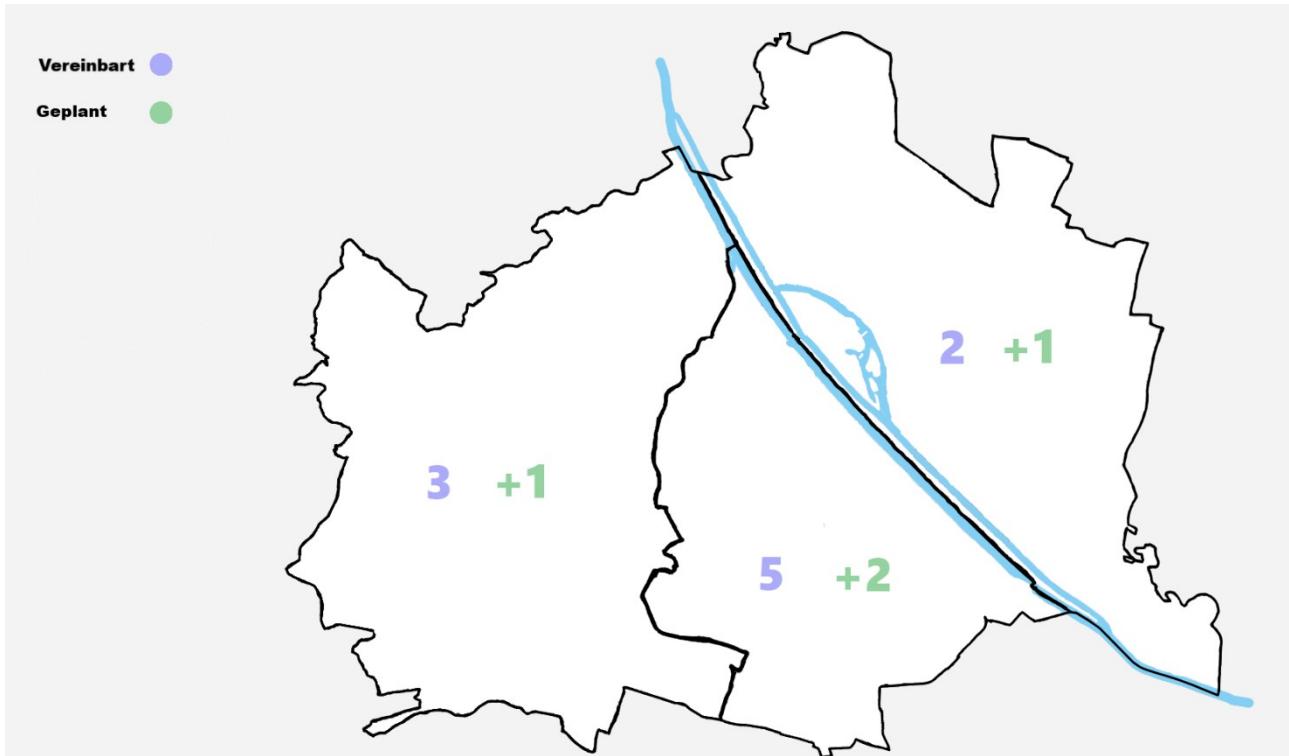


Abbildung 32: Zentren Kinder- und Jugendheilkunde in der abgestimmten Planungsvariante (14 PVE)

Übersicht Planung PVE-KJ bis 2030		
Versorgungsregion	Geplante PVE	Davon bereits realisiert/in Umsetzung/beschlossen
Versorgungsregion 91	7	5
Versorgungsregion 92	4	3
Versorgungsregion 93	3	2
Summe	14	10

Tabelle 20: Übersicht Planung PVE-KJ bis 2030

6. PLANUNG VON VERGEMEINSCHAFTUNGSFORMEN

Für die Planung der Vergemeinschaftungsformen (VGF) wurden grundsätzlich alle Zentren, Ambulatorien und Organisationsformen berücksichtigt, die durch öffentliche Mittel finanziert werden und sich bereits in Betrieb, in Umsetzung oder in konkreter Planung befinden.

Die in der Planungsmatrix abgebildeten Vergemeinschaftungsformen unterteilen sich in:

1. Vergemeinschaftungsformen, die bereits zum Erstellungszeitpunkt (August 2025) realisiert waren
2. Vergemeinschaftungsformen, deren Umsetzung bereits beschlossen wurden
3. Vergemeinschaftungsformen, deren Umsetzung bereits festgelegt wurde

1. Vergemeinschaftungsformen, die bereits zum Erstellungszeitpunkt (August 2025) realisiert waren:

- Erstversorgungsambulanzen (EVA):
Klinik Landstraße, Klinik Favoriten, Klinik Ottakring, Klinik Floridsdorf, Klinik Donaustadt, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Unfallkrankenhaus Meidling, Pädiatrische EVA am St. Anna Kinderspital
- Diabeteszentrum Wien Süd (Wienerberg)
- Wundzentren:
Wundzentrum Landstraße, Wundzentrum West, Wundzentrum Nord/Ost, Wundzentrum Süd
- Schmerzzentren:
Schmerzzentrum II, AUVA Schmerzzentrum Meidling
- Digital (1450)
- Zentrum für inklusive Zahn- und Kieferchirurgische Versorgung (VR 93)
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung:
KJP-Ambulatorium mit Tagesklinik I, KJP-Ambulatorium des PSD II, KJP-Ambulatorium des PSD III, KJP-Ambulatorium des PSD IV, KJP-Ambulatorium des PSD V, Home-Treatment des PSD, Die Boje, SOS-Kinderdorf
- Gerontopsychiatrisches Zentrum
- Inklusive Ambulanz (Barmherzige Brüder Wien)
- Down Syndrom Ambulanz (KFN)
- Interdisziplinäre Onkologische Nachsorge Ambulanz (IONA)
- Hämato-onkologische Versorgung
- Infusionsambulanz (AIMA)
- Tracheostoma-Ambulanz
- Mein Gesundheitszentrum (MGZ):
MGZ Landstraße, MGZ Mariahilf, MGZ Favoriten, MGZ Floridsdorf
- Ambulatorium Dr. Mach: FG Chirurgie
- SVS Gesundheitszentrum Betriebs-GmbH
- BVAEB Ambulatorien:
BVAEB-Ambulatorium U3Med Erdberg, BVAEB-Ambulatorium Josefstadt, BVAEB Zahnambulatorium Praterstern, BVAEB Zahnambulatorium Westbahnhof
- Mein Zahngesundheitszentrum der ÖGK:
8x (1. Bezirk, 3. Bezirk, 6. Bezirk, 10. Bezirk, 11. Bezirk, 17. Bezirk, 21. Bezirk, 23. Bezirk)

2. Vergemeinschaftungsformen, deren Umsetzung bereits beschlossen wurde:

- Erstversorgungsambulanz (EVA) im Hanusch Krankenhaus
- Diabeteszentren:
 - Diabeteszentrum Nord/Ost, Diabeteszentrum West
- Schmerzzentren:
 - Schmerzzentrum I (MGZ Neubau), Schmerzzentrum III
- PAIS - Kompetenzzentrum für postakute Infektionssyndrome
- Zentrum für inklusive Zahn- und Kieferchirurgische Versorgung (VR 91)
- Zentrum für inklusive Zahn- und Kieferchirurgische Versorgung (VR 92)
- KJP-Ambulatorium des PSD VI
- Zentrum für sexuelle Gesundheit
- Tele-Center Herzinsuffizienz
- Frauengesundheitszentrum (1)

3. Vergemeinschaftungsformen, deren Umsetzung bereits festgelegt wurde:

- Schrittmacherversorgung
- Schilddrüsenzentrum
- Onkologische Versorgungszentren:
 - Onkologisches Versorgungszentrum 1, Onkologisches Versorgungszentrum 2, Onkologisches Versorgungszentrum 3
- Tele-Center COPD
- Frauengesundheitszentren (9)

Die VGF, die bereits 2022 realisiert waren, wurden lediglich ergänzend aufgenommen (außer es wurden bis zum aktuellen Stand 2025 weitere ÄAVE aufgebaut). Hingegen wurden jene VGF, deren ÄAVE in den Daten von 2022 noch nicht erfasst waren, in der Planung für 2030 im extramuralen Bereich additiv berücksichtigt - unabhängig von der jeweiligen Finanzierungsart bzw. den Finanzierungsanteilen. Für Vergemeinschaftungsformen, für die es noch keine genaue Angabe zu den PLAN-ÄAVE 2030 gab, wurden im Rahmen des RSG Kalkulationen durchgeführt:

Digital (1450)

Für Digital (1450) wurde der IST-Stand 2025 (3,55 ÄAVE-Allgemeinmedizin) laut Sozialversicherung im extramuralen Bereich berücksichtigt. Auf Basis von Recherchen zeigt sich, dass 0,5 telemedizinische ärztliche Kontakte pro Einwohner:in pro Jahr²⁹ eine realistische Obergrenze darstellt. Dieser soll sich schrittweise genähert werden, indem bis 2030 ein Aufbau von bis zu 40 ÄAVE möglich wäre, was in Summe rund 234.000 telemedizinisch ärztlichen Kontakten pro Jahr entspricht.

Frauengesundheitszentren

Die Kalkulation der PLAN-ÄAVE für die Frauengesundheitszentren wurde in Anlehnung an die PVE-Berechnung durchgeführt. Dabei erfolgte die Prognose des ÄAVE-Aufbaus in den Versorgungsregionen unter Einbeziehung der zu erwartenden Pensionierungen. Auf Basis dieser Planung ist die Realisierung von insgesamt 14 Zentren in Wien möglich. Für die Berechnung wurde - wie auch bei den PVEs - pro Zentrum mit 3 ÄAVE kalkuliert. Insgesamt ergibt sich daraus ein Aufbauvolumen von 42 ÄAVE.

²⁹ OECD (2023) The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine

Im Anschluss an die datenbasierten methodischen Berechnungen folgte ein konsensorientierter Entscheidungsprozess zwischen den betroffenen Akteuren, dessen Ergebnis die Einigung auf 9 Frauengesundheitszentren mit insgesamt 27 ÄAVE bis zum Jahr 2030 waren.

Um das Verschiebungspotenzial von ÄAVE aus dem spitalsambulanten in den extramuralen Bereich zu analysieren, wurden medizinische Einzelleistungen (MEL), welche aktuell im spitalsambulanten Bereich erbracht werden, herangezogen. Unter der Prämisse, dass pro Frequenz 2 Leistungen erbracht werden und die ausgewählten Leistungen auch extramural erbringbar sind (jährliche Vorsorge, Abstrich, div. Sonografie, Inkontinenz-Schulung, etc.) wurden die geplanten Frequenzen durch den Durchschnitt der spitalsambulanten Frequenzen je DAA (FHB 31) und den Quartalspatient:innen je DAA (GGH FA) dividiert. Das Ergebnis von 11 ÄAVE bildet das Verschiebungspotenzial aus dem spitalsambulanten in den extramuralen Bereich ab, welches in der Kalkulation berücksichtigt wurde.

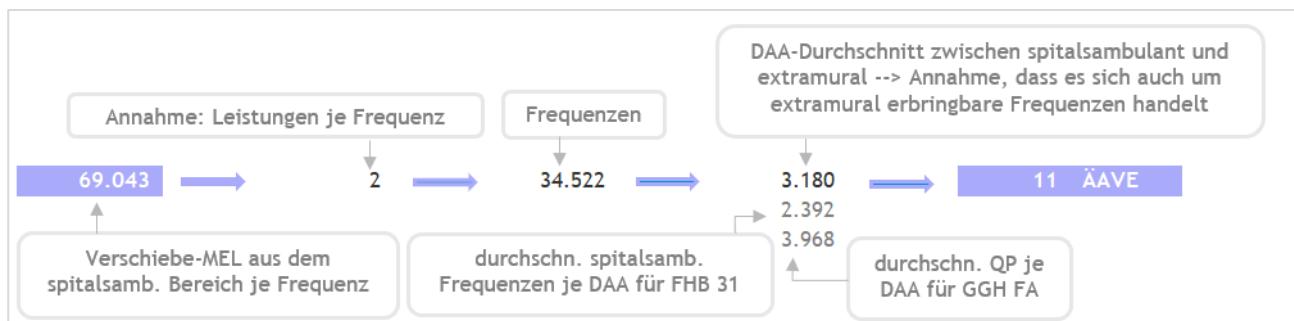


Abbildung 33: Kalkulation des Verschiebepotenzials spitalsambulant und extramural Frauengesundheitszentren

Schrittmacherversorgung

Für die Planung eines Schrittmacherzentrum wurden zwei verschiedene Berechnungsvarianten durchgeführt (siehe Abbildung 34). Bei Variante 1 wurden die MEL-Codes "Kontrolle Herzschrittmacher (DE530)" und "Kontrolle Defibrillator (DE535)", welche bisher ausschließlich im spitalsambulanten Setting durchgeführt wurden analysiert, da diese bis 2030 in ein Tele-Schrittmacher-Zentrum ausgelagert werden sollen. Für die Kalkulation der PLAN-ÄAVE wurde für die geplanten Frequenzen ein Verschiebe-Potenzial von 90 % hinterlegt und durch den Durchschnitt der spitalsambulanten Frequenzen je DAA (FHB 11) und den Quartalspatient:innen je DAA (IM FA) dividiert. Daraus ergibt sich ein Verschiebepotenzial an ÄAVE von rund 4,9 ÄAVE.

Zum Vergleich wurde eine zweite Berechnung durchgeführt. Dabei wurden die geplanten Frequenzen sowohl mit einem Minutenwert pro Abfrage³⁰ als auch mit einem Minutenwert pro ärztlichem Gespräch multipliziert. Der daraus resultierende jährliche Stundenaufwand wurde anschließend durch die Nettoarbeitszeit (in Stunden) eines ärztlichen VZÄ dividiert. Auf diese Weise konnte ein Bedarf von 3,9 ÄAVE errechnet werden.

Für die Planung der SOLL-ÄAVE 2030 wurde der Durchschnitt der beiden Varianten ausgewählt (= 4,4 ÄAVE), welche aus dem spitalsambulanten in den extramuralen Bereich verschoben werden sollen und im Fachbereich der Inneren Medizin berücksichtigt.

³⁰ Kardiologie-Praxis (2025), Herzschrittmacher-Kontrolle

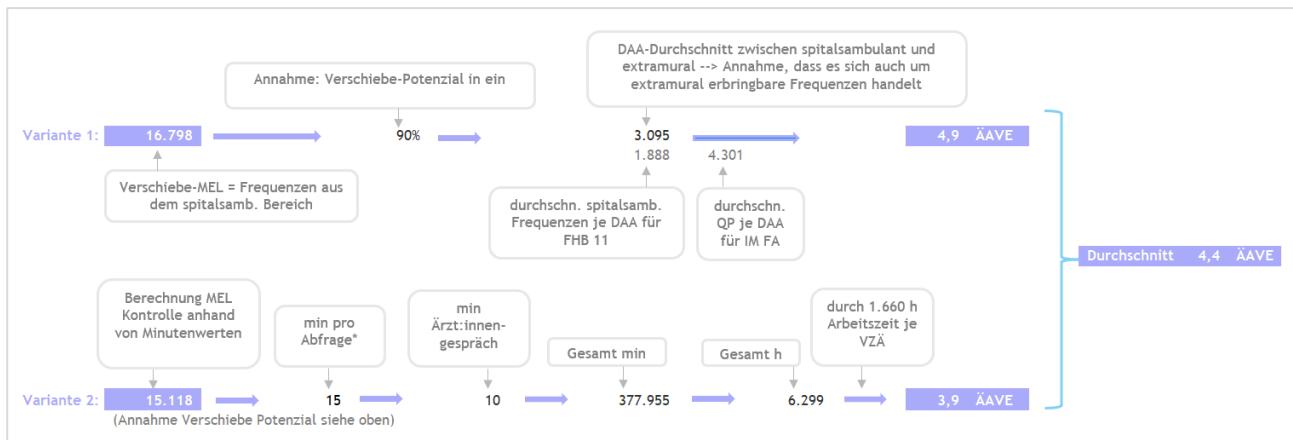


Abbildung 34: Kalkulation Variante 1 und 2 - Schrittmacherzentrum

Schilddrüsenzentrum

Für die Planung des Schilddrüsenzentrums wurden die MEL-Codes "Sonografie" und "Szintigraphie", welche bisher ausschließlich im spitalsambulanten Setting durchgeführt wurden analysiert, da diese bis 2030 in ein Schilddrüsenzentrum ausgelagert werden sollen. Für die Kalkulation der PLAN-ÄÄVE wurde für die geplanten Frequenzen ein Verschiebe-Potenzial von 90% hinterlegt und durch den Durchschnitt der spitalsambulanten Frequenzen je DAA und den Quartalspatient:innen je DAA dividiert. Daraus ergibt sich ein Verschiebepotenzial an ÄÄVE von rund 2,6 ÄÄVE. Um den Bedarf für die definierte Zielgröße von 70 Patient:innen pro Tag zu kalkulieren, wurden die jährlichen Frequenzen durch den Durchschnitt den Durchschnitt der spitalsambulanten Frequenzen je DAA und den Quartalspatient:innen je DAA dividiert, wodurch ein Bedarf von 5,7 ÄÄVE entsteht. Aufgrund mangelnder Alternativen wurde der Aufbau von 5,7 ÄÄVE in der Inneren Medizin vorgesehen.

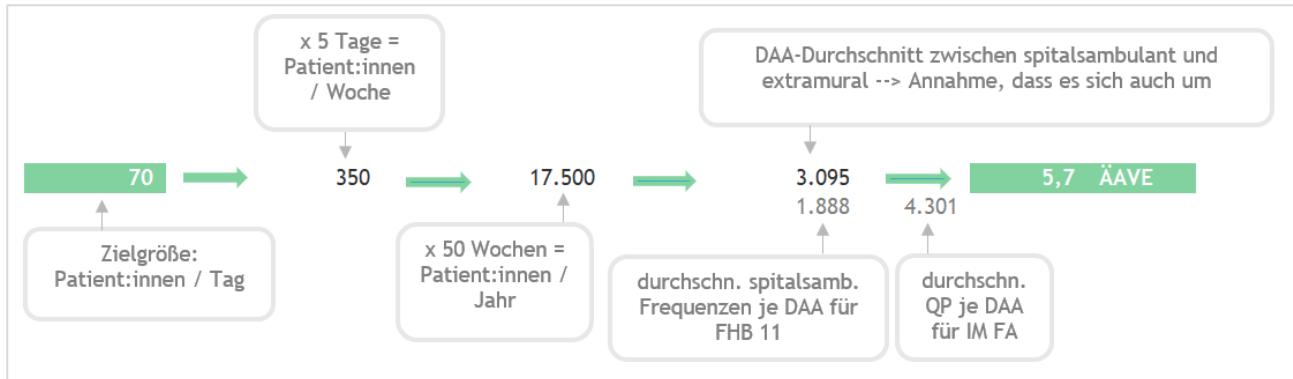


Abbildung 35: Kalkulation PLAN-ÄÄVE Schilddrüsenzentrum

Onkologische Versorgungszentren

Für die Planung der onkologischen Versorgungszentren wurden die rein ambulanten Funktionscodes (keine tagesklinischen Bereiche) sowie bestimmte Nulltagesaufenthalte herangezogen. Diese Frequenzen wurden auf Basis eines 60 %-igen Auslagerungspotenzials durch den Durchschnitt der spitalsambulanten Frequenzen je DAA (FHB 11) und den Quartalspatient:innen je DAA (IM FA) dividiert, wodurch ein Bedarf an rund 21 ÄÄVE entsteht. Diese wurden im Fachbereich Innere Medizin bei den drei Versorgungsregionen berücksichtigt.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Demografische und Bevölkerungs-Entwicklung in den Wiener Versorgungsregionen von 2023 bis 2030/2040.....	7
Tabelle 2: Prozentsätze der Ambulantisierung	15
Tabelle 3: Geplante inländische (Gastpatient:innen-)Aufenthalte exkl. ÜRVP, 2022, Quelle: DIAG.....	17
Tabelle 4: Geplante Leistungsentwicklung in ausgewählten Bereichen.....	18
Tabelle 5: Berechnungsvorgaben Ambulante Betreuungsplätze bzw. Tagesklinische Plätze (BMSGPK 2025b, S. 227)	19
Tabelle 6: Der Ambulanzfaktor für Wien pro Fachrichtung für das Jahr 2022	29
Tabelle 7: Hämodialyse Standorte in Wien 2022, Prognose HDIA-Patient:innen 2030 (eigene Darstellung)	35
Tabelle 8: ÄAVE IST 2022 gesamt Wien je Fach und Akteur	37
Tabelle 9: Übersicht ÄAVE 2016, 2022, 2025 und 2030 spitalsambulant/extramural	37
Tabelle 10: Versorgungsdichte 2022 je Vertragspartner:in-Bezirk (exkl. Wahlärzt:innen, exkl. Vorsorgeuntersuchung-Verträge)	37
Tabelle 11: Quartalspatient:innen 2022 je Versorgungsregion (exkl. Wahlärzt:innen, exkl. Vorsorgeuntersuchung-Verträge)	38
Tabelle 12: Spitalsambulante Frequenzen 2022 je Versorgungsregion (exkl. ÜRVP - überregionale Versorgungsplanung)	38
Tabelle 13: Zielbezogene Eigenversorgungsquote 2022 je Bezirk (Quartalspatient:innen nach Vertragspartner:in- & Wohn-Bezirk / Quartalspatient:innen nach Vertragspartner:in-Bezirk)	38
Tabelle 14: Anteil Gastpatient:innen 2022 je Bezirk extramural (für alle Wiener Vertragspartner:innen wird der Anteil an Quartalspatient:innen ausgegeben, deren Wohnort nicht Wien ist)	39
Tabelle 15: Anteil Gastpatient:innen 2022 je Versorgungsregion spitalsambulant (exkl. ÜRVP - überregionale Versorgungsplanung)	40
Tabelle 16: Extramurale Gastpatient:innen 2022 (Saldo) 2022 für gesamt Wien	40
Tabelle 17: Spitalsambulante Gastpatient:innen (Saldo) 2022 für gesamt Wien	40
Tabelle 18: Für die Versorgungsdichte 2030 herangezogene Einwohner:innen-Zahlen für gesamt Wien und die einzelnen VR	54
Tabelle 19: Übersicht Planung PVE bis 2030	59
Tabelle 20: Übersicht Planung PVE-KJ bis 2030	60

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Demografische Entwicklung in den Wiener Versorgungsregionen von 2023 bis 2030	6
Abbildung 2: Arbeitspakete und Schritte der stationären Planungsmethodik (Teil 1/2).....	11
Abbildung 3: Arbeitspakete und Schritte der stationären Planungsmethodik (Teil 2/2).....	11
Abbildung 4: Belagtags-Zuordnung (eigene Darstellung)	13
Abbildung 5: Entwicklung der stationären Aufenthalte in Österreich (BMSGPK 2024a, "stationäre Aufenthalte").....	14
Abbildung 6: Übersicht über ÜRVP-Gruppen (BMSGPK 2025b, S. 51)	17
Abbildung 7: Unterschied der DAA-Berechnungsmethoden (Quelle: BIG - Business Intelligence im Gesundheitswesen)	21
Abbildung 8: Arbeitspakete und Schritte des ambulanten Planungsbereiches	22
Abbildung 9: Darstellung Gastpatient:innen-Faktor	32
Abbildung 10: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 im Bundesland Wien im gesamten ambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)	43
Abbildung 11: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 91, Wien-Mitte-Südost, im gesamten ambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)	43
Abbildung 12: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 92, Wien-West, im gesamten ambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)	44
Abbildung 13: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 93, Wien-Nordost, im gesamten ambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)	44
Abbildung 14: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 im Bundesland Wien im spitalsambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)	45
Abbildung 15: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 91, Wien-Mitte-Südost, im spitalsambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)	45
Abbildung 16: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 92, Wien-West, im spitalsambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)	45
Abbildung 17: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 93, Wien-Nordost, im spitalsambulanten Bereich (alle Regiomed-Fächer inkl. STR)	46
Abbildung 18: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 im Bundesland Wien im extramuralen Bereich (alle Regiomed-Fächer)	46
Abbildung 19: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 91, Wien-Mitte-Südost, im extramuralen Bereich (alle Regiomed-Fächer)	46
Abbildung 20: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 92, Wien-West, im extramuralen Bereich (alle Regiomed-Fächer)	47
Abbildung 21: Kalkulatorische ÄAVE-Planung von 2022 bis 2030 in der VR 93, Wien-Nordost, im extramuralen Bereich (alle Regiomed-Fächer)	47
Abbildung 22: BMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Normalpflege 1/2	49
Abbildung 23: BMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Normalpflege 2/2	50
Abbildung 24: BMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Intensivpflege	50
Abbildung 25: BMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Sonderpflege	51
Abbildung 26: KMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Normalpflege 1/2	51
Abbildung 27: KMZ-Planungskorridore ÖSG (BMSGPK 2025b, S. 44) verglichen mit Planwerten Normalpflege 2/2	52
Abbildung 28: Planungskorridore ÖSG idgF. (BMSGPK 2025b) für gesamt Wien, verglichen mit Planwerten ..	53
Abbildung 29: Methodische Vorgehensweise (Säulen) bei der PVE-Standortplanung	56
Abbildung 30: Bevölkerungsentwicklung in den Wiener Prognoseregionen 2023 bis 2033 (Quellen: Statistik Austria, Landesstatistik Wien - MA23)	57
Abbildung 31: Allgemeinmedizinische Zentren in der abgestimmten Planungsvariante (80 PVE & 9 EVA) ..	59
Abbildung 32: Zentren Kinder- und Jugendheilkunde in der abgestimmten Planungsvariante (14 PVE) ..	60
Abbildung 33: Kalkulation des Verschiebepotenzials spitalsambulant und extramural Frauengesundheitszentren.....	63
Abbildung 34: Kalkulation Variante 1 und 2 - Schrittmacherzentrum	64
Abbildung 35: Kalkulation PLAN-ÄAVE Schilddrüsenzentrum	64

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ÄAVE: Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
ÄVZÄ: Ärztliche Vollzeitäquivalente
ambBP: Ambulante Betreuungsplätze
ACH: Allgemeinchirurgie
AGR: Akutgeriatrie
AG/R: Akutgeriatrie/Remobilisation
AKH: Allgemeines Krankenhaus (der Stadt Wien)
AM: Allgemeinmedizin
AN: Anästhesiologie
AUG: Augenheilkunde
AUVA: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BBR KH: Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (in Wien)
BD: Bundesdurchschnitt
BDO: BDO Health Care Consultancy GmbH
BGA: Bundesgesundheitsagentur
BMSGPK: Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BRA: Schwerbrandverletzten-Versorgung
BRCA: breast cancer, Brustkrebsgene
BT: Belagstage
CH: Chirurgie bzw. Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
DAA: Durchschnittlich arbeitende:r Ärzt:in
DAWA: Durchschnittlich arbeitende:r Wiener Allgemeinmediziner:in
DER: Dermatologie (Haut- und Geschlechtskrankheiten)
DIAG: Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
EVQ: Eigenversorgungsquote
EW: Einwohner:in
FAG: Finanzausgleich
FÄ/FA: Fachärzt:in
FC: Funktionscode
FKA: Fondskrankenanstalt
GBH: Geburtshilfe
GCH: Gynäkologisch-Chirurgische
GGH: Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)
GGP: Großgeräteplan
GYN: Gynäkologie
HCH: Herzchirurgie
HDia: Hämodialyse
HKLE: hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen
HNO: Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
ICU E: Intensive Care Unit für Erwachsene
IDB: Interdisziplinärer Bereich
idgF: in der gültigen Fassung
IM: Innere Medizin
IMCU E: intermediate care unit für Erwachsene
KA: Krankenanstalt
KBRA: Kinder-Schwerbrandverletzten-Versorgung
KCH: Kinderchirurgie
KFO: Kieferorthopädie
KHCH: Kinder-Herzchirurgie
KJ: Kinder- und Jugendheilkunde
KJH: Kinder- und Jugendheilkunde
KJP: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
KJONK: Pädiatrische onkologische Versorgung
KKAR: Kinder-Kardiologie
KMZ: Kapazitätsmessziffer
KPS: Kassenplanstelle
KSZT-all: Kinder-Stammzelltransplantation-allogen
LDF-Gruppen: *Leistungsdokumentationsgruppen*
LKF-Modell - Leistungsorientiertes Krankenanstaltenfinanzierungsmodell

LGF: Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten
MA23: Magistratsabteilung 23 Wien - Wirtschaft, Arbeit und Statistik
MBDS: Minimum Basic Data Set
MEL - Medizinische Einzelleistung; abrechnungsfähige medizinische Leistung im Rahmen des LKF-Systems.
MICU: Medical Intensive Care Unit
MKG: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
NCH: Neurochirurgie
NCHA: Neurochirurgie akut
NEU: Neurologie
NICU: Neonatal Intensiv Care Unit
NLGF: Nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten
NUK: Nuklearmedizin
ÖGK: Österreichische Gesundheitskasse
ÖROK: Österreichische Raumordnungskonferenz
ÖSG: Österreichischer Strukturplan Gesundheit
OECD: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OR: Orthopädie und orthopädische Chirurgie
OTR: Orthopädie und Traumatologie
PAL: Palliativmedizin
PCH: Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie
PDia: Peritonealdialyse
Phase B: Frührehabilitation
Phase C: weiterführende Rehabilitation
PICU: Pediatric Intensive Care Unit
PIMCU: Pediatric Intermediate Care Unit
PPV: Psychiatrischer und psychosomatischer Versorgungsplan 2030
PRIKRAF: Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PSO-E: Psychosomatik für Erwachsene
PSO-KJ: Psychosomatik für Kinder und Jugendliche
PSY: Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
PUL: Pulmologie, Lungenkrankheiten
PV: Primärversorgung
PVE: Primärversorgungseinheiten
RFZ: Referenzzentrum
RNS: Remobilisation/Nachsorge
RSG: Regionaler Strukturplan Gesundheit
RSGW: Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien
STR: Strahlentherapie-Radioonkologie / Hochvolttherapie
SZT-all: Stammzelltransplantation-allogen
SU: Stroke Unit
TCH: Thoraxchirurgie
TXC: Transplantationschirurgie
UC: Unfallchirurgie
UKH: Unfallkrankenhaus
URO: Urologie
ÜREG: Überregionale Auswertung der Dokumentation in landesgesundheitsfondsfinanzierten
Krankenanstalten
ÜRVP: überregionale Versorgungsplanung
VD: Versorgungsdichte
VR: Versorgungsregion
VR91: Versorgungsregion 91 (Wien-Mitte-Südost)
VR92: Versorgungsregion 92 (Wien-West)
VR93: Versorgungsregion 93 (Wien-Nordost)
WGF: Wiener Landesgesundheitsfonds
XDok: Krankenanstalten Dokumentation (einheitliches IT-Dokumentationssystem der österreichischen
Krankenanstalten)
ZAE: Zentrale ambulante Erstversorgung
ZMK: Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
ZNA: Zentrale Notaufnahme

QUELLENVERZEICHNIS

AIHTA - Austrian Institute for Health Technology Assessment (2024): *Bewertung medizinischer Einzelleistungen* - MEL 2024. Online verfügbar unter: [AIHTA - Bewertung medizinischer Einzelleistungen \(MEL\) - Berichte](https://www.aihta.at/aihta-bewertung-medizinischer-einzelleistungen-mel-berichte) [Zugriff am: 25.07.2025].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2024a): *Krankenanstalten in Zahlen - Ressourcen und Inanspruchnahme der Krankenanstalten - Stationäre Aufenthalte in Krankenanstalten*. Wien. Online verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatoen-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Zahlen/Ressourcen-und-Inanspruchnahme/Station%C3%A4re-Aufenthalte.html> [Zugriff am: 18.08.2025].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2024b): *Systembeschreibung LKF 2025 - Diagnosen- und Leistungsberichtssystem DIAG*. Wien. Online verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:7e7222c1-83d0-4752-b3c5-72e11e4532cb/SYSTEMBESCHREIBUNG%202024.pdf> [Zugriff am: 25.07.2025].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2024c): *LKF-Modell 2025 - Leistungskatalog für den stationären Bereich*. Wien. Online verfügbar unter:

<https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:887495e7-6718-463f-8224-68eedbc8efef/LKF-MODELL%202025%20SP1%2020250131.pdf> [Zugriff am: 24.07.2025].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2025a): *Liste der Krankenanstalten in Österreich, Stand: 17.07.2025 [Excel-Datei]*. Wien. Online verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at> [Zugriff am: 24.07.2025].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2025b): *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 - Textband*. Wien. Online verfügbar unter: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/ÖSG_2023 - Textband_Stand_25.04.2025.pdf [Zugriff am: 24.07.2025].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (o. J.): *Das österreichische LKF-System - Broschüre*. Wien. Online verfügbar unter: [https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsoorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-\(LKF\).html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsoorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html) [Zugriff am: 25.07.2025].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): *Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2022, Für 2022 online verfügbar bis August 2024* unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatoen-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Zahlen/Publikationen.html>

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2011): *ADE3 - Analyse unerwünschter Arzneimittelereignisse in österreichischen Krankenhausdiagnosen 2001-2011* (Projektbericht). Wien. Mindestbasisdaten (MBDS) über 26.394.317 Aufenthalte. Projektauftrag: Sozialversicherung. [Innterer Forschungsbericht; elektronische Datenlieferung vom Hauptverband; unveröffentlicht].

Kardiologie-Praxis (2025): *Herzschrittmacher-Kontrolle*. Online verfügbar unter: <https://www.kardiologiepraxis.eu/index.php/leistung/herzschrittmacherkontrolle#:~:text=Eine%20Schrittmacher%2DKontrolle%20dauert%20insgesamt,ob%20%C3%84nderungen%20vorgenommen%20werden%20m%C3%BCssen>. [Zugriff am: 25.07.2025].

OECD (2020): *Regions and Cities at a Glance 2020* [30.11.2020]

OECD (2023): *The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ac8b0a27-en>. [Zugriff am: 28.08.2025]

Österreichische Raumordnungskonferenz (ÖROK) (2021): ÖROK Bevölkerungsprognose 2021-2050 [Excel-Datei]. Statistik Austria im Auftrag der ÖROK. Online verfügbar unter: <https://www.oerok.gv.at/raum/daten-und-grundlagen/oerok-prognosen/oerok-prognose-2021-1> [Zugriff am: 24.07.2025].

Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2023 idgF

Pezzini, Mario (2001): Rural policy lessons from OECD countries. International Science Review Volume: 24 issue: 1, page(s): 134-145; Issue published: January 1, 2001

Stadt Wien, Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien: Strategiekonzept zur kinder- und jugendpsychiatrischen ärztlichen Versorgung in Wien [Stand Mai 2023]

ANHANG

Anlage 1: RSG Wien 2030 - Text

Anlage 2a: Planungsmatrizen stationär

Anlage 2b: Planungsmatrizen ambulant

Anlage 2c: Tabellen Primärversorgungseinheiten

Anlage 2d: Tabellen Vergemeinschaftungsformen

Anlage 2e: Tabellen Rettungsdienst

WE SEARCH FOR GREATNESS.

BDO Austria
Wirtschaftsprüfung GmbH

QBC 4 - Am Belvedere 4
(Eingang Karl-Popper-Straße 4)

1100 Wien

bdo.at

Holding

BDO Austria Holding Wirtschaftsprüfung GmbH und ihre Tochtergesellschaften („BDO Austria Gruppe“) sind Mitglieder von BDO International Limited und gehören zum internationalen BDO Netzwerk voneinander unabhängiger Mitgliedsfirmen. BDO ist der übergreifende Markenname für das BDO Netzwerk und für jede seiner Mitgliedsfirmen.

Die BDO Austria Gruppe, deren Partner:innen, Angestellte und Vertreter:innen übernehmen keinerlei Haftung oder Verantwortung für Schäden, die sich aus einem Handeln oder Unterlassen im Vertrauen auf die hier enthaltenen Informationen oder darauf gestützte Entscheidungen ergeben.

© BDO Austria Gruppe 2024. Alle Rechte vorbehalten.