

Regionaler Strukturplan Gesundheit – Salzburg 2025 – ambulanter Teil

Darstellung der ambulanten Versorgungs-
strukturen bis 2025

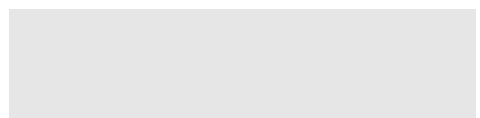
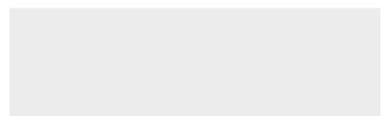
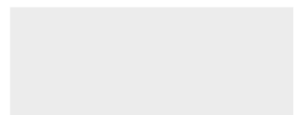
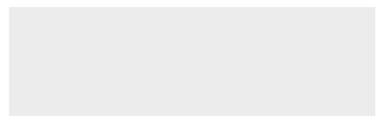
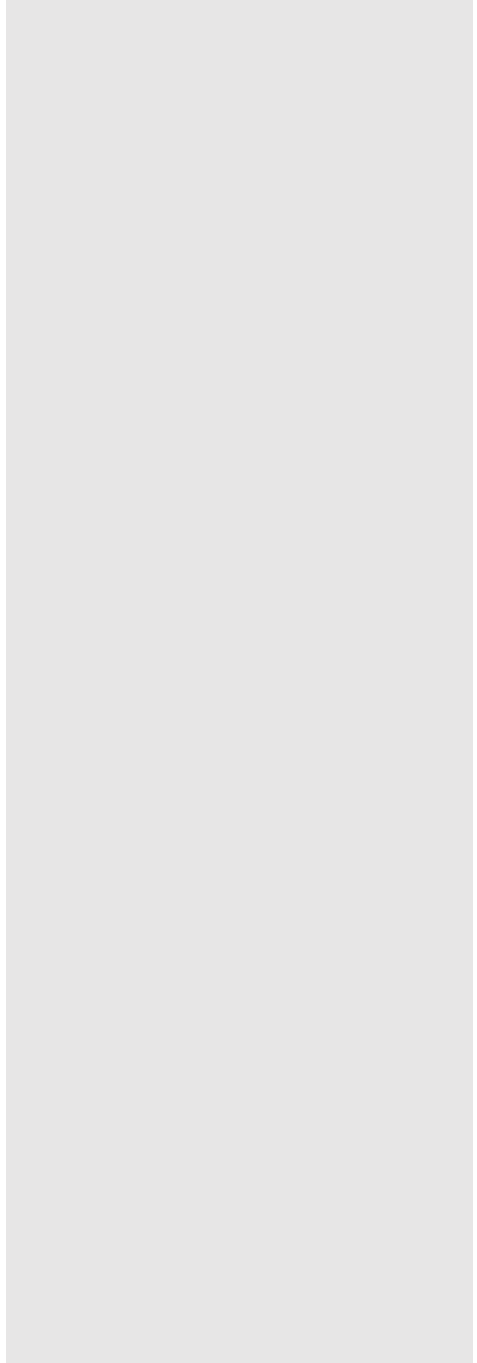
Version 1.2

EPIG GmbH

Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

Hans-Sachs-Gasse 14/2
8010 Graz

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



Inhalt

Inhalt	3
Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	6
Glossar	7
1 Einleitung.....	9
1.1 Planungsauftrag.....	9
1.2 Planungsgrundlagen.....	9
1.3 Rechtliche Grundlagen und verbindliche Rahmenbedingungen.....	10
1.4 Berichtsstruktur.....	11
2 Grundsätze und Ziele	12
3 Versorgungsfeld Salzburg	15
3.1 Verwaltungsstruktur.....	15
3.2 Geografie und Topografie	15
3.3 Demografische Parameter	16
3.4 Versorgungsstruktur im Land Salzburg im Überblick.....	18
4 Methodisches Vorgehen.....	20
4.1 Planungsgrundlagen.....	20
4.2 Datenbasis	20
4.3 Planungsprozess.....	21
4.4 Planungsalgorithmus.....	22
5 Primärversorgung	27
5.1 Zielsetzung in der Primärversorgung	27
5.2 Versorgungsfunktionen der Primärversorgung.....	27
5.3 Bestehende allgemeinmedizinische Versorgung	28
5.4 Strukturelle Anpassungen bis 2025.....	28
6 Ambulante fachärztliche Versorgung	30
6.1 Augenheilkunde.....	30
6.2 Allgemeinchirurgie	30
6.3 Dermatologie.....	31
6.4 Gynäkologie und Geburtshilfe.....	31
6.5 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	31
6.6 Innere Medizin	32
6.7 Kinder- und Jugendheilkunde.....	32
6.8 Kinder- und Jugendchirurgie	32
6.9 Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	33
6.10 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	33
6.11 Neurochirurgie	34
6.12 Neurologie	34
6.13 Orthopädie	34
6.14 Physikalische Medizin und Rehabilitationsmedizin.....	34

6.15	Plastische Chirurgie	35
6.16	Psychiatrie	35
6.17	Pulmologie.....	35
6.18	Strahlentherapie.....	36
6.19	Unfallchirurgie	36
6.20	Urologie	37
6.21	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	37
7	Spezielle Versorgungsthemen und weiterer Ausblick	38
7.1	Schmerzversorgung	38
7.2	Leistungsverlagerungen zwischen intra- und extramuralen Versorgungsstrukturen.....	38
7.3	Bedarfsadäquate psychiatrische und psychosoziale Versorgung	39
8	Literaturverzeichnis	41
9	Anhang.....	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung 2016-2025; Quelle: Landesstatistik Salzburg; Darstellung: EPIG GmbH ...	18
Abbildung 2: Darstellung der Module zur Planung des ambulanten ärztlichen Versorgungsbereichs	22
Abbildung 3: schematische Darstellung des Planungsalgorithmus zur ambulanten Versorgungsstruktur	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Regionale Gliederung Salzburgs (VR und Bezirke) und Bevölkerungsstand zum 1.1.2016.	15
Tabelle 2: Planungsmatrix für das Bundesland Salzburg, gesamt	42
Tabelle 3: Planungsmatrix für die Versorgungsregion 51, Salzburg Nord.....	43
Tabelle 4: Planungsmatrix für die Versorgungsregion 52, Pinzgau-Pongau-Lungau.....	44

Glossar

Allgemeine Abkürzungen

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGK	Bundesgesundheitskommission
BHB	Barmherzige Brüder
BKK	Betriebskrankenkasse
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
FA	Facharzt
FOKO	Folgekosten-Datensätze der öffentlichen Krankenversicherungen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KH	Krankenhaus
LGBl	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
NUTS	<i>frz.: Nomenclature des unités territoriales statistiques</i> ; Gliederungsebene von Verwaltungseinheiten innerhalb der EU
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RFD	Relative Frequenzdichte
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVE	Standardversorgungseinheit
UKH	Unfallkrankenhaus
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VR	Versorgungsregion
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Medizinische Fachrichtungen und Spezialbereiche

AM	Allgemeinmedizin
AN	Anästhesie
AU	Augenheilkunde
CH	Allgemeinchirurgie

DER	Dermatologie
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
IM	Innere Medizin
KFO	Kieferorthopädie
KJC	Kinder- und Jugendchirurgie
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
LAB	Labormedizin
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
NC	Neurochirurgie
NEU	Neurologie
NUK	Nuklearmedizin
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
PAT	Pathologie
PCH	Plastische Chirurgie
PMR	Physikalische Medizin und Rehabilitationsmedizin
PSY	Psychiatrie
PUL	Pulmologie
RAD	Radiologie
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie
TR	Traumatologie
UC	Unfallchirurgie
URO	Urologie
ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Politische Bezirke im Land Salzburg

HA	Hallein (Tennengau)
JO	St. Johann im Pongau (Pongau)
S	Stadt Salzburg
SL	Salzburg-Land (Flachgau)
TA	Tamsweg (Lungau)
ZE	Zell am See (Pinzgau)

Versorgungsregionen in Salzburg

VR 51	Versorgungsregion Salzburg-Nord (Hallein, Stadt Salzburg, Salzburg-Land)
VR 52	Versorgungsregion Salzburg-Süd (St. Johann im Pongau, Tamsweg, Zell am See)

Einleitung

Die EPIG GmbH – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit wurde mit Oktober 2017 von der sozialen Krankenversicherung (SGKK, BVA, SVA, SVB, VAEB) und vom Land Salzburg mit der Erstellung eines ambulanten Regionalen Strukturplans Gesundheit für das Land Salzburg beauftragt.

Dieser ambulante RSG-S 2025 stellt zusammen mit dem mit 30. Juni 2017 beschlossenen ÖSG 2017 (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017a) als Rahmenplan für die Gesundheitsstrukturplanung das zentrale Planungsinstrument für die ambulante ärztliche Gesundheitsversorgung im Land Salzburg für die kommenden Jahre dar und versteht sich somit als Weiterentwicklung und Aktualisierung vorhergehender entsprechender Planungsunterlagen im ambulanten Versorgungsbereich.

Planungsauftrag

Das Ziel des ambulanten RSG-S 2025 ist die Darstellung der Ist-Versorgung und -Struktur im Land Salzburg sowie die Ableitung des regionalen Bedarfs in Bezug auf die ambulante ärztliche Versorgung mit Sachleistungen für das Jahr 2025. Daraus sollen in der Folge Planungsempfehlungen zur ambulanten Versorgung in Spitalsambulanzen, bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, für Primärversorgungsmodelle und selbständige Ambulatorien erarbeitet werden.

Die Inhalte des neuen ambulanten RSG-S 2025 richten sich nach den geforderten Mindestinhalten sowie nach der RSG-Planungsmatrix, wie sie der ÖSG 2017 vorgibt. Als Maßzahl für ambulante Versorgungskapazitäten werden Standardversorgungseinheiten (SVE) verwendet, wobei eine Standardversorgungseinheit der Versorgungswirksamkeit nach einer üblichen Planstelle mit §2-Kassenvertrag entspricht. Die Kapazitätsplanung erfolgt aggregiert auf Ebene des gesamten Bundeslandes sowie für die beiden Versorgungsregionen VR 51 und VR 52.

Die Datenanalysen erfolgten auf Basis der letztaktuell verfügbaren Daten aus dem Jahr 2016, das somit das Ausgangsjahr für die Planungsarbeiten darstellt.

Keine Planungsaussagen werden getroffen zu nicht-ärztlichen therapeutischen Berufen und Hebammen sowie zu den medizinischen Sonderfächern AN, RAD, NUK, PAT, LAB und SON. Nicht Teil des Planungsauftrags ist zudem jene tagesklinische und ambulante Versorgung, die innerhalb der LKF-Systematik dokumentiert und verrechnet wird, wiewohl es sich aus prozesstechnischer Sicht um ambulante Versorgung handelt. Aufgrund der Abrechnungs- und Systemisierungsmechanismen wird dies jedoch in der gesondert durchzuführenden Planung des akutstationären Leistungsgeschehens berücksichtigt werden. Im Anschluss an diesen RSG-S 2025 sollen Konzepte zur gezielten Leistungsverlagerung erarbeitet werden (siehe dazu Kapitel 7.2).

Planungsgrundlagen

Der vorliegende ambulante RSG-S 2025 versteht sich als Teil eines kontinuierlichen Entwicklungs- und Veränderungsprozesses im Salzburger Gesundheitswesen, der somit auf seinem Vorgänger aufbaut und zugleich auch nicht den Abschluss dieses Prozesses darstellt. Er bezieht sich auf eine möglichst objektive Bedarfsbewertung und schließt nicht nur die Bevölkerung des Landes Salzburg mit ein

sondern auch jene Menschen, die außerhalb des Bundeslandes wohnen, in ihm jedoch ambulante ärztliche Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen. Dies umfasst auch Gäste aus dem Ausland.

Moderne IKT, insbesondere das aktuelle Pilotprojekt „Gesundheitsberatung 1450“ (TEWEB) werden als Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung in der Planung berücksichtigt. Im Sinne der integralen Betrachtung des ambulanten fachärztlichen Versorgungsbereichs wird davon ausgegangen, dass *qualitative Gleichwertigkeit in der Erbringung gleicher ambulanter Leistungen zwischen intra- und extramuralen Strukturen* außerhalb der Notfallversorgung besteht. Unterschiede zwischen ambulanten Basisleistungen und speziellen Leistungen im Sinne des ÖSG 2017 ergeben sich aus der technischen Ausstattungsnotwendigkeit und persönlichen Qualifikation, nicht jedoch daraus, ob das Angebot durch einen extra- oder intramuralen Anbieter erfolgt.

Rechtliche Grundlagen und verbindliche Rahmenbedingungen

Die wesentlichen gesetzlichen Bestimmungen, die die Basis des vorliegenden ambulanten RSG-S 2025 ausmachen, sind auf Bundesebene das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten¹, die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens², das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit³, das Ärztegesetz 1998⁴ und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz⁵. Weiters finden die Bestimmungen des Primärversorgungsgesetzes⁶ und jene des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 2000⁷ ihre Berücksichtigung.

Einen weiteren weitgehend verbindlichen Rahmen setzt der beschlossene Österreichische Strukturplan Gesundheit 2017. Zudem baut der vorliegende ambulante RSG-S 2025 auf dem vorangegangenen RSG-S 2010 (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), 2005) im Sinne einer kongruenten Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur auf. Grundlagenarbeiten zur Primärversorgung in Österreich und zu speziellen Versorgungsthemen, auch in anderen Bundesländern, wurden nach Bedarf beigezogen. Die aktuellen Bestimmungen der Ärzteausbildungsordnung⁸ wurden in die Überlegungen ebenso mit einbezogen.

Mit der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde der Grundstein gelegt, zukünftig in den Landes-Zielsteuerungskommissionen festzulegen, welche Planungsvorgaben eines RSG als Verordnung verbindlich gemacht und kundgemacht werden. Dadurch werden erstmals verbindliche Festlegungen in beiden Bereichen, der intra-

¹ Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957; idgF.

² Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, ausgegeben am 17.7.2017

³ Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG), BGBl. Nr. 26/2017 idgF.

⁴ Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998; idgF.

⁵ Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG.), BGBl. Nr. 189/1955 idgF.

⁶ Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (PrimVG), BGBl. I Nr. 131/2017 idgF.

⁷ Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG), LGBl. Nr. 24/2000 idgF.

⁸ Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015) BGBl. II Nr. 147/2015

und extramuralen Versorgungsplanung, getroffen. Dies betrifft insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung sowie zur überregionalen Versorgungsplanung.

Dementsprechend ist vorgesehen, dass nach Kennzeichnung der verbindlichen Teile des RSG-S 2025 durch die Landes-Zielsteuerungskommission diese die erforderlichen Unterlagen an das Land Salzburg und dieses wiederum die Unterlage an die Gesundheitsplanungs GmbH übermittelt. Die durch die Landes-Zielsteuerungskommission als verbindlich ausgewiesenen Teile des RSG-S 2025 werden durch die Gesundheitsplanungs GmbH nach Durchführung eines Begutachtungsverfahrens durch Verordnung für verbindlich erklärt und im Rechtsinformationssystem kundgemacht.

Im Folgenden sind jene Teile des vorliegenden ambulanten RSG-S 2025, welche durch die Landes-Zielsteuerungskommission für verbindlich erklärt werden, grün hinterlegt.

Berichtsstruktur

Der vorliegende ambulante RSG-S 2025 versteht sich als komplementäres Element zum noch in Erarbeitung befindlichen stationären Teil des RSG-S 2025. Eine Abstimmung der Überlegungen zum Zwecke inhaltlicher Kongruenz erfolgte in Arbeitsgruppen und im Projektlenkungsausschuss zu diesem Projekt. In beiden Gremien waren das Land Salzburg und die Sozialversicherung vertreten.

Der vorliegende Bericht erläutert eingangs den Planungsauftrag, die Planungsgrundlagen und wesentliche rechtliche bzw. verbindliche Rahmenbedingungen für die Planungsarbeiten. Weiters werden die Grundsätze und Ziele der Planung für die ambulanten Versorgungsstrukturen im Land Salzburg bis zum Jahr 2025 dargestellt. Im Kapitel über das Versorgungsfeld werden jene Elemente der Topografie, Demografie und Verkehrsstruktur, die Einfluss auf die Planung der zukünftigen Versorgungsstruktur haben, beschrieben. Darüber hinaus wird im Überblick die aktuelle Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen des Landes Salzburg beschrieben. Nach der Beschreibung der angewandten methodischen Überlegungen und verwendeten Datengrundlagen werden im Folgekapitel für jedes medizinische Fach die Ausgangssituation und die erwarteten Bedarfe textlich dargelegt und die strukturellen Entwicklungen als Planungsaussagen beschrieben. Die tabellarischen Darstellungen der Ergebnisse folgen unter Einhaltung der ÖSG-konformen Nomenklatur im Anhang zu diesem Bericht.

Grundsätze und Ziele

Im Sinne einer schrittweisen Anpassung der einzelnen Strukturelemente zur Erreichung der Planvorgaben bis 2025, wird davon ausgegangen, dass die einzelnen Umsetzungsschritte aufeinander abgestimmt erfolgen und ihre Auswirkungen beobachtet werden. Der vorliegende ambulante RSG-S 2025 wurde unter Berücksichtigung der allgemeinen Planungsgrundsätze des beschlossenen ÖSG 2017⁹ erarbeitet. Er stellt einen Schritt in einem iterativen Prozess dar, der seinerseits eine kontinuierliche Anpassung der Versorgungsstrukturen an die sich ebenso ständig entwickelnde Bedarfslage der Bevölkerung ist.

Das Grundprinzip der *integrativen regionalen Versorgungsplanung* beachtet Wechselwirkungen zwischen den Teilbereichen der Versorgung – was jedoch aufgrund der vorliegenden Planung ausschließlich der ambulanten Strukturen außerhalb der LKF-Systematik nur bedingt möglich war. Ein weiteres wesentliches Grundprinzip der Planung der Versorgungsstrukturen ist die *Patientinnenorientierung*.

Weitere dem ÖSG 2017¹⁰ entsprechende Prinzipien wurden in der Planungsmethodik berücksichtigt und sind in die Überlegungen für die endgültige Festlegung der Planzahlen eingeflossen. Diese sind das *Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit*, das *Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit*, das *Qualitätsprinzip*, das *Effektivitäts- und Effizienzprinzip* sowie das *Ökonomieprinzip*. In Summe soll mit diesen Prinzipien eine möglichst gleichwertig zugängliche und an den Bedarf sowie die Nutzungsnotwendigkeit angepasste Struktur sichergestellt werden, die medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvoll strukturiert und dimensioniert ist. Daraus lässt sich auch der zusätzliche Wert der Stärkung der ambulanten Versorgung und der Schaffung und des Ausbaus interdisziplinärer und multiprofessioneller Angebote ableiten und man kommt somit auch dem Prinzip der Leistungserbringung am „*Best Point of Service*“ näher. Genderspezifische Aspekte, prognostizierte demografische, epidemiologische, medizinische und organisatorische Entwicklungen wurden in den Planungen berücksichtigt.

Die Planungsgrundsätze umfassen die Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung mit dem Ausgleich bestehender deutlicher regionaler Unterschiede bei Inanspruchnahme und Leistungserbringung. Das Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit wurde unter Berücksichtigung der Topografie des Bundeslandes und der grenznahen Strukturen, der Verkehrswege und Pendlerbewegungen (Patientenströme) im Sinne einer integrierten überregionalen Versorgungsplanung ebenso berücksichtigt, wie jenes der effizienten Leistungserbringung unter Nutzung von Synergien („Effizienzprinzip“).

Letztlich ist der ambulante RSG-S 2025 ein anwendungsorientierter Plan, den umzusetzen das übergeordnete Ziel in der Phase der Erstellung ist. Demzufolge ist der letzte Schritt in der Erstellung die Abstimmung der rechnerischen Bedarfswerte mit den Auftraggebern. In diesem Schritt werden die Planungsfestlegungen im Lichte der strukturellen, personellen, strategischen und finanziellen Machbarkeit abschließend geprüft. Das Ergebnis dieser Prüfung hat nochmals Auswirkungen auf die dargestellten Planzahlen.

⁹ beschlossen in der B-ZK mit 30.6.2017

¹⁰ siehe dazu ÖSG 2017, Seiten 26 & 27

Es ist ein wesentliches Ziel des Landes Salzburg und der Sozialversicherung, die Versorgungsstrukturen so zu gestalten, dass sie ein langfristig stabil verfügbares System darstellen und der Bevölkerung dauerhaft eine qualitätsvolle Versorgung angeboten werden kann. Eine künftige Gesundheitsversorgung muss auf veränderte Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, epidemiologische, demografische und regionale Entwicklungen und technologische Möglichkeiten reagieren. Veränderungen in der Arbeitswelt der Gesundheitsberufe in Hinblick auf gesetzliche Rahmenbedingungen aber auch auf individuelle Vorstellungen zur Berufsbiografie sind wesentliche zusätzliche Faktoren, denen in einer verantwortungsvollen und langfristigen Planung Rechnung getragen werden soll.

Die Grundsätze und Ziele für die Primärversorgung (allgemeinmedizinische Strukturen), wie sie im ÖSG 2017 definiert sind, sind dabei:¹¹

- Eine umfassende Grundversorgung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen in ausreichender zeitlicher Verfügbarkeit und Wohnortnähe
- Das Fördern von Primärversorgungsstrukturen im Sinne von Zentren und Netzwerken, die in der integrierten regionalen Versorgung eine Schlüsselrolle einnehmen
- Ein forcierter Ausbau von multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungsstrukturen durch die Weiterentwicklung bestehender ambulanter Versorgungsstrukturen und -kapazitäten (vor allem monodisziplinärer Einzelordinationen/-praxen)
- Die Analyse und Planung sämtlicher ärztlicher Primärversorgungsangebote auf Basis gemeinsamer kohärenter Einheiten bzw. vergleichbarer Messgrößen

Die Grundsätze und Ziele der ambulanten Fachversorgung aus dem ÖSG 2017 sind:

- Das Sicherstellen einer bedarfsgerechten Versorgung durch die Gesamtheit aller im ambulanten Bereich tätigen Leistungsanbieter in der jeweiligen Versorgungsregion
- Die Entlastung des akutstationären Bereichs im Sinne des Prinzips „ambulant vor stationär“, um die daraus resultierenden (notwendigen) Strukturveränderungen zu ermöglichen
- Das Fördern von Kooperationen zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor zur besseren gemeinsamen Nutzung bestehender Ressourcen und zur Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote
- Die regional sinnvolle Verortung der ambulanten fachärztlichen Leistungserbringung und der weiteren Gesundheitsberufe auch in interdisziplinären und/oder multiprofessionellen Versorgungsformen innerhalb und außerhalb von Krankenanstalten
- Die Verortung der Leistungserbringer und Zuordnung von Versorgungsaufträgen dort, wo Leistungen bei zumindest gleicher Qualität gesamtwirtschaftlich am günstigsten erbracht werden können („Best Point of Service“)
- Die Analyse und Planung sämtlicher fachärztlicher Versorgungsangebote auf Basis gemeinsamer kohärenter Einheiten bzw. vergleichbarer Messgrößen

¹¹ Siehe dazu ÖSG 2017, Seite 29

Die *präklinische Notfallversorgung* ist nicht Teil der ambulanten Versorgungsstruktur und somit nicht Teil der vorliegenden Planungsaussagen. Als wesentliche Voraussetzung für qualitativ hochwertigen Versorgung fließt sie jedoch in die Planungsüberlegungen mit ein.

Versorgungsfeld Salzburg

Nachstehend finden sich kurze Darstellungen der wesentlichen Charakteristika des Landes Salzburg, die relevant für die Planung zukünftiger ambulanter Versorgungsstrukturen sind.

Verwaltungsstruktur

Das Land Salzburg gliedert sich verwaltungstechnisch in 119 Gemeinden und in sechs politische Bezirke, die wiederum zu zwei Versorgungsregionen (VR) zusammengefasst werden. Die Einteilung in Versorgungsregionen ist ident mit den NUTS-III-Regionen und dient im österreichischen Gesundheitswesen als regionale Ebene der Planung und Ausweisung der Versorgungsstruktur. Das Land Salzburg besteht aus zwei VR (VR 51 - Salzburg-Nord und VR 52 - Pinzgau-Pongau-Lungau).¹² (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017a, Anhang 11, Karte 1) Die Zuordnung der sechs politischen Bezirke zu den beiden Versorgungsregionen in Salzburg, sowie die entsprechenden Bevölkerungszahlen sind in der folgenden Tabelle beschrieben.

VR	Bezeichnung VR	Politische Bezirke	Bevölkerung	Anteil an der Gesamtbevölkerung
VR 51	Salzburg-Nord	Hallein (HA), Salzburg-Stadt (S), Salzburg-Umgebung (SL),	359.244	65,8 %
VR 52	Pinzgau-Pongau-Lungau	Sankt Johann im Pongau (JO), Tamsweg (TA), Zell am See (ZE)	186.571	34,2 %

Tabelle 1: Regionale Gliederung Salzburgs (VR und Bezirke) und Bevölkerungsstand zum 1.1.2016. Quellen: BMGF 2017 und Statistik Austria; Darstellung: EPIG GmbH

Geografie und Topografie

Die Fläche Salzburgs beträgt 7.156 km², dies entspricht 8,5 % der Fläche des gesamten Bundesgebietes. Überwiegende Teile der Landesfläche sind geprägt von Mittel- und Hochgebirgszügen und dementsprechend sehr dünn oder gar nicht besiedelt. Nur 20,9 % davon werden als Dauersiedlungsraum genutzt. Dieser Anteil ist in Salzburg kleiner als in Österreich insgesamt, wo dieser ca. 38,9 % der Gesamtfläche umfasst. Der Bezirk Zell am See ist der flächenmäßig größte Bezirk im Land Salzburg, er nimmt 36,9 % der Gesamtfläche ein. Es folgen St. Johann im Pongau (24,5 %), Tamsweg (14,3 %) und Salzburg-Umgebung (14,0 %). Hallein (9,3 %) und Salzburg-Stadt (0,9 %) sind die flächenmäßig kleinsten Bezirke.

Die landschaftliche Beschaffenheit des nördlichen Landesteils um die Stadt Salzburg herum ist geprägt vom hügeligen und landwirtschaftlich genutzten Alpenvorland und den weitgehend flachen Räumen des Salzachtals und geht Richtung Süden nach Kärnten hin und Richtung Südwesten nach Tirol hin in die gebirgig geprägten Landschaftsteile über, die in teilweise schmalen und teilweise auch brei-

¹² Die Einteilung nach NUTS-III-Regionen weicht davon insofern ab, als die VR 52 aus den beiden NUTS-III-Regionen Lungau (Bezirk Tamsweg) und Pinzgau-Pongau (Bezirke St. Johann im Pongau und Zell am See) zusammengesetzt ist.

teren Tälern und Senken die Haupt-Verkehrswege und wesentlichen Siedlungsräume in sich aufnehmen.

Verkehrswege

Die Hauptverkehrsader durch Salzburg bilden im hochrangigen Verkehrsnetz vor allem die A 1 (Westautobahn) nach Deutschland und die A 10 (Tauernautobahn), die von Norden kommend die Verkehrsachse nach Süden bildet. Im südlichen Teil des Bundeslandes sind es Bundes- und Landesstraßen, über welche die vielen Täler erreichbar sind und die innerhalb Österreichs verlaufenden Verkehrsverbindungen nach Westen hin an Tirol bilden und nach Osten hin über das Enns- und über das Murtal an die Steiermark. Entlang dieser Verkehrswege liegen auch die Siedlungsgebiete innerhalb der gebirgig geprägten Landesteile.

Siedlungsräume

Der zentrale Siedlungsraum des Landes Salzburg sind die Stadt Salzburg selbst sowie die nördlich davon liegenden Landesteile des Flachgaus hin zu Oberösterreich. Allein diese Region beherbergt fast 60 % der Bevölkerung des Landes. Weitere wesentliche Siedlungsräume sind der Raum um Hallein und die Achse nach Süden sowie Bischofshofen und St. Johann im Pongau und die dazwischen liegenden Verkehrswege. Nach Westen hin sind weitere wichtige Siedlungsräume die Region von Zell/See bis Saalfelden einerseits und bis Mittersill andererseits. Nach Osten hin sind noch Radstadt und St. Michael bis Tamsweg zu erwähnen.

Demografische Parameter

Zu Jahresbeginn 2016 zählte das Land Salzburg 545.815 Einwohnerinnen und Einwohner (EW). Nach dem Burgenland und Vorarlberg ist Salzburg damit das bevölkerungsmäßig drittkleinste Bundesland Österreichs, sein Bevölkerungsanteil an der gesamtösterreichischen Einwohnerzahl beträgt somit ca. 6,3 %. Insgesamt liegt der Anteil der Männer bei 48,9 % und ist somit marginal geringer als in Österreich insgesamt, während der Frauenanteil 51,1 % beträgt (Österreich: 49,1 % bzw. 50,9 %).

Altersstruktur

Die Bevölkerung des Landes Salzburg ist im Vergleich zu jener ganz Österreichs etwas jünger. Der Anteil der Personen bis 24 Jahre beträgt 26,5 % (Österreich: 26,1 %) und der Anteil der Personen ab 65 Jahren liegt bei 18,0 % (Österreich: 18,5 %). Der Anteil der Personen zwischen 25 und 64 Jahren ist in Salzburg und Österreich mit 55,5 % exakt gleich hoch. Die Lebenserwartung der Frauen beträgt 84,6 Jahre, die der Männer 80,2 Jahre. Damit liegen die EW Salzburgs etwas über dem österreichischen Schnitt von 84,0 bzw. 79,1 Jahren. Die fernere Lebenserwartung der im Jahr 2016 65 Jahre alten Personen beträgt bei den Männern 18,3 und bei den Frauen 21,5 Jahre. Obwohl die Frauen eine höhere fernere Lebenserwartung haben, ist die Anzahl der Jahre, die ohne Einschränkung verbracht werden

bei beiden Geschlechtern annähernd gleich und beträgt 8,9 Jahre bei den Männern und 8,8 Jahre bei den Frauen.¹³

Bevölkerungsdichte

Im Bundesland Salzburg beträgt die Bevölkerungsdichte unter Zugrundelegung der Wohnbevölkerung vom 1.1.2016 und der Flächenangabe vom 1.1.2012¹⁴ 76 EW je km². Das liegt unter dem österreichischen Durchschnitt von 103 EW je km². Legt man jedoch aus Gründen der Topografie nur die Fläche der Dauersiedlungsräume zugrunde, so beträgt die Bevölkerungsdichte darauf bezogen ca. 367 EW/km² im Land Salzburg gegenüber ca. 269 für Österreich.

Innerhalb des Bundeslandes weisen die Bezirke der VR 51 (HA, S, SL) deutlich höhere Bevölkerungsdichten auf als die der VR 52 (JO, TA, ZE). In Salzburg-Stadt leben 2.300 EW je km² und auch in Salzburg-Land ist die Bevölkerungsdichte mit 148 EW je km² höher als im restlichen Bundesland. Es folgen die Bezirke Hallein (89 EW je km²), St. Johann im Pongau (45 EW je km²), Zell am See (33 EW je km²) und Tamsweg (20 EW je km²).

Entwicklung der Bevölkerungsstruktur

Bis zum Jahr 2025 wird die Bevölkerungszahl des Landes Salzburg um 5,2 % ansteigen und dann knapp 575.000 EW betragen. Dieser Anstieg liegt geringfügig über dem prognostizierten Wert für Österreich von 5,1 %. Die größten Zuwächse werden die Bezirke Salzburg-Umgebung und Hallein mit 7,2 % bzw. 7,0 % verzeichnen und bilden somit eine weitere Konzentration in den wesentlichen Ballungsräumen ab. Die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner in der Salzburg-Stadt wird um 5,2 % wachsen. Da das Wachstum im südlichen Bundesland weniger ausgeprägt ist, wird sich die Ungleichverteilung der Bevölkerungszahlen zwischen den beiden VR weiter verstärken. Allerdings wird in allen politischen Bezirken eine Zunahme der Einwohnerzahlen erwartet.

Der Anstieg der Einwohnerzahl ist nicht gleichmäßig auf alle Altersgruppen verteilt. Der Anteil der Personen bis 24 Jahre wird um 1,1 % sinken, der Anteil der Personen zwischen 25 und 64 Jahren um 3,4 % steigen und in der Gruppe der Personen ab 65 Jahren wird der Anstieg ca. 20,0 % betragen. Das entspricht in der letztgenannten Altersgruppe einer Zunahme von 98.356 auf 118.060 Einwohnerinnen und Einwohner. Damit wird Salzburg in einem höheren Ausmaß älter werden als die österreichische Gesamtbevölkerung, wo der Anstieg der Personen ab 65 Jahren 16,8 % ausmachen sollte. Zudem betrifft dieser Anstieg die einzelnen politischen Bezirke des Landes Salzburg in unterschiedlichem Ausmaß. In der Stadt Salzburg und im Lungau, wo der Anteil der Personen ab 65 Jahren schon im Jahr 2016 am höchsten waren, werden bis 2025 die geringsten Zuwächse erwartet (11,5 % in Salzburg-Stadt und 19,2 % in Tamsweg). In den heute jüngeren Bezirken wie Salzburg-Land beträgt der Anstieg der Personen ab 65 bis zum Jahr 2025 hingegen 26,6 % und in Hallein 25,6 %.¹⁵

¹³ Quelle: Demografische Indikatoren, Statistik Austria.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html, abgerufen am 23.3.2018

¹⁴ Quelle Flächenangaben: Strukturdaten Land Salzburg 2016.

https://www.salzburg.gv.at/statistik/Seiten/strukturdaten_statistik_daten-bezirke.aspx, abgerufen am 20.03.2018

¹⁵ Quelle: Landesstatistik Salzburg - Prognose der Salzburger Bevölkerung am 1.1.2025 nach Bezirken

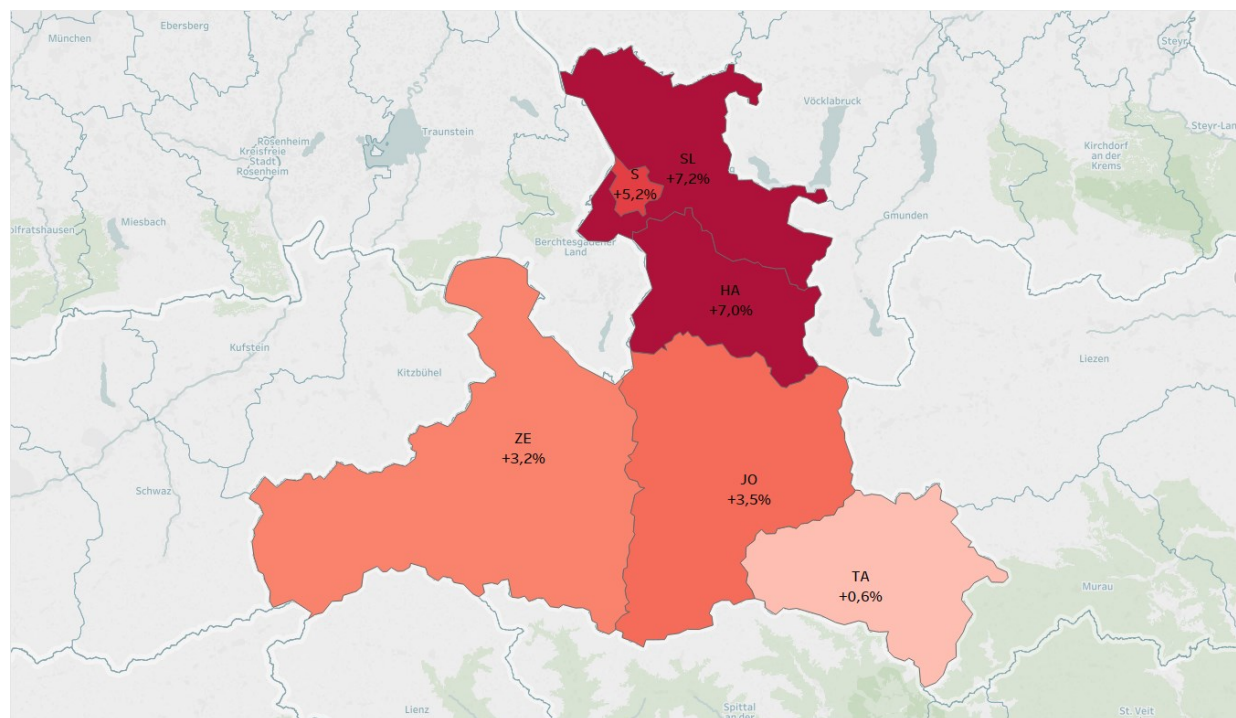


Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung 2016-2025; Quelle: Landesstatistik Salzburg; Darstellung: EPIG GmbH

Pendelbewegungen zum Arbeitsort

2014 zählten 234.098 Personen mit Wohnort im Land Salzburg zu den Erwerbsspendlerinnen und -pendlern. Davon pendelten 63,4 % innerhalb des jeweiligen Wohnbezirks (93.200 innerhalb einer Gemeinde, 55.144 in eine andere Gemeinde eines Bezirks) zwischen Wohn- und Arbeitsort, 28,0 % oder 65.517 Personen pendelten in einen anderen Bezirk innerhalb des Landes Salzburgs und weitere 8,6 % oder 20.237 Personen in ein anderes Bundesland. Die Zahl der regelmäßig zur Arbeit einpendelnden Personen aus anderen Bundesländern betrug 2015 29.502. (Land Salzburg 2017) Da man oftmals auch Gesundheitsdienstleistungen am Arbeitsort nachfragt, ist dieses Verhaltensmuster für die Versorgungsplanung im Gesundheitswesen relevant. Dies gilt auch für jene Regionen mit starkem Tourismusanteil, da diese auch medizinische Versorgung für Gäste aus dem In- und Ausland gewährleisten müssen.

Versorgungsstruktur im Land Salzburg im Überblick

Mit dem 31.12.2016 gab es im Bundesland Salzburg 237 Planstellen für Allgemeinmedizin mit einem §2-Kassenvertrag, das entspricht 4,3 Ärztinnen und Ärzten je 10.000 EW. Weiters standen zu diesem Zeitpunkt 196 Fachärztinnen und Fachärzte mit einem §2-Kassenvertrag gemäß dem im ÖSG 2017 als für RSGs wesentlich definierten Fächerspektrum für die medizinische Versorgung in Salzburg zur Verfügung. Dazu kommen noch 161 Zahnärztinnen und -ärzte (3,0 je 10.000 EW) mit einem §2-Kassenvertrag. Zudem waren 10 Facharzt-Planstellen (davon 5 Planstellen für die im Aufbau befindliche PMR) sowie 12 Zahnarzt-Planstellen zu diesem Zeitpunkt nicht besetzt. In den kasseneigenen Zahnambulatorien der SGKK (Zahngesundheitszentren) standen noch insgesamt 21 Stühle an sechs

Standorten zur Verfügung. Ferner gab es noch zwei Behandlungsstühle im Zahnambulatorium der BVA sowie einen Stuhl der VAEB in den Räumlichkeiten der SGKK.

In der regionalen Verteilung innerhalb des Bundeslandes weist Tamsweg mit 5,4 Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern je 10.000 EW die höchste und Hallein mit 4,0 die geringste Ärztedichte auf. Zählt man die Fachärztinnen und -ärzte dazu, liegt die höchste Ärztedichte mit 14,0 in Salzburg (Stadt), die geringste mit 8,5 im Flachgau.

Die Dichte der Planstellen für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner liegt mit 4,3 je 10.000 EW im Bundesland Salzburg sehr nahe am österreichischen Durchschnitt (4,4). In Tirol, Vorarlberg und Wien ist die Dichte der Planstellen für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner geringer, in den anderen Bundesländern höher. Im Gegensatz zu den Planstellen für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner stehen allerdings in Salzburg, Vorarlberg und Wien mehr fachärztliche Planstellen je 10.000 EW zur Verfügung als in den anderen Bundesländern. Dadurch steigt die Ärztedichte insgesamt auf über 11 je 10.000 EW (11,1 in Salzburg und Vorarlberg, 11,8 in Wien), während der durchschnittliche Wert für Österreich bei 10,6 liegt. In den Fächern Psychiatrie, Dermatologie und Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gibt es im Bundesländervergleich in Salzburg überhaupt die meisten Fachärztinnen und -ärzte je 10.000 EW.¹⁶

Für die intramurale Akutversorgung stehen neun landesfondsfinanzierte Krankenanstalten und ein Unfallkrankenhaus zur Verfügung. Hierbei bilden das LKH Salzburg und die Christian-Doppler-Klinik Salzburg gemeinsam das Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) und stellen somit ein weitgehend komplettes Fächerspektrum im Sinne einer Zentralkrankenanstalt nach §2a (2) KAKuG. All diese Krankenhäuser verfügen gemäß ihren jeweiligen fachlichen Ausrichtungen über ambulante und stationäre Versorgungskapazitäten. 2016 standen in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten in Salzburg 59,6 Betten je 10.000 EW zur Verfügung (Österreich: 52,4). Damit ist Salzburg das Bundesland mit der höchsten Bettendichte in Österreich, gefolgt von Kärnten (57,6 je 10.000 EW) und Tirol (54,6 je 10.000 EW).

¹⁶ Quelle: RSG-Monitoring;

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_ndash_Monitoring; zuletzt geprüft am 4.7.2018

Methodisches Vorgehen

In der Folge ist das methodische Vorgehen für die Berechnung der theoretischen SOLL-Kapazitäten für die primärversorgenden ärztlichen Strukturen und die fachärztlichen ambulanten Strukturen dargestellt. Es handelt sich hierbei um den datengetriebenen analytischen Teil der Planungsarbeiten, die einen wesentlichen Schritt im gesamten Planungsprozess umfassen. Die Methode ist vielfach erprobt und basiert auf der bekannten Verfügbarkeit und Qualität der relevanten Daten aus diesem ambulanten Versorgungsbereich.

Planungsgrundlagen

Den strukturellen Rahmen und damit die Ausgangsbasis der Planungsarbeiten bildet die im Land Salzburg bestehende gesamte ambulante Versorgungsstruktur im allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Bereich. Die Planungsüberlegungen berücksichtigen alle verbindlichen Vorgaben des ÖSG 2017 einschließlich der relevanten Richtwerte. Der Planungsbereich umfasst folgende ambulante Versorgungselemente:

- niedergelassene Ärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin mit §2-Kassenvertrag sowie jene mit einem Vertrag mit bundesweiten Versicherungsträgern (inklusive Gruppenpraxen)
- niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte mit §2-Kassenvertrag sowie jene mit einem Vertrag mit bundesweiten Versicherungsträgern (inklusive Gruppenpraxen)
- alle Krankenhausambulanzen der Fondskrankenanstalten im Bundesland Salzburg sowie des Unfallkrankenhauses Salzburg der AUVA
- SV-eigene Ambulatorien und Vertragsinstitute
- Sämtliche Kontakte auf Wahlarztbasis, sofern eine Kostenrückerstattung dazu existiert

Die integrale Versorgungsplanung erfolgt für jeden medizinischen Fachbereich gesondert und basiert auf den Daten des tatsächlichen Leistungsgeschehens des Jahres 2016. Die softwaregestützte Datenanalyse wurde auf Ebene von Einzel-Patientenkontakten (Frequenzen) als kleinste vergleichbare Einheit über alle Versorgungssektoren hinweg, durchgeführt. Die Ermittlung der Versorgungswirksamkeit aller ambulanten ärztlichen Strukturen erfolgt anhand des methodischen Ansatzes der *Standardversorgungseinheiten (SVE)*. Diese Maßzahl ermöglicht einen objektiven und gesamthaften Vergleich der quantitativen Versorgungswirksamkeit aller Strukturen im ambulanten Bereich auf Ebene der Frequenzen, unabhängig von strukturspezifischen und praktisch nicht fassbaren Merkmalen wie personeller Ausstattung, Öffnungszeiten oder sonstigen organisatorischen Rahmenbedingungen.

Datenbasis

Die Planungen erfolgten auf Basis der Daten des tatsächlichen Leistungsgeschehens des Jahres 2016 innerhalb des Bundeslandes Salzburg inklusive in- und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten und unter Berücksichtigung aller Salzburgerinnen und Salzburger, die außerhalb Salzburgs ambulant in extramuralen Einrichtungen versorgt wurden.

extramurale Versorgung

Für die niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte und die selbstständigen Ambulatorien (Kassenambulatorien sowie Vertragsinstitute) wurden die in den Folgekostendatensätzen (FOKO) der Sozialversicherung des Jahres 2016 dokumentierten Frequenzen in anonymisierter Form verwendet. Enthalten sind auch all jene Frequenzen bei Wahlärztinnen und Wahlärzten, die mit der jeweiligen Krankenkasse rückverrechnet wurden und somit in den Folgekostendatensätzen dokumentiert waren. Folgende Datensätze standen für die softwaregestützten Analysen des extramuralen Bereichs zur Verfügung:

- die FOKO-Daten aller Gebietskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen, der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), der Sozialversicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)
- die Daten von Rückverrechnungen mit Fremdkassen (ausländische Patientinnen und Patienten)

intramurale ambulante Versorgung

Für die Analysen des Versorgungsgeschehens im intramuralen ambulanten Sektor standen die ADOK-Satzarten A01 bis A03 aller Fondskrankenanstalten im Bundesland Salzburg sowie die Krankenhausambulanzdaten des Unfallkrankenhauses Salzburg zur Verfügung.

Datenlimitationen

Die Frequenzen von Salzburgerinnen und Salzburgern in Krankenhausambulanzen außerhalb des Bundeslandes Salzburg standen für die Analysen nicht zur Verfügung. Nicht verfügbar waren zudem die Daten der Gruppenversicherungen für Berufsstände mit Versicherungspflicht (wie beispielsweise Notarinnen und Notare, Wirtschaftstreuhänderinnen und -treuhänder). Dies hat jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen keinen merklichen Einfluss auf die Planungsergebnisse.

Bei einer geringen Anzahl an Fällen mussten Datenkorrekturen durchgeführt werden, vor allem hinsichtlich fehlender Wohnortsangaben, fehlender Altersangaben oder des fehlenden Geschlechts. In diesen Fällen wurden unter Berücksichtigung der Verteilung von Bevölkerungscharakteristika innerhalb des Bundeslandes Salzburgs und der Inanspruchnahme entsprechender Fachbereiche statistische Korrekturverfahren angewandt.

Planungsprozess

Der Analyse- und Planungsprozess erfolgt für jeden Fachbereich getrennt und berücksichtigt die zielbezogene Perspektive der Versorgungsstrukturen sowie die quellbezogene Perspektive der Inanspruchnahme durch die Wohnbevölkerung.

Der Prozess der softwaregestützten Datenanalyse und Bedarfsprognostik umfasst die nachfolgend abgebildeten Module und beginnt mit der umfangreichen Betrachtung der IST-Struktur, des quantitativen IST-Leistungsgeschehens (Frequenzen) und des IST-Inanspruchnahme-Verhaltens der Wohnbevölkerung. Diese Analysen ergeben die bestehenden strukturell bedingten Ungleichheiten und potenziellen Handlungsfelder.

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

Aus den theoretischen SOLL-Ergebnissen wird im dritten Schritt die tatsächliche quantitative Festlegung der zukünftig benötigten Strukturen je Fachbereich, Region und Versorgungssektor abgeleitet. Dieser Schritt erfolgt unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten, der Charakteristik der umliegenden fachgleichen Versorgungsstrukturen, strategischer Überlegungen und der qualitativen Kenntnis der einzelnen Strukturen. Dieser Abstimmungsprozess bindet die für die Strukturen im Land Salzburg Verantwortlichen maßgeblich mit ein.

Nachstehend ist der Planungsprozess schematisch skizziert. In der Folge wird der Planungsalgorithmus im Detail dargelegt.



Abbildung 2: Darstellung der Module zur Planung des ambulanten ärztlichen Versorgungsbereichs

Planungsalgorithmus

IST-Analyse

Die Analyse der derzeitigen Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen des ambulanten Bereichs erfolgt durch die Betrachtung des gesamten Leistungsgeschehens auf Ebene von Einzelkontakten. Ein Kontakt entspricht einer Patientin oder einem Patienten, der an einem bestimmten Tag bei einem bestimmten ärztlichen Leistungserbringer (extramural, KH-Ambulanz, Ambulatorium), unabhängig von der Zahl der dabei erbrachten oder verrechneten Einzelleistungen, ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. Leistungen, die von Ärztinnen und Ärzten ohne §2-Kassenvertrag erbracht wurden, werden sowohl in der Analyse des aktuellen Leistungsgeschehens als auch in der SOLL-Planung berücksichtigt, da sie versorgungswirksam sind. Da sich Wahlarztordinationen jedoch wegen der Niederlassungsfreiheit einer Struktur- und Standortplanung auf Ebene von Planstellen entziehen, können dazu keine planerischen Aussagen im SOLL 2025 getätigt werden.

Zu Vergleichszwecken erfolgte die Berechnung von Raten nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung in Bezug zur Salzburger Gesamtbevölkerung sowie normiert auf die Einwohnerzahl des jeweiligen Bezirks. Für die IST-Analyse werden folgende relevante Informationen aufbereitet:

- Quellbezogene Frequenzzahlen insgesamt und getrennt nach §2-Bereich, KH-Ambulanzen, Nicht-§2-Bereich, Ambulatorien sowie außerhalb des Landes Salzburg, absolut und standardisiert
- Inanspruchnahmeraten, je Wohnbezirk und je Sektor, standardisiert

- Pendlerverhalten zwischen allen Wohnbezirken und den Bezirken der Leistungserbringung, je Sektor

Die Normierung der versorgungswirksamen Kapazitäten aller ambulant tätigen Strukturen zum Zwecke der Vergleichbarkeit erfolgt auf Ebene der *Standardversorgungseinheiten (SVE)*. Für jeden medizinischen Fachbereich wird dazu auf Basis des tatsächlichen Leistungsgeschehens im Bundesland Salzburg die Gesamtfrequenzzahl definiert, die einer Standardversorgungseinheit entspricht. Dieser Wert ergibt sich aus einer detaillierten Analyse der Versorgungswirksamkeit aller §2-Kassenplanstelleninhaber und ist unabhängig davon, in welcher Versorgungsstruktur die Erbringung der Leistungen erfolgte oder die Vorhaltung der Kapazitäten zu geschehen hat. Dazu erfolgt einer Verteilungsanalyse der Versorgungswirksamkeit mit den wesentlichen Verteilungsparametern (Median, Quartile, Mittelwert, Minimum, Maximum...).

Für jede einzelne Fachgruppe erfolgt die Analyse der Inanspruchnahme auf Basis der Wohnbevölkerung (quellbezogene Frequenzen) auf Ebene der Gemeinden im Bundesland Salzburg, nach Geschlechtern und Alterskohorten getrennt. Die daraus ermittelte Leistungsdichte (alters- und geschlechtsstandardisierte Frequenzen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner der jeweiligen Gemeinde) dient der Beschreibung des regionalen Inanspruchnahme-Verhaltens und bildet neben der strukturellen Analyse die Grundlage der SOLL-Planungsschritte.

SOLL-Planung

Die Planungsaussagen in Bezug auf die zukünftig benötigten ambulanten Versorgungsstrukturen basieren auf normativen Adaptionen jener Parameter, die aus dem Inanspruchnahme und Leistungserbringungsverhalten abgeleitet werden können. Die Analyseprozesse der SOLL-Planung berücksichtigen dabei folgende Parameter:

- die demografische Entwicklung:
zum Planungshorizont erwartete Frequenzmenge, getrennt nach jeweiligem Fachbereich, Wohngemeinde, Geschlecht und Altersgruppe, abhängig von der Bevölkerungsprognose
- die relative Frequenzdichte (RFD):
gibt an, wie stark das quantitative Inanspruchnahme-Verhalten der Bevölkerung einer Wohngemeinde von der Gesamtbevölkerung des Bundeslandes Salzburg abweicht
- die IST-Leistungsanteile der einzelnen Versorgungssektoren:
die rohen und standardisierten Anteile an den Gesamtfrequenzen für §2-Ärztinnen und Ärzte, Nicht-§2-Ärztinnen und -Ärzte, selbstständige Ambulatorien und Institute, Krankenhaus-Ambulanzen und niedergelassene Leistungserbringer außerhalb des Bundeslandes Salzburg
- der Nicht-§2-Faktor:
gibt an, wie stark der Anteil an bei Nicht-§2-ÄrztInnen und -Ärzten in Anspruch genommenen Frequenzen einer Wohngemeinde von jenem des Bundeslandes Salzburg abweicht
- der Ambulanzfaktor:
gibt an, wie stark der Anteil an in KH-Ambulanzen in Anspruch genommenen Frequenzen einer Wohngemeinde von jenem des Bundeslandes Salzburg abweicht
- der Pendleranteil:
der Anteil an außerhalb des Wohngemeinde in Anspruch genommenen Frequenzen

Darüber hinaus wird das Leistungsgeschehen je Fachbereich und Wohngemeinde nach den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen analysiert, um die Versorgungswirksamkeit der einzelnen Leistungserbringer festzustellen. Dabei fließen Überlegungen zu Leistungsverlagerungen zwischen den einzelnen Sektoren des ambulanten Versorgungsbereichs ebenso ein, wie die Analyse der kleinräumigen und überregionalen Patientenströme.

Die Adaptionsschritte zur Ermittlung der zukünftig benötigten Strukturen erfolgt anhand von Benchmarking-Prozessen für die genannten Planungsparameter auf Ebene der Wohngemeinden im Bundesland Salzburg. Die Benchmarks werden durch Reihung der Werte des jeweiligen Parameters der Größe nach und je Wohngemeinde erreicht, wobei jener Wert als Benchmark für die SOLL-Planung fungiert, ab dem die Summe der Einwohnerinnen und Einwohner der gereihten und einbezogenen Wohngemeinde mindestens die Hälfte der Gesamtbevölkerung des Bundeslandes Salzburg überschreitet. Anhand der Benchmarking-Prozesse werden die einzelnen Planungsparameter nach den folgenden Festlegungen normativ angepasst:

- die Inanspruchnahme (standardisierte Leistungsdichte) durch die Bevölkerung je Wohnbezirk wird mit einem Toleranzintervall von $\pm 15\%$ um den Benchmark angepasst
- der Anteil jener, die für die Inanspruchnahme einer §2-Ärztin, eines §2-Arztes oder einer Krankenhausambulanz aus dem Wohnbezirk pendeln, soll folgende Grenzen nicht überschreiten:
 - o für die Fachbereiche CH, GGH, IM und KI: $\leq 20\%$ (flächendeckende Struktur auch in der Peripherie notwendig, jedoch nicht primärversorgend)
 - o alle weiteren Fachbereiche: $\leq 50\%$ (regionale Ausgewogenheit, jedoch nicht zeitkritisch und nicht primärversorgend)
- Der Anteil der bei einer Nicht-§2-Ärztin oder einem Nicht-§2-Arzt nachgefragten Frequenzen sowie jener in einer fachspezifischen Krankenhaus-Ambulanz wird mit einem Toleranzbereich von $\pm 15\%$ um den Benchmark je Wohnbezirk angepasst. Diese Anpassung geschieht im Zusammenhang mit der Versorgungswirksamkeit der regional ansässigen §2-Vertragsärztinnen und -Ärzte.
- Die Festlegung der Frequenzzahlen, die je Fachgruppe einer *Standardversorgungseinheit (SVE)* entsprechen, wird anhand des tatsächlichen Leistungsgeschehens zu allen §2- Ärztinnen und Ärzten durchgeführt.

Nach den beschriebenen Adaptionsschritten erfolgt die Transformation der quellbezogenen Planfrequenzzahlen (Ebene der Wohnbevölkerung) auf die Ebene des Orts der medizinischen Leistungserbringung. Dazu werden die Planfrequenzen anhand der angepassten Patientenströme den einzelnen Versorgungssektoren je politischen Bezirk der Leistungserbringung zugeordnet. Dabei werden die Patientenströme von Salzburgerinnen und Salzburgern aus dem Bundesland hinaus ebenso berücksichtigt wie jene der Gastpatientinnen und Gastpatienten anderer Bundesländer oder aus dem Ausland, welche in das Bundesland Salzburg zu Arbeitszwecken einpendeln oder hier ihren Urlaub verbringen.

Planzahlen

Die Planungsfestlegungen zu den zukünftigen ambulanten Versorgungsstrukturen werden in unterschiedlicher regionaler Granularität auf Ebene des gesamten Bundeslandes Salzburg und der Versorgungsregionen Salzburg-Nord sowie Pinzgau-Pongau-Lungau im Anhang in tabellarischer Form unter

Einhaltung der im ÖSG 2017 festgelegten Systematik zur Planzahlendarstellung für die RSGs dargestellt. Dabei werden die für den Planungshorizont 2025 benötigten Versorgungskapazitäten je medizinisches Fach in SVEs gesamt und aufgeteilt für den spitalsambulanten und den extramuralen Bereich dargelegt. Für die Allgemeinmedizin werden die davon in Primärversorgungseinheiten vorzuhaltenden Versorgungskapazitäten nochmals gesondert ausgewiesen.

Eine Standardversorgungseinheit (SVE) entspricht der zu Grunde gelegten Versorgungswirksamkeit einer ärztlichen Ordination mit einem Vertrag mit einer §2-Krankenkasse des jeweiligen Faches. Krankenhaus-Ambulanzen und Ambulatorien haben personell und organisatorisch entsprechend den zugewiesenen Bedarfsangaben Sorge zu tragen, dass eine solche Versorgungswirksamkeit einer §2-Planstelle des jeweiligen Faches erreicht werden kann.

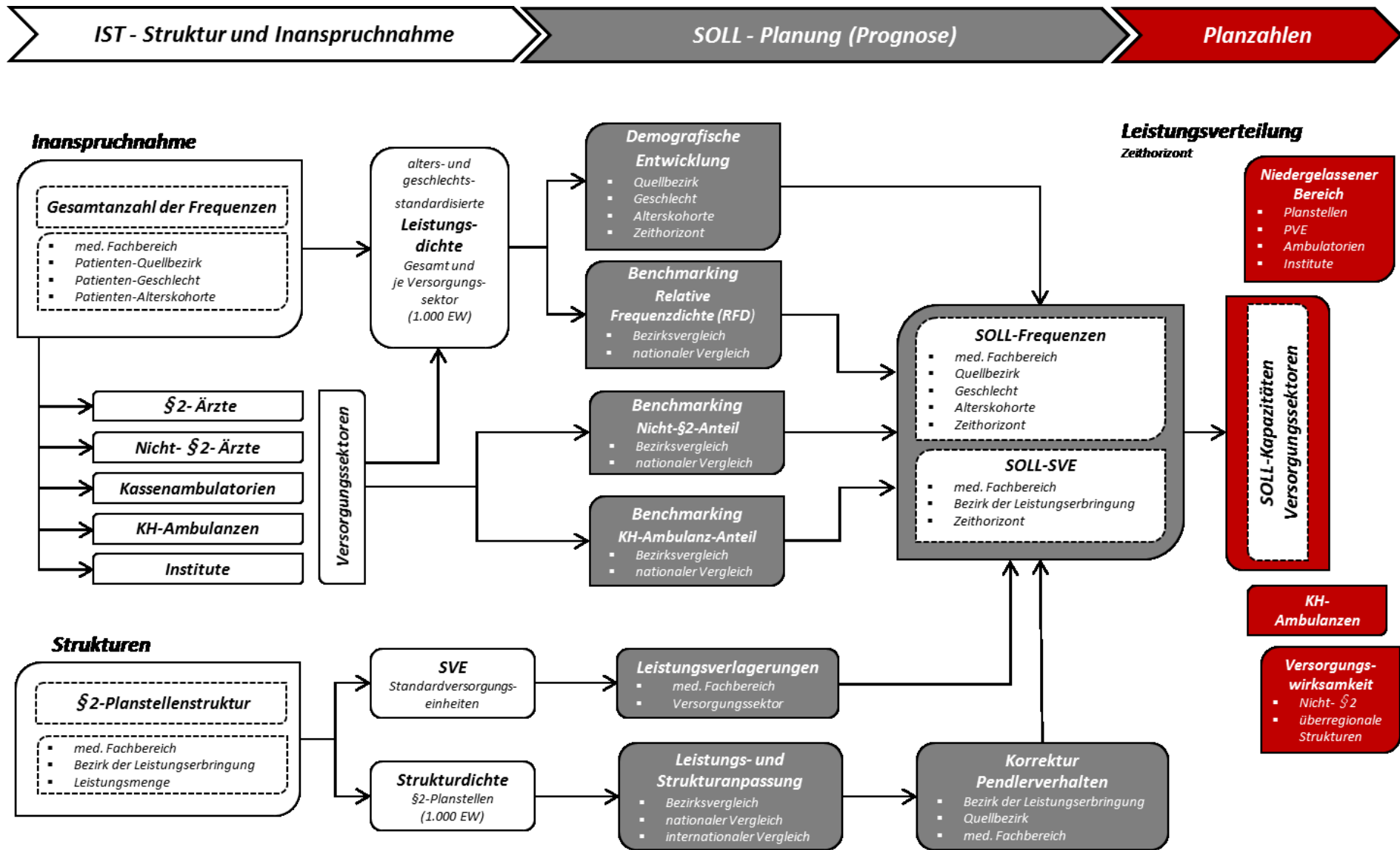


Abbildung 3: schematische Darstellung des Planungsalgorithmus zur ambulanten Versorgungsstruktur

Primärversorgung

Es ist erklärtes Ziel, in Einklang mit der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit die Primärversorgung im Land Salzburg zu stärken. Demgemäß wird im Zuge der Umsetzung der Vorgaben des vorliegenden RSG-S 2025 der Aufbau von Primärversorgungseinrichtungen im Sinne des §2 Primärversorgungsgesetzes (PrimVG, BGBl. I Nr. 131/2017) als Teil der allgemeinmedizinischen Versorgung der Bevölkerung angestrebt.

Die gesetzliche Definition der Primärversorgung findet sich in §3 Z7 G-ZG. Sie ist die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen. Insofern ist die Allgemeinmedizin die zentrale ärztliche Komponente der Primärversorgung. Die Anforderungen zeigen jedoch, dass dazu neue Organisationsformen und kooperative Arbeitsmodelle notwendig sein werden.

Zielsetzung in der Primärversorgung

Zweck der Forcierung primärversorgender Strukturen ist die Schaffung eines bedarfsgerechten und niederschweligen medizinischen Angebots und die Verbesserung einer Betreuungskontinuität bei chronischen Versorgungsbedarfen. Zielsetzung ist es außerdem, dass diese Einrichtungen aufgrund ihrer Öffnungszeiten für akute Versorgungsbedarfe außerhalb der Notfallversorgung leicht zugänglich sind und aufgrund der professionellen Breite des Angebots weitestgehend fallabschließend arbeiten. Dazu ist eine Vernetzung in angrenzende Versorgungsbereiche der Pflege und der psychosozialen Versorgungsstrukturen notwendig. Durch den Aufbau von Primärversorgungseinrichtungen soll eine gut erreichbare, auch aufsuchende Versorgung gewährleistet werden, die die Wege für Patientinnen und Patienten durch die Bündelung von Versorgungsleistungen an einem Ort minimiert und verbessert koordiniert. Damit soll der Druck auf die ambulante Facharztversorgung als zweite, spezialisierte Versorgungsebene reduziert werden und diese sich in der Folge stärker auf fachlich spezifische Bedarfe abseits der unmittelbaren Akutversorgung ausrichten können.

Darüber hinaus sollen damit im Sinne des Gesetzgebers jungen Ärztinnen und Ärzten neben der selbständig geführten Einzelordination neue Arbeitsorganisationsmodelle angeboten werden, die die Attraktivität der allgemeinmedizinischen Versorgung für die Berufsausübenden vor allem außerhalb von Ballungsräumen wieder steigert und dazu beiträgt, dass langfristig ausreichend personelle Ressourcen für eine gesicherte Versorgung vorhanden sein werden.

Versorgungsfunktionen der Primärversorgung

Die Anforderungen an Primärversorgungseinrichtungen und der Leistungsumfang derselben sind in den §§4-5 des PrimVG geregelt. Sie stellen Mindestanforderungen dar, die gemäß regionalen Sonderbedarfen noch erweitert werden können. Die Regelungen zielen ganz klar auf die zeitlich wie örtlich gute Erreichbarkeit ab, um Akutfälle versorgen zu können. Neben der Gewährung von Hausbesuchen ist die Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung wesentliche Aufgabe der Primärversorgung.

Das bedeutet letztlich die Begleitung, bei dauerhafter Versorgungsnotwendigkeit, auch zwischen den unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen und auch intersektoral.

Die Primärversorgung dient allen Altersgruppen in adäquater Weise und steht Menschen mit chronischem Versorgungsbedarf ebenso, ihrer Versorgungsnotwendigkeit entsprechend, zur Verfügung wie jenen mit akuten Bedarfen. Sie dienen jedoch auch der Gesundheitsförderung und Prävention. Akutbehandlungen müssen ihrem Schweregrad entsprechend möglichst abschließend erfolgen. Primärversorgungseinheiten haben über ein Versorgungskonzept zu verfügen (§6, PrimVG).

Die technische und die personelle Ausstattung von Primärversorgungseinrichtungen müssen den Anforderungen, die sich aus den Versorgungsaufgaben heraus ergeben, jedenfalls entsprechen. Die personelle Zusammensetzung umfasst im Kernteam jedenfalls die Allgemeinmedizinerin oder den Allgemeinmediziner mit Personal aus den gehobenen Diensten der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und einer Ordinationsassistentin. Weitere Berufsgruppen sollten jedenfalls zusätzlich eingebunden sein ("Das Team um den Hausarzt". Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Bestehende allgemeinmedizinische Versorgung

Im Land Salzburg waren im Jahr 2016 237 Planstellen für Allgemeinmedizin mit einem §2-Kassenvertrag (VR 51: 153, VR 52: 84) besetzt. Im Stellenplan der SGKK waren mit Ende des Jahres 2016 eigentlich 244 Planstellen vorgesehen gewesen, sieben davon waren nicht besetzt.

Im Jahr 2016 wurden im Land Salzburg insgesamt 3,97 Mio. allgemeinmedizinische Arztkontakte erbracht, weitere 53.000 solche Kontakte an Salzburgerinnen und Salzburgern erfolgten außerhalb des Landes Salzburg. Der Anteil an Gastpatientinnen und -patienten an diesen Kontakten betrug 10,7 %. Im Durchschnitt hatte somit jede Salzburgerin und jeder Salzburger 6,53 Arztkontakte in der Allgemeinmedizin im Jahr 2016. Die Inanspruchnahme durch die Bevölkerung ist weitestgehend homogen und reicht von 86 % Inanspruchnahme gegenüber dem Landesdurchschnitt für die Bevölkerung der Landeshauptstadt bis 117 % für die Bevölkerung im Pongau. Mehr als 95% aller allgemeinmedizinischen Kontakte finden im jeweils eigenen Wohnbezirk statt.

Insgesamt wurden im Land Salzburg im Jahr 2016 256,1 SVEs in der Allgemeinmedizin erbracht, davon 245,7 (96 %) im Vertragsbereich mit den Krankenkassen.

Strukturelle Anpassungen bis 2025

Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur und die Weiterentwicklung der Aufgaben der Primärversorgung lassen einen deutlich steigenden Kapazitätsbedarf in der allgemeinmedizinischen Primärversorgung erwarten. Mit der entsprechenden Anpassung der Kapazitäten soll auch für eine suffiziente Primärversorgung zur Entlastung fachärztlicher Strukturen gesorgt werden.

Für das Jahr 2025 ist folglich eine Aufstockung der allgemeinmedizinischen ärztlichen Planstellen geplant. 15 Planstellen sind ausschließlich für die Entwicklung von Primärversorgungseinrichtungen im Sinne des §2 PrimVG vorgesehen. Ferner sollen neue Zusammenarbeitsformen wie Gruppenpraxen gefördert werden. Wenn sich PVE aus bestehenden Strukturen bzw. Stellen entwickeln, können ungenutzte Aufstockungsstellen auch für die Entwicklung anderer Zusammenarbeitsformen wie Gruppenpraxen herangezogen werden. Es werden keine weiteren Einzelordinationen über die bestehenden hinaus errichtet. Wenn sich bestehende Einzelordinationen zur Zusammenarbeit in Gruppenpraxen

bzw. neuen, innovativen Zusammenarbeitsformen entschließen, die in der Versorgung von Patientinnen und Patienten Verbesserungen bewirken (z.B. durch längere Öffnungszeiten), wird das ausdrücklich begrüßt. Es ist angestrebt, mindestens fünf Primärversorgungseinrichtungen bis zum Jahr 2025 zu entwickeln. Jedenfalls vorgesehen sind zumindest je eine PVE in den Bezirken Hallein, Zell am See und St. Johann im Pongau sowie zwei im Flachgau.

Jede der Primärversorgungseinheiten sollte in der Regel aus zumindest drei Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmedizinern sowie diplomiertem Pflegepersonal und weiteren Gesundheitsberufen bestehen und das Leistungsspektrum gemäß §§4-5 PrimVG sicherstellen können. Sie soll über ein Versorgungskonzept verfügen und sich als koordinierende und leitende Stelle für seine Patientinnen und Patienten durch das Versorgungssystem verstehen. Es wird davon ausgegangen, dass aufgrund der Teamorientierung und Multidisziplinarität sowie der erweiterten Öffnungszeiten eine PVE eine durchschnittlich deutlich höhere Versorgungswirksamkeit in der Allgemeinmedizin entfalten kann, als die vergleichbare Zahl an Planstellen es in Einzelordinationen tun kann.

Für die Errichtung der zumindest fünf Primärversorgungseinheiten wird jener Weg favorisiert, in dem bestehende allgemeinmedizinische Einzelordinationen oder Gruppenpraxen um zusätzliches ärztliches und nicht-ärztliches Personal erweitert werden und die volle Funktionalität entwickeln, um den gesetzlichen Anforderungen an eine Primärversorgungseinheit zu entsprechen. Je nach Region und je nach den beteiligten Akteuren können jedoch auch andere Wege gefunden werden, um Primärversorgungseinheiten entstehen zu lassen. Dies kann der Zusammenschluss bestehender Einzelordinationen zu Primärversorgungseinheiten, primär an einem Ort, je nach Region auch als Netzwerk gemäß §2 (5) PrimVG ebenso sein, wie die Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums gemäß §10 PrimVG. Wichtig ist, dass die Errichtung von Primärversorgungseinheiten, egal auf welchem der dargestellten Wege dies geschehen soll, immer nur nach dem Prinzip der Freiwilligkeit aller Beteiligten erfolgen kann.

Die Wirkung und das Funktionieren dieser neu errichteten Einrichtungen sollte in der Folge evaluiert und begleitet werden.

Ambulante fachärztliche Versorgung

Nachfolgend wird für jedes medizinische Fach abseits der Allgemeinmedizin ein kurzer Abriss über die Ist-Versorgung auf Basis des Jahres 2016 gegeben und in der Folge die zukünftige Strukturentwicklung, die in den Planzahlen abgebildet ist, kurz textlich dargelegt. Die Planzahlen selbst finden sich ÖSG-konform im tabellarischen Teil des Anhangs.

Unabhängig davon, wie die nachstehend dargestellten fachspezifischen Entwicklungen aussehen, wird grundlegend festgehalten, dass eine schrittweise Bündelung von ambulanten fachärztlichen Versorgungskapazitäten nach Möglichkeit angestrebt werden soll, um die Versorgungswirksamkeit durch verbesserte Kommunikation, Patientenweiterleitung und Prozessabstimmungen zu erhöhen. Dies kann sowohl in unterschiedlichen Organisationsformen (insbesondere Gruppenpraxen) als auch - je nach fachlicher Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit - in mono- und polycoloren Zusammensetzungen erfolgen und wird regional bedingten Unterschieden unterliegen. Der geplante Ausbau hat, außer in Fällen, wo es z.B. aufgrund regionaler Gegebenheiten nicht anders möglich ist, nicht in Form von neuen Einzelplanstellen zu erfolgen. Die langfristige Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung außerhalb von Ballungsräumen soll auch über die verstärkte Kooperation der Krankenhausträger von kleinen Krankenhausstandorten mit wenigen medizinischen Fachabteilungen mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten erreicht werden. Dadurch soll ein breiteres und abgestimmtes ambulantes fachärztliches Angebot an diesen Standorten geschaffen werden. Entsprechende Organisations- und Finanzierungsmodelle sollen in weiterer Folge ausgearbeitet werden.

Augenheilkunde

Mit Ende des Jahres 2016 bestanden im Land Salzburg die Ambulanzen an der Abteilung für Augenheilkunde am LKH Salzburg sowie jene am Tauernklinikum, am Standort Zell am See. Dazu kamen 26 Planstellen mit einem Vertrag mit der SGKK (VR 51: 18, VR 52: 8). Es erfolgten im Jahr 2016 0,42 Arztkontakte je Einwohnerin und Einwohner. Der Anteil an Gastpatientinnen und Gastpatienten an allen fachspezifischen Arztkontakten im Jahr 2016 betrug 16,8 %. Die quellbezogene Inanspruchnahme durch die Bevölkerung ist in allen Bezirken weitgehend homogen. Insgesamt wurden im Land Salzburg im Jahr 2016 35,6 SVEs in der Augenheilkunde erbracht, davon 24,9 im Vertragsbereich mit den Krankenkassen.

Es ist davon auszugehen, dass die bestehenden Versorgungsstrukturen adäquat sind und nur ein geringer Ausbau notwendig ist, um den erwarteten Bedarf auch im Jahr 2025 ausreichend abdecken zu können. Im Lungau wird eine verstärkte Kooperation zwischen dem Krankenhausträger und dem niedergelassenen Bereich in diesem Fach angestrebt.

Allgemeinchirurgie

Mit Ende des Jahres 2016 bestand an jedem Krankenhausstandort im Land Salzburg, mit Ausnahme der Christian-Doppler-Klinik in der Stadt Salzburg, der Landesklinik in St. Veit im Pongau und des UKH Salzburg eine oder mehrere allgemein chirurgische Ambulanzen. Dazu kamen neun besetzte Planstellen mit einem Vertrag mit der SGKK. Drei dieser Vertragsärztinnen und -ärzte bieten speziell Leistungen

der gefäßchirurgischen Versorgung an (2 in S, 1 in JO). Eine der Planstellen in der VR 52 ist auch deziert als gefäßchirurgische Planstelle im Stellenplan enthalten.

Es erfolgten im Jahr 2016 0,19 allgemeinchirurgische Arztkontakte je Einwohnerin und Einwohner. Der Anteil an Gastpatientinnen und Gastpatienten an allen fachspezifischen Arztkontakten im Jahr 2016 betrug 16,3 %. Insgesamt wurden im Land Salzburg im Jahr 2016 32,8 SVEs in der ambulanten Allgemein Chirurgie erbracht, davon 9,3 im Vertragsbereich mit den Krankenkassen.

Bei weitgehend homogener Versorgungswirksamkeit der Planstelleninhaber und erwarteter Maßen gleichbleibendem Versorgungsbedarf bis 2025 bleibt die bestehende Versorgungsstruktur bis 2025 unverändert. Im Anschluss an diesen RSG-S 2025 sollen in einer Arbeitsgruppe Modelle zu möglichen Leistungsverschiebungen zwischen den ambulanten intramuralen und extramuralen Versorgungsbereichen ausgearbeitet werden (siehe dazu Kapitel 7.2).

Dermatologie

Im Jahr 2016 bestanden eine Ambulanz für Dermatologie am LKH Salzburg sowie stellenplankonform 17 besetzte Planstellen für Dermatologie (VR 51: 11, VR 52: 6) mit §2-Kassenvertrag. Im Durchschnitt hatte jede Salzburgerin und jeder Salzburger 0,42 Arztkontakte in der Dermatologie im Jahr 2016. Der Anteil an Gastpatientinnen und -patienten an diesen Kontakten betrug 16,3%. Die Inanspruchnahme durch die Bevölkerung ist deutlich unterschiedlich und liegt im Bezirk Tamsweg nur bei 57 % des Landesdurchschnitts und in der Stadt Salzburg um 36 % darüber. Es besteht eine hohe Variabilität in der Zahl der erbrachten Kontakte je §2-Ordination und Jahr und damit in der Versorgungswirksamkeit je Planstelle. Insgesamt wurden im Land Salzburg im Jahr 2016 22,1 SVEs in der ambulanten Dermatologie erbracht, davon 15,3 im Vertragsbereich mit den Krankenkassen.

Es wird von einem leichten Zuwachs an Bedarf bis zum Jahr 2025 ausgegangen.

Gynäkologie und Geburtshilfe

Die ambulante gynäkologische und geburtshilfliche Versorgung im Land Salzburg erfolgt in Krankenhausambulanzen in der Landeslinik in Hallein, am LKH Salzburg und im KH der Barmherzigen Brüder in Salzburg sowie in der Kardinal Schwarzenberg Klinik in Schwarzach, in der Tauernklinik, Standort Zell am See, und in der Landeslinik Tamsweg sowie in insgesamt 27 besetzten §2-Kassenplanstellen (VR 51: 18, VR 52: 9). Ca. 11,4 % aller Kontakte erfolgen durch nicht in Salzburg wohnhafte Patientinnen und Patienten. Die weitgehend homogene Inanspruchnahme beträgt durchschnittlich 0,84 Kontakte je Einwohnerin im Jahr 2016. Insgesamt wurden im Land Salzburg im Jahr 2016 38,4 SVEs in der GGH erbracht, davon 24,9 im Vertragsbereich mit den Krankenkassen.

Bis 2025 wird ein geringfügiger Bedarfszuwachs erwartet, der jedoch mit den bestehenden Kapazitäten durchaus gedeckt werden kann. Im Lungau wird eine verstärkte Kooperation zwischen dem Krankenhausträger und dem niedergelassenen Bereich in diesem Fach angestrebt.

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Die ambulante Versorgung in der HNO findet in den Ambulanzen des LKH Salzburg, der Kardinal Schwarzenberg Klinik in Schwarzach und der Tauernklinik sowie in insgesamt 14 besetzten §2-

Kassenplanstellen (VR 51: 9, VR 52: 5) statt. 13,5% aller Kontakte erfolgen bei Nicht-Salzbürgerinnen und -Salzburgern, mit einer um 17 % höheren Inanspruchnahme durch Bewohnerinnen und Bewohner der Stadt Salzburg und des Pongaus als im Landesschnitt. Insgesamt wurden im Land Salzburg im Jahr 2016 19,8 SVEs in der HNO erbracht, davon 13,9 im Vertragsbereich mit den Krankenkassen.

Aufgrund der weitgehend homogenen und adäquat dimensionierten Angebotsstruktur und des erwarteten geringfügigen Bedarfszuwachses sind bis 2025 keinerlei strukturelle Veränderungen notwendig.

Innere Medizin

Die Innere Medizin wird ambulant an allen Krankenhausstandorten mit Ausnahme der Christian-Doppler-Klinik in Salzburg und des UKH Salzburg angeboten. Zudem bestehen mit Ende 2016 25 besetzte §2-Planstellen (VR 51: 16, VR 52: 9). Ca. 14 % aller Kontakte erfolgen an Nicht-Salzbürgerinnen und -Salzburgern, die Inanspruchnahme beträgt moderate 0,58 Kontakte je Einwohnerin und Einwohner und ist angesichts der flächendeckend dichten Struktur auffallend inhomogen. Insgesamt wurden im Land Salzburg im Jahr 2016 45,6 SVEs in der Inneren Medizin erbracht, davon 25,2 im Vertragsbereich mit den Krankenkassen.

Der erwartete deutliche Bedarfszuwachs in diesem Fach und die etwas ungleiche Angebotsdichte sollen bis 2025 durch zwei zusätzlich aufzubauende Kassenplanstellen in der VR 51 und einer zusätzlichen Kassenplanstelle in der VR 52 abgedeckt werden. Zudem wird erwartet, dass der Aufbau von Primärversorgungseinheiten hier entlastend wirken wird. Der Stellenausbau soll erst erfolgen, wenn die neue Ärzteausbildungsordnung im Stellenplan umgesetzt ist.

Kinder- und Jugendheilkunde

Die ambulante Versorgung in Kinder- und Jugendheilkunde erfolgte 2016 an den Ambulanzen des LKH Salzburg und der Kardinal Schwarzenberg Klinik in Schwarzach sowie in 18 besetzten §2-Kassenplanstellen (VR 51: 11, VR 52: 7). Eine Planstelle in der Stadt Salzburg kann derzeit nicht besetzt werden. Zudem besteht in der Stadt Salzburg mit einem Planstelleninhaber eine Leistungsvereinbarung zur ambulanten kinder-kardiologischen Versorgung. 12,3% aller Kontakte wurden von Patientinnen und Patienten der entsprechenden Altersgruppe nachgefragt, die nicht im Land Salzburg wohnhaft waren. Somit liegt die Inanspruchnahme bei 1,82 Kontakten je Einwohnerin und Einwohner der Altersgruppe von 0 bis 18 Jahre. Die Inanspruchnahme ist deutlich inhomogen und liegt zwischen nur 47% des Landesdurchschnitts und dem 1,52fachen desselben. Insgesamt wurden im Land Salzburg im Jahr 2016 22,4 SVEs in diesem Fach erbracht, davon 17,9 im Vertragsbereich mit den Krankenkassen.

Es ist die Errichtung einer zusätzlichen Planstelle in der VR 51 vorgesehen.

Kinder- und Jugendchirurgie

Die ambulante Versorgung in der Kinder- und Jugendchirurgie erfolgte im Jahr 2016 ausschließlich an der Ambulanz des LKH Salzburg. 14,6 % aller Kontakte wurden von Patientinnen und Patienten nachgefragt, die nicht im Land Salzburg wohnhaft waren. Dies entspricht insgesamt einer Inanspruchnahme von 0,07 Kontakten je Einwohnerin und Einwohner der Altersgruppe von 0 bis 18 Jahre im ge-

samten Land Salzburg. Die Inanspruchnahme ist sehr heterogen und liegt zwischen nur 15 % des Landesdurchschnitts und dem 2,13fachen desselben in der Stadt Salzburg. Es ist augenscheinlich, dass ein Großteil der Bedarfe außerhalb des Zentralraums der Stadt Salzburg durch ähnliche Fächer (ACH, UC...) abgefangen wird.

Bis zum Jahr 2025 wird ein Bedarfszuwachs von ca. 4 % gegenüber 2016 erwartet, der über die entsprechende ambulante Struktur am LKH Salzburg abgefangen werden wird.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die ambulante Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgte im Jahr 2016 an der Ambulanz der Christian-Doppler-Klinik in Salzburg sowie über eine Planstelle in der Stadt Salzburg. Mittlerweile ging ein psychosoziales Versorgungs- und Beratungszentrum für Kinder und Jugendliche (PVBZ) ebenfalls in der Stadt Salzburg in Betrieb. In den Planzahlen sind die Leistungsdaten des PVBZ noch nicht enthalten. 13,8% aller Kontakte wurden von Patientinnen und Patienten nachgefragt, die nicht im Land Salzburg wohnhaft waren. Dies entspricht insgesamt einer Inanspruchnahme von 0,03 Kontakten je Einwohnerin und Einwohner der Altersgruppe von 0 bis 18 Jahre im gesamten Land Salzburg.

Die Inanspruchnahme ist extrem heterogen und liegt zwischen nur 6% des Landesdurchschnitts und dem 2,29fachen desselben in der Stadt Salzburg. Dies hat mit der hohen Angebotskonzentration in der Stadt Salzburg zu tun. Entsprechende Leistungen werden in der VR 52 teilweise im Rahmen der ambulanten KiJu an der Kardinal Schwarzenberg Klinik in Schwarzach erbracht, sie sind jedoch nicht als solche in den Leistungsdokumentationen ausgewiesen.

Es ist vorgesehen, einen weiteren Aufbau dieses Faches über multiprofessionelle und niederschwellige teamorientierte Konzepte und Strukturen voranzutreiben und demzufolge eine Homogenisierung der Angebotsstruktur bis 2025 dadurch zu erreichen, dass eine vergleichbare Angebotsstruktur wie jene des PVBZ in der Stadt Salzburg auch in der VR 52 entwickelt wird. Idealerweise sollen beide Standorte in Kooperation miteinander und inhaltlicher Abstimmung agieren. Zudem soll das Angebot auch in der VR 51 weiter ausgebaut werden.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Die ambulante Versorgung in diesem medizinischen Fach findet fast ausschließlich in der entsprechenden Ambulanz am LKH Salzburg statt, ein Anteil von ca. 2 % erfolgt auf Basis von rückverrechneten Wahlarztleistungen. 20,6 % aller Kontakte erfolgen durch Nicht-Salzbürgerinnen und -Salzbürger. Die durchschnittliche Inanspruchnahme liegt bei 0,04 Kontakten pro Jahr und Einwohnerin bzw. Einwohner. Auch in diesem Fach ist angesichts der konzentrierten Angebotsstruktur die Inanspruchnahme sehr heterogen verteilt und reicht von 27 % des Durchschnitts (TA) bis 185% durch die Bevölkerung der Stadt Salzburg.

Es wird davon ausgegangen, dass der Bedarf weitgehend konstant bleiben sollte. Dieser wird auch zukünftig über die Ambulanz des LKH Salzburg gedeckt werden.

Neurochirurgie

Die ambulante neurochirurgische Versorgung findet an der entsprechenden Ambulanz der Christian-Doppler-Klinik in Salzburg statt sowie in einer §2-Kassenplanstelle, die ebenso in der Stadt Salzburg angesiedelt ist. Sie umfasst ca. 12.800 Kontakte pro Jahr, von denen 18,8 % durch Nicht-Salzbürgerinnen und -Salzbürger in Anspruch genommen werden. Dies entspricht somit 0,02 Kontakten pro Einwohnerin und Einwohner und Jahr, wobei die quellbezogenen Inanspruchnahmeraten wiederum heterogen sind und von nur 33 % bis 148 % in Bezug auf den Landesdurchschnitt reichen.

Es ist vorgesehen, die bestehende Planstelle unter Einhaltung der vertraglichen Vereinbarungen auslaufen zu lassen und in der Folge durch eine Planstelle entweder für OR/TR oder für PMR zu ersetzen.

Neurologie

Die ambulante neurologische Versorgung wird im Land Salzburg mit Ende des Jahres 2016 in den Ambulanzen der Christian-Doppler-Klinik in der Stadt Salzburg und der Kardinal Schwarzenberg Klinik in Schwarzach erbracht sowie in acht besetzten §2-Kassenplanstellen (VR 51: 5, VR 52:3). Der Stellenplan enthält insgesamt neun neurologische §2-Kassenplanstellen. Von ca. 77.000 Kontakten insgesamt werden 11,6 % an Patientinnen und Patienten erbracht, die nicht im Land Salzburg wohnhaft waren. Insgesamt wurden im Jahr 2016 im Land Salzburg 15,6 SVEs in ambulanter Neurologie erbracht, 4,9 davon im Kassenvertragsbereich. Die Inanspruchnahmerate beträgt somit 0,12 Kontakte je Einwohnerin und Einwohner im Jahr 2016 und ist mit 58 % (ZE) und 150 % (HA) des Landesdurchschnitts relativ ungleichmäßig. Bis zum Jahr 2025 wird von einem deutlich steigenden Bedarf ausgegangen.

Orthopädie

Die ambulante orthopädische Versorgung wird über die entsprechenden Ambulanzen des Tauernklinikums, des Krankenhauses in Oberndorf, des LKH Salzburg, der Landeslinik in St. Veit und der Kardinal Schwarzenberg Klinik in Schwarzach sichergestellt. Zudem gibt es mit Ende des Jahres 2016 zwölf entsprechende Planstellen mit §2-Kassenvertrag (VR 51: 8, VR 52: 4). 11,6 % der Kontakte erfolgte wiederum durch nicht in Salzburg wohnhafte Patientinnen und Patienten. Insgesamt wurden im Jahr 2016 im Land Salzburg 15,8 SVEs in der ambulanten Orthopädie erbracht, 11,6 davon im Kassenvertragsbereich. Dies entspricht einer Inanspruchnahme von 0,25 Kontakten je Einwohnerin und Einwohner und Jahr., Diese ist wiederum ungleich verteilt und reicht von 65 % (JO) des Landesdurchschnitts bis 129 % durch die Bevölkerung der Stadt Salzburg.

Bis zum Jahr 2025 wird eine stabile Bedarfsentwicklung erwartet, sodass die strukturellen Kapazitäten unverändert beibehalten werden.

Physikalische Medizin und Rehabilitationsmedizin

Die ambulante Versorgung in physikalischer Medizin und Rehabilitationsmedizin ist im Land Salzburg in Aufbau begriffen und demzufolge noch nicht Gegenstand der für diese Arbeiten durchgeführten Analysen geworden. Der bestehende vereinbarte Stellenplan sieht insgesamt die Errichtung und Besetzung von sechs §2-Kassenplanstellen vor. Dieses Ziel wird bis 2025 beibehalten werden.

Plastische Chirurgie

Die ambulante plastische Chirurgie wird am KH der Barmherzigen Brüder in der Stadt Salzburg vorgehalten, entsprechende Leistungen werden teilweise auch bei niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten verwandter Fächer erbracht, sind somit jedoch eben diesen Fächern zugeordnet. Insgesamt erfolgten an der Ambulanz ca. 8.000 Kontakte, davon 17,5 % an Patientinnen und Patienten, die außerhalb des Landes Salzburg wohnhaft waren. Dies entspricht weniger als 0,01 Kontakten je Einwohnerin und Einwohner im Jahr 2016. Die Inanspruchnahme reicht dabei von 46 % des landesweiten Durchschnitts (TA) bis 162 % bei Einwohnerinnen und Einwohnern der Stadt Salzburg.

Es sind bis 2025 keinerlei Veränderungen der bestehenden Versorgungsstruktur vorgesehen.

Psychiatrie

Die ambulante psychiatrische Versorgung erfolgte im Jahr 2016 im Land Salzburg über die fachspezifischen Ambulanzen der Christian-Doppler-Klinik in Salzburg und der Kardinal Schwarzenberg Klinik in Schwarzach sowie über 14 §2-Kassenvertragspartner (VR 51: 9, VR 52: 5). Eine fünfzehnte Planstelle war laut Stellenplan vorgesehen, jedoch zu Ende des Jahres 2016 nicht besetzt. Es wurden im Land Salzburg insgesamt 32,7 SVEs erbracht, davon 14,5 im Kassenvertragsbereich. Ca. 7 % aller Kontakte erfolgen durch nicht in Salzburg wohnhafte Patientinnen und Patienten, die Inanspruchnahme liegt bei 0,14 Kontakten je Einwohnerin und Einwohner im Jahr 2016 und ist sehr ungleich verteilt. Sie reicht von 25 % des Landesdurchschnitts (TA) bis 159 % desselben für die Bevölkerung der Stadt Salzburg. Die Versorgungswirksamkeit durch die Inhaberinnen und Inhaber der Kassenplanstellen ist weitgehend homogen.

Mit der Besetzung der im Jahr 2016 noch vakanten Planstelle, die zwischen den Bezirken JO und TA geteilt ist, sollte eine gleichmäßigere Angebotsstruktur und Inanspruchnahme erreicht werden. Zudem ist vorgesehen, im Rahmen eines Projektes die Versorgungskontinuität nach stationären Aufenthalten mit psychiatrischer Diagnose zu verbessern. Im Frühjahr 2018 hat die integrierte psychiatrische Versorgung nach dem Salzburger Modell mit jeweils einem ambulanten Versorgungsteam an den Standorten der Christian-Doppler-Klinik in Salzburg und der Kardinal Schwarzenberg Klinik in Schwarzach ihren Betrieb aufgenommen. Es werden die Erfahrungen mit dem Projekt und seine Wirkungen in der Folge evaluiert werden. Danach ist eine Neubewertung der Versorgungsstruktur vorgesehen. Die Vernetzung und Zusammenarbeit von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern mit FÄ für Psychiatrie und psychosozialen Diensten im Sinne einer gemeinsamen, abgestimmten Versorgung ist zu fördern (siehe auch Kapitel 7.3).

Pulmologie

Die ambulante Versorgung in der Pulmologie erfolgte im Jahr 2016 über die Ambulanz am LKH Salzburg sowie über elf besetzte Planstellen (VR 51: 8, VR 52: 3). Es wurden im Land Salzburg 10,2 SVEs in der ambulanten Pulmologie erbracht, neun davon im Bereich der §2-Kassenverträge. 16 % aller Kontakte erfolgen an Nicht-Salzbürgerinnen und -Salzburgern, die standardisierte Inanspruchnahme liegt bei 0,08 Kontakten je Einwohnerin und Einwohner und reicht von 61 % des Landesdurchschnitts bei der Bevölkerung des Pinzgaus bis 129 % für die Bevölkerung der Stadt Salzburg. Die Versorgungswirksamkeit durch die Inhaberinnen und Inhaber der Kassenplanstellen ist etwas unterschiedlich.

Bis zum Jahr 2025 wird mit einem geringen Bedarfszuwachs gerechnet, der innerhalb der bestehenden Strukturen abgedeckt werden kann. Demzufolge ist es vorgesehen, die Planstellenzahl auf 10 festzulegen. Gemäß der ÄAO 2015 wird mittelfristig eine Verschränkung der Pulmologie mit der Inneren Medizin erfolgen. Demzufolge werden fällige Nachbesetzungen zukünftig auch durch Fachärzte für Innere Medizin, nach Möglichkeit mit dem internistischen Sonderfach der Pneumologie möglich sein.

Strahlentherapie

Die ambulante Strahlentherapie wird im Land Salzburg am LKH Salzburg angeboten. Insgesamt erfolgten im Jahr 2016 ca. 7.900 ambulant erbrachte Frequenzen in diesem Fach, davon 20,4 % an Nicht-Salzbürgerinnen und -Salzburgern. Dies entspricht 0,01 Kontakten je Einwohnerin und Einwohner im Jahr 2016, wobei die standardisierte Inanspruchnahme von 55 % des Landesdurchschnitts durch die Lungauer Bevölkerung bis 143 % durch die Bevölkerung der Stadt Salzburg reicht, was angesichts der klaren Bedarfslage auffallend heterogen ist. Es wird in den Prognosen davon ausgegangen, dass der quantitative Bedarf an ambulant erbrachten Frequenzen vorerst weitgehend konstant bleiben wird und mit den bestehenden Strukturen abgedeckt bleiben kann. Der Großgeräteplan des ÖSG 2017 weist für das LKH Salzburg ein zusätzlich zu errichtendes Gerät aus. Dieses ist jedoch mit dem Hinweis versehen, dass zuvor eine Evaluierung des Bedarfs bis 2020 dazu erfolgen sollte. Der Einfluss auf die ambulanten Frequenzzahlen wird dann neu bewertet.

Unfallchirurgie

Die ambulante unfallchirurgische Versorgung wird derzeit im Land Salzburg über Fachambulanzen am LKH Salzburg, an der Kardinal Schwarzenberg Klinik in Schwarzach, am Landesklinikum Tamsweg, an der Tauernklinik an beiden Standorten und am UKH in der Stadt Salzburg abgedeckt. Zudem werden ambulante unfallchirurgische Leistungen auch an den allgemeinchirurgischen Ambulanzen an der Landesklinik Hallein und im Krankenhaus Oberndorf angeboten. Es gibt keine §2-Kassenplanstellen in diesem Fach, jedoch ein wahlärztliches Angebot vor allem in den Tourismusregionen. Etwa 15,7 % aller Kontakte stammen von Nicht-Salzbürgerinnen und -Salzburgern. Insgesamt werden in der ambulanten Unfallchirurgie landesweit 35,7 SVEs erbracht, davon 0,2 im Kassenvertragsbereich. Dies entspricht 0,34 Kontakten je Einwohnerin und Einwohner im Jahr 2016, wobei die standardisierte Inanspruchnahme (verzerrt durch teilweise der CH zugeordnete Leistungen) von 58 % des Landesdurchschnitts durch die Flachgauer Bevölkerung bis 171 % durch die Bevölkerung des Lungaus reicht.

Der in den Tabellen im Anhang dargestellte Bedarfszuwachs ergibt sich daraus, dass die unfallchirurgischen Ambulanzen in Hallein und Oberndorf zukünftig als eigene Kostenstellen diese Frequenzen auch tatsächlich der UC zuweisen. Dementsprechend geben die allgemeinchirurgischen Ambulanzen, innerhalb derer diese Frequenzen bisher erbracht wurden, in der Darstellung Leistungsanteile ab. Die ÄAO 2015 sieht das zukünftige Sonderfach Orthopädie und Traumatologie vor, in dem die Orthopädie und orthopädische Chirurgie und die Unfallchirurgie verschmelzen werden. Dies sollte vor allem in der Besetzung zukünftiger Planstellen für OR bedacht werden.

Urologie

Die ambulante urologische Versorgung wurde mit Ende des Jahres 2016 über entsprechende Fachambulanzen am LKH Salzburg und am KH der Barmherzigen Brüder in der Stadt Salzburg sowie am Tauernklinikum, am Standort Zell am See, abgedeckt. Zudem standen dafür noch 12 besetzte §2-Kassenplanstellen zur Verfügung (VR 51: 8, VR 52:4). Es wurden im Jahr 2016 13,2 SVEs in ambulanter Urologie erbracht, 11,7 davon im kassenärztlichen Vertragsbereich. Ca. 16,4 % aller Kontakte wurden durch Nicht-Salzbürgerinnen und -Salzbürger nachgefragt, die standardisierte Inanspruchnahme lag bei 0,21 Kontakten je Einwohnerin und Einwohner im Jahr 2016 und war mit 86 % des Landesdurchschnittswertes (JO, HA) bis 148 % des Landesdurchschnitts (ZE) moderat inhomogen.

Es sind bis 2025 nur geringe Strukturanpassungen in der VR52 nötig, um der erwarteten kaum veränderten Bedarfslage entsprechen zu können.

Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Die ZMK wird in diesem RSG-S 2025 getrennt von der MKG betrachtet, die das entsprechende Fach am Klinikum in der krankenhausambulant und akutstationären Versorgung umfasst. Demzufolge wird die ZMK ausschließlich ambulant angeboten. Dieses Angebot besteht aus den Zahnambulatorien der Sozialversicherungen mit insgesamt 21 Behandlungsstühlen, die in allen Bezirken des Landes Salzburg außer im Flachgau vertreten sind, sowie aus insgesamt mit Ende des Jahres 2016 161 besetzten Planstellen mit einem §2-Kassenvertrag. Vorgesehen waren zu diesem Zeitpunkt gemäß dem Stellenplan insgesamt 173 §2-Planstellen.

Insgesamt wurden im Jahr 2016 im Land Salzburg 210 SVEs in diesem Fach ambulant erbracht, wovon 174,6 SVEs im kassenvertraglichen Bereich erbracht werden. 12,1 % aller Kontakte erfolgten durch Patientinnen und Patienten, die außerhalb des Landes Salzburg wohnten. Dies entspricht durchschnittlich insgesamt 1,4 Kontakten pro Einwohnerin und Einwohner im Jahr 2016, wobei diese Inanspruchnahme in Bezug auf die bezirksweise Wohnbevölkerung zwischen 86 % des Landesdurchschnitts (S) und 124 % (TA) schwankt, was einer geringen quellbezogenen Variabilität der Inanspruchnahme entspricht. Die Versorgungswirksamkeit der Planstelleninhaber ist sehr heterogen mit der fast 12fachen Kontaktmenge im Jahr, die zwischen der Planstelle mit der geringsten Kontaktzahl und jener mit der höchsten liegt.

Es wird bis zum Jahr 2025 von einem Bedarfszuwachs um ca. 4,3 % ausgegangen. Zudem wurde die kostenfreie Mundhygiene bei Kindern und Jugendlichen als neue Leistung in den Honorarkatalog aufgenommen. Demgegenüber steht eine bereits vereinbarte Aufstockung der Anzahl der Behandlungsstühle in den kasseneigenen Zahnambulatorien in der Stadt Salzburg (+6) sowie in Zell am See und Tamsweg (je ein zusätzlicher Stuhl für Mundhygiene) um acht auf insgesamt 29 Stück. Demzufolge soll die Planstellenstruktur bis 2025 unverändert bleiben.

Spezielle Versorgungsthemen und weiterer Ausblick

Das Land und die Sozialversicherung haben im Zuge der Erarbeitung des ambulanten RSG-S 2025 Themen bzw. Versorgungsbereiche identifiziert, die bis 2025 einer vertiefenden Betrachtung und Analyse unterzogen werden sollten und dann zu spezifischen Anpassungen der Versorgungsprozesse und bei Bedarf auch der Versorgungsstrukturen führen können. Aufgabe des vorliegenden RSGs ist es in dem Fall, diese Themen darzulegen, und eine weiterführende Bearbeitung somit zu initiieren.

Einerseits handelt es sich dabei um indikationsspezifische Versorgungsthemen, die in einem ersten Schritt der prozesstechnischen Konzeption bedürfen, aus der in der Folge strukturelle Notwendigkeiten abgeleitet werden können. Zum anderen handelt es sich um Fragen der Verschiebung spezifischer medizinischer Leistungen zwischen der intramuralen und der extramuralen ambulanten Versorgungsstruktur im Sinne der Allokation am „best point of service“. Ziel der Bearbeitung spezieller Versorgungsthemen ist es, die Leistungsangebote im extramuralen und intramuralen ambulanten Versorgungsbereich aufeinander qualitativ abzustimmen und dabei ineffiziente Doppelstrukturen auch vor dem Hintergrund der Patientinnenorientierung abzubauen.

Schmerzversorgung

Die Prävalenz für nicht traumatische Schmerzepisoden in der Gesamtbevölkerung ist sehr hoch. Eine wesentliche Komponente dabei ist der Rückenschmerz, der fast 24 % der Bevölkerung ab 15 Jahren betrifft und somit das häufigste Gesundheitsproblem überhaupt darstellt (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017b). Seine Charakteristik als Symptomatik, die chronifizieren kann und in der Frühphase multimodale und multiprofessionelle Versorgungsangebote benötigt, stellt hohe Anforderungen an einen abgestimmten, gut begleiteten Versorgungsprozess, an dem unterschiedliche Einrichtungen der niederschweligen Gesundheitsversorgung teilnehmen sollten. Eine adäquate Schmerzversorgung hat daher eine hohe Relevanz im Gesundheitswesen. Der Zugang zur Versorgung und die Weiterleitung zu anderen Gesundheitsleistungsanbietern sind dabei eng an bestehende medizinische Evidenz anzulehnen. Das Land Salzburg und die Sozialversicherungen sind sich der umfassenden Herausforderung bewusst und streben ein niederschwelliges, präventiv wirkendes abgestuftes Versorgungskonzept für die entsprechenden Patientinnen und Patienten im Land Salzburg an. Dieses soll in den kommenden Jahren unter Einbindung der wesentlichen Fachexpertinnen und Fachexperten ausgearbeitet werden und flächendeckend umgesetzt werden. Ziel ist dabei die zentrale Einbindung der primärversorgenden Strukturen und die Forcierung der ambulanten Betreuungsangebote. Sich daraus möglicherweise ableitende strukturelle Notwendigkeiten sind jedenfalls als Folge der Konzeptumsetzung zu beantworten.

Leistungsverlagerungen zwischen intra- und extramuralen Versorgungsstrukturen

Im Zuge der Diskussion um den „best point of service“ zur Erbringung jeweiliger Leistungen im österreichischen Gesundheitswesen rückt die Frage nach der Verschiebung von Leistungen zwischen dem fachärztlichen intramuralen und dem fachgleichen extramuralen Strukturangebot in den Mittelpunkt von Überlegungen optimierter Angebotsallokation. In diesem Kontext ist auch die Frage nach

der Zuordnung finanzieller Mittel nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ zu stellen. Deziert vereinbarte Leistungsverschiebungen existieren derzeit nicht für das Land Salzburg, sodass diese auch nicht in die Kapazitätsbemessungen für den vorliegenden RSG-S 2025 aufgenommen werden konnten. Es ist jedoch vorgesehen, im Anschluss an diesen RSG-S 2025 einzelne Leistungen zu identifizieren und hinsichtlich der Zweckmäßigkeit einer verbindlichen Zuordnung zu einem „best point of service“ zu bewerten.

Ziel dieser Analyse sollen folgende Schritte sein:

- Identifikation von Leistungen als Kandidaten für Verschiebungen
- Bewertung des „best point of service“
- Kapazitätsbemessung für intendierte Verschiebung
- Ausarbeitung, Unterfertigung und Umsetzung der Vereinbarung

Es ist vorgesehen, bei entsprechenden Vereinbarungen die RSG-relevant werden, diesen in der Folge entsprechend den daraus erwachsenden Implikationen zu aktualisieren. Es wird davon ausgegangen, dass in den meisten medizinischen Fächern entsprechende Leistungen zu finden sein würden, allerdings ist die Konkretisierbarkeit dahinterliegender Versorgungsprozesse und die Umsetzbarkeit einer Verbindlichmachung kritisch zu betrachten.

Bedarfsadäquate psychiatrische und psychosoziale Versorgung

Psychische Erkrankungen stellen für die Bevölkerung sowie für das Gesundheits- und Sozialsystem eine erhebliche und wachsende Herausforderung dar. Die Krankheitsbilder sind sehr heterogen und Behandlungswege und therapeutische Ansätze beschränken sich nicht nur auf die unterschiedlichen Sektoren im Gesundheitssystem sondern betreffen unter anderem auch den Sozialbereich. Für die Entwicklung von Angeboten und Versorgungszielen ist daher eine Zusammenarbeit über sektorale Grenzen hinweg erforderlich.

Das Land Salzburg und die Sozialversicherung haben im Rahmen des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens in der Zielsteuerungsperiode 2017-2021 Schritte zu einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung gesetzt, die über die Vorgaben der Bundes-Zielsteuerung hinausgehen. So umfasst diese Vereinbarung den Ausbau der Therapieangebote für Kinder und Jugendliche im psychiatrischen und psychosozialen Bereich, die integrierte psychiatrische Versorgung im Salzburger Modell, aufbauend auf dem Hamburger Modell und die integrierte Versorgung von Menschen mit Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen.

In diesem Zusammenhang sind auch die Planungsfestlegungen im gegenständlichen ambulanten RSG-S 2025 in der fachärztlichen psychiatrischen Versorgung zu sehen. Eine Anpassung der Versorgungskapazitäten ist zu einem Zeitpunkt, zu dem diese Konzepte entwickelt werden sollen, nicht zweckmäßig. Für eine weitere Verbesserung der Versorgung im psychiatrischen und psychosozialen Bereich wird angeregt, dass das Land Salzburg und die Sozialversicherung in einem ersten Schritt eine gemeinsame, sektorenübergreifende und prozessorientierte Analyse der Versorgungssituation von psychisch Erkrankten im Bundesland Salzburg durchführen. Eine gesonderte Betrachtung der oben genannten Themen ist hierbei wichtig. Darauf aufbauend sollten in weiterer Folge themenspezifisch Konzepte für integrierte, bedarfsadäquate und abgestufte Versorgungsmodelle für diese Patientinnen und Patienten erstellt werden. Aus diesen Konzepten können dann die notwendigen Versorgungskapazitäten

ten und eine eventuell notwendige Kapazitätsanpassung abgeleitet werden. Diese Schritte werden zeitnah gesetzt, sodass der Gesamtprozess bis 2025 abgeschlossen ist.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2014): "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2014. Online verfügbar unter <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>, zuletzt geprüft am 31.03.2017.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.) (2017a): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 verfasst.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.) (2017b): Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014/15. Wien.

Land Salzburg (Hg.) (2017): Salzburger Zahlenspiegel 2017. Information der Landesstatistik. Salzburg, zuletzt geprüft am 04.04.2018.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (Hg.) (2005): Regionaler Strukturplan Gesundheit Salzburg 2010. Im Auftrag der Salzburger Landesregierung. Wien, zuletzt geprüft am 04.07.2018.

Anhang

Hinweis: Die mittels Verordnung für verbindlich zu erklärenden Teile des Anhangs sind grün hinterlegt.

Ambulante ärztliche Versorgung - Bundesland Salzburg, gesamt																													
	AM/ PV	AN	KIJU	KJC	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	ZMK	STR	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	SON	Σ
IST SVE 2016																													
SVE spitalsambulant	3,3	0,0	2,5	4,8	0,8	21,1	1,1	16,4	7,8	4,6	9,4	4,2	7,8	5,6	1,3	2,3	1,1	2,7	34,6	9,2	0,0	7,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	148,1
SVE niedergelassene ÄrztInnen gesamt (mit Vertrag)	245,7	0,0	17,9	0,0	1,0	9,3	1,0	25,2	24,9	4,9	14,5	15,3	24,9	13,9	11,7	0,0	9,0	11,6	0,2	0,0	148,6	0,0	n.v.	n.v.	1	n.v.	n.v.	n.v.	580,6
SVE in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	26,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	26,0
SVE insgesamt	249,0	0,0	20,4	4,8	1,8	30,4	2,1	41,6	32,7	9,5	23,9	19,5	32,7	19,5	13,0	2,3	10,1	14,3	34,8	9,2	174,6	7,5	n.v.	n.v.	1	n.v.	n.v.	n.v.	754,7
davon in PV-Einheiten	0																												
SVE Wahlärzte und in selbständigen Ambulatorien (ohne Vertrag)	7,1	0,0	2,0	0,0	0,0	2,4	0,3	4,0	5,7	6,1	8,9	2,6	2,9	0,3	0,2	0,0	0,1	1,5	0,9	0,2	35,4	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	80,6
IST §2-Kassenplanstellen 2016																													
§2-Kassenplanstellen	237	0	18	0	1	9	1	25	27	8	14	17	26	14	12	0	11	12	0	0	161	0	x	x	1	x	x	x	594
Kassenplanstellen sonstige KV- Träger	8	0	1	0	0	6	0	10	2	2	1	2	3	2	1	0	1	2	1	0	1	0	x	x	x	x	x	x	43
PLAN SVE 2025																													
SVE spitalsambulant	2,5	0	2,5	5	1	21	1,5	19,5	7,5	4,5	8	3,5	8,5	6,5	2	2	1	3	40	8	0	7,5	n.v.	n.v.	0	n.v.	n.v.	n.v.	155
SVE niedergelassene ÄrztInnen und in selbständigen Ambulatorien ¹	262,5	0	19,5	0	3,5	9,5	1	30,5	26,5	7,5	18,5	17	28	15	13,5	0	9,5	11,5	0	0	185,5	0	n.v.	n.v.	6	n.v.	n.v.	n.v.	665
SVE insgesamt	265	0	22	5	4,5	30,5	2,5	50	34	12	26,5	20,5	36,5	21,5	15,5	2	10,5	14,5	40	8	185,5	7,5	n.v.	n.v.	6	n.v.	n.v.	n.v.	820
davon in PV-Einheiten	25																												

Tabelle 2: Planungsmatrix für das Bundesland Salzburg, gesamt

Anmerkungen:

IST §2-Kassenplanstellen 2016: Anzahl der mit 31.12.2016 tatsächlich besetzten Planstellen

¹ beinhaltet auch die Versorgungskapazitäten der Planstellen von sonstigen Krankenversicherungsträgern

Ein PVE soll 5 SVE bzw. 3 Planstellen beinhalten

Ambulante ärztliche Versorgung – Versorgungsregion 51, Salzburg Nord																													
	AM/ PV	AN	KIJU	KJC	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	ZMK	STR	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	SON	Σ
IST SVE 2016																													
SVE spitalsambulant	3,0	0	1,6	4,8	0,8	14,9	1,1	13,3	6,3	3,9	7,5	4,2	5,9	3,4	1,2	2,3	1,1	2,0	18,2	9,2	0,0	7,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	112,2
SVE niedergelassene ÄrztInnen gesamt (mit Vertrag)	149,4	0	10,7	0,0	1,0	5,2	1,0	16,0	16,2	4,0	9,1	11,3	16,6	9,1	7,4	0,0	6,4	7,4	0,2	0,0	96,8	0,0	n.v.	n.v.	1	n.v.	n.v.	n.v.	368,8
SVE in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,7	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	20,7
SVE insgesamt	152,4	0,0	12,3	4,8	1,8	20,1	2,1	29,3	22,5	7,9	16,6	15,5	22,5	12,5	8,6	2,3	7,5	9,4	18,4	9,2	117,5	7,5	n.v.	n.v.	1	n.v.	n.v.	n.v.	501,7
davon in PV-Einheiten	0																												
SVE Wahlärzte und in selbständigen Ambulatorien (ohne Vertrag)	3,0	0	2,0	0,0	0,0	2,1	0,3	3,6	4,1	4,0	8,4	2,1	2,1	0,3	0,1	0,0	0,1	1,3	0,6	0,1	21,7	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	55,9
IST §2-Kassenplanstellen 2016																													
§2-Kassenplanstellen	153	0	11	0	1	5	1	16	18	5	9	11	18	9	8	0	8	8	0	0	112	0	x	x	1	x	x	x	394
Kassenplanstellen sonstige KV- Träger	5	0	1	0	0	5	0	8	2	1	1	2	2	2	1	0	1	2	1	0	0	0	x	x	x	x	x	x	34
PLAN SVE 2025																													
SVE spitalsambulant	2	0	1,5	5	1	14,5	1,5	15	5,5	3,5	6	3,5	7	4	1,5	2	1	2	23,5	8	0	7,5	n.v.	n.v.	0	n.v.	n.v.	n.v.	115,5
SVE niedergelassene ÄrztInnen und in selbständigen Ambulatorien ¹	167,5	0	12	0	2	6	1	20	18	5	11,5	12	19,5	10	8,5	0	6,5	7,5	0	0	121	0	n.v.	n.v.	4	n.v.	n.v.	n.v.	432
SVE insgesamt	169,5	0	13,5	5	3	20,5	2,5	35	23,5	8,5	17,5	15,5	26,5	14	10	2	7,5	9,5	23,5	8	121	7,5	n.v.	n.v.	4	n.v.	n.v.	n.v.	547,5
davon in PV-Einheiten	15																												

Tabelle 3: Planungsmatrix für die Versorgungsregion 51, Salzburg Nord

Anmerkungen:

IST §2-Kassenplanstellen 2016: Anzahl der mit 31.12.2016 tatsächlich besetzten Planstellen

¹ beinhaltet auch die Versorgungskapazitäten der Planstellen von sonstigen Krankenversicherungsträgern

Ein PVE soll 5 SVE bzw. 3 Planstellen beinhalten

Ambulante ärztliche Versorgung – Versorgungsregion 52, Pinzgau-Pongau-Lungau																													
	AM/ PV	AN	KJU	KJC	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	ZMK	STR	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	SON	Σ
IST SVE 2016																													
SVE spitalsambulant	0,3	0	0,9	0,0	0,0	6,2	0,0	3,1	1,5	0,7	1,9	0,0	1,9	2,2	0,1	0,0	0,0	0,7	16,4	0,0	0,0	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	35,9
SVE niedergelassene ÄrztInnen gesamt (mit Vertrag)	96,3	0	7,2	0,0	0,0	4,1	0,0	9,2	8,7	0,9	5,4	4,0	8,3	4,8	4,3	0,0	2,6	4,2	0,0	0,0	51,8	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	211,8
SVE in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	5,3
SVE insgesamt	96,6	0,0	8,1	0,0	0,0	10,3	0,0	12,3	10,2	1,6	7,3	4,0	10,2	7,0	4,4	0,0	2,6	4,9	16,4	0,0	57,1	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	253,0
davon in PV-Einheiten	0																												
SVE Wahlärzte und in selbständigen Ambulatorien (ohne Vertrag)	4,1	0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,4	1,6	2,1	0,5	0,5	0,8	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,3	0,1	13,7	0,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	24,7
IST §2-Kassenplanstellen 2016																													
§2-Kassenplanstellen	84	0	7	0	0	4	0	9	9	3	5	6	8	5	4	0	3	4	0	0	49	0	x	x	x	x	x	x	200
Kassenplanstellen sonstige KV- Träger	3	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	x	x	x	x	x	x	9
PLAN SVE 2025																													
SVE spitalsambulant	0,5	0	1	0	0	6,5	0	4,5	2	1	2	0	1,5	2,5	0,5	0	0	1	16,5	0	0	0	n.v.	n.v.	0	n.v.	n.v.	n.v.	39,5
SVE niedergelassene ÄrztInnen und in selbständigen Ambulatorien ¹	95	0	7,5	0	1,5	3,5	0	10,5	8,5	2,5	7	5	8,5	5	5	0	3	4	0	0	64,5	0	n.v.	n.v.	2	n.v.	n.v.	n.v.	233
SVE insgesamt	95,5	0	8,5	0	1,5	10	0	15	10,5	3,5	9	5	10	7,5	5,5	0	3	5	16,5	0	64,5	0	n.v.	n.v.	2	n.v.	n.v.	n.v.	272,5
davon in PV-Einheiten	10																												

Tabelle 4: Planungsmatrix für die Versorgungsregion 52, Pinzgau-Pongau-Lungau

Anmerkungen:

IST §2-Kassenplanstellen 2016: Anzahl der mit 31.12.2016 tatsächlich besetzten Planstellen

¹ beinhaltet auch die Versorgungskapazitäten der Planstellen von sonstigen Krankenversicherungsträgern

Ein PVE soll 5 SVE bzw. 3 Planstellen beinhalten

Verhältnis SVE/ÄAVE bezogen auf alle Akteure (Vertragsärzte, Wahlärzte, Spitalsambulanzen, Eigene Einrichtungen und Institute)

Ambulante ärztliche Versorgung - Bundesland Salzburg, gesamt																													
	AM/ PV	AN	KJU	KJC	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	ZMK	STR	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	SON	Σ
IST 2016																													
Verhältnis SVE zu ÄAVE	1,04	-	0,58	-	1,57	0,97	-	0,61	0,85	0,96	1,61	0,82	0,90	0,77	0,69	-	1,01	0,72	0,90	-	0,89	-	-	-	-	-	-	-	-