

Regionaler Strukturplan Gesundheit, Betreuung und Pflege Vorarlberg 2020/2025

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung und des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds

Regionaler Strukturplan Gesundheit, Betreuung und Pflege Vorarlberg 2020/2025

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren (alphabetisch):

Gerhard Fülöp
Stephan Mildschuh
Thomas Neruda
Petra Paretta
Elisabeth Pochobradsky
Johann Seethaler

Unter Mitarbeit von:

Anton Hlava

Projektassistenz:

Lisa Haiduk
Verena Paschek

Wien, im März 2017

Im Auftrag der Vorarlberg Landesregierung und des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds

Zl. P1/2/4825

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH - Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Abbildungen, Tabellen und Karten	VII
Abkürzungen.....	XII
1 Ausgangslage	1
1.1 Projektauftrag und Projektziel	1
1.2 Motive und Hintergrund	1
1.2.1 Gesundheitsplanung	2
1.2.2 Sozialplanung	3
1.3 Voraussetzungen für die Beschlussfassung des RSG Vorarlberg durch den Landesgesundheitsfonds.....	4
1.4 Neue Rahmenbedingungen für Regionale Strukturpläne durch Gesundheitsreform und Co	4
1.5 Neuausrichtung des RSG Vorarlberg zum RSGBP Vorarlberg	8
1.5.1 Erwartungshaltung von Patientinnen und Patienten und Versorgungsbedarf.....	9
1.5.2 Maßnahmen der Gesundheitspolitik.....	10
1.5.3 Fließende Übergänge in der Versorgung von Patientinnen und Patienten zwischen Gesundheits- und Sozialbereich	12
2 Rahmenbedingungen	13
2.1 Demografische Struktur und Entwicklung in Vorarlberg	13
2.2 Epidemiologische Kernindikatoren	16
3 Ambulanter ärztlicher Bereich	21
3.1 Methoden und Datengrundlagen	21
3.2 Planung der ambulanten Versorgung nach Fachrichtungen nach Bezirken	24
3.2.1 Augenheilkunde und Optometrie	25
3.2.2 Haut- und Geschlechtskrankheiten.....	26
3.2.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27
3.2.4 Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	27
3.2.5 Innere Medizin	28
3.2.6 Kinder- und Jugendheilkunde.....	29
3.2.7 Lungenheilkunde	29
3.2.8 Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	30
3.2.9 Radiologie.....	31
3.2.10 Urologie.....	31
3.2.11 Allgemeinmedizin	32
3.3 Planung der ambulanten Versorgung nach Versorgungsregionen und Vorarlberg gesamt	32
3.3.1 Versorgungsregion Rheintal-Bregenzwald (VR 81) mit Bezirken Bregenz und Dornbirn	33
3.3.2 Versorgungsregion Vorarlberg Süd (VR 82) mit Bezirken Feldkirch und Bludenz.....	34
3.3.3 Vorarlberg gesamt	35
3.4 Maßnahmen zur verbesserten Datengrundlage für die Versorgungsplanung.....	35
3.5 Ausblick	36
4 Akutstationärer Bereich.....	37
4.1 Methoden und Datengrundlagen	37
4.2 Versorgungsdichte.....	39
4.3 Inanspruchnahme der Krankenanstalten	41
4.4 Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen in den Krankenanstalten	43

4.4.1	Optimieren der Angebotsstruktur.....	44
4.4.2	Umsetzung des zukünftig veränderten Versorgungsbedarfs gemäß RSG.....	46
4.4.3	Weiterentwicklungsbedarf der Versorgungsstruktur.....	48
4.4.3.1	Kinder- und Jugendheilkunde.....	49
4.4.3.2	Gynäkologie und Geburtshilfe.....	50
4.4.3.3	Augenheilkunde.....	51
4.4.3.4	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.....	53
4.4.3.5	Urologie.....	53
4.4.3.6	Unfallchirurgische Versorgung.....	54
4.4.3.7	Orthopädische Versorgung.....	55
4.4.3.8	Orthopädie und Traumatologie.....	56
4.4.3.9	Chirurgie.....	57
4.5	Planung der stationären Versorgung nach Fächern und nach Krankenhausstandorten 2020/2025.....	58
4.5.1	Planungshorizont 2020.....	58
4.5.2	Planungshorizont 2025 (quellbezogene Kapazitätsabschätzung).....	59
4.5.3	Planungshorizont 2025 (zielbezogene Standortplanung).....	63
4.6	Weitere Empfehlungen zu Restrukturierungsmaßnahmen.....	64
4.7	Überregionale Versorgung und Versorgungsplanung laut ÖSG.....	65
5	Sonderbereiche.....	68
5.1	Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene.....	68
5.1.1	Methode und Datengrundlagen.....	68
5.1.2	Versorgungssituation.....	68
5.1.3	Hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen und Einsätze.....	71
5.1.4	Palliativpatientinnen und -patienten.....	73
5.1.5	Maßnahmen.....	74
5.2	Dialyse.....	76
5.2.1	Methode und Datengrundlagen.....	76
5.2.2	Dialyseversorgung: Standortplanung für intra- und extramuralen Bereich.....	78
5.3	Psychosoziale Versorgung.....	83
6	Großgeräteplanung.....	87
6.1	Methoden und Datengrundlagen.....	87
6.2	Medizinisch-technische Großgeräte: Standortplanung für intra- und extramuralen Bereich.....	88
7	Medizinische Rehabilitation.....	91
7.1	Datengrundlagen und Methoden.....	91
7.2	Versorgungssituation nach Indikationsgruppen.....	91
7.2.1	Stationärer Rehabilitationsbereich.....	91
7.2.2	Ambulanter Rehabilitationsbereich.....	92
7.2.3	Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation.....	94
8	Betreuung und Pflege.....	97
8.1	Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher in Vorarlberg.....	98
8.2	Mobile Betreuungs- und Pflegedienste.....	100
8.2.1	Mobile Hilfsdienste.....	100
8.2.1.1	Datengrundlagen.....	100
8.2.1.2	Versorgungssituation.....	101
8.2.1.3	Qualifizierung.....	104
8.2.1.4	Ad-Hoc-Prognose.....	105
8.3	Hauskrankenpflege.....	106

8.3.1	Datengrundlagen	106
8.3.2	Versorgungssituation	106
8.3.3	Medizinische Hauskrankenpflege.....	110
8.3.4	Perspektiven und Entwicklungskonzept 2025	111
8.3.5	Ad-Hoc-Prognose	112
8.4	Mobile Sonderbereiche	113
8.4.1	Datengrundlagen	113
8.4.2	Mobile Kinderkrankenpflege	114
8.4.3	Ambulante gerontopsychiatrische Pflege	115
9	Teilstationäre Tagesbetreuung	117
9.1	Datengrundlagen	117
9.2	Versorgungssituation	117
9.4	Ad-Hoc-Prognose	122
9.5	Gerontopsychiatrische Kompetenz in den Einrichtungen der Tagesbetreuung ...	123
10	Alternative Wohnformen	124
10.1	Datengrundlagen	124
10.2	Versorgungssituation	124
10.2.1	Ambulant betreute Wohnungen für ältere Menschen	124
10.2.2	Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen	127
10.2.3	Ad-Hoc-Prognose	130
11	Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste	131
11.1	Pflegeheime	131
11.1.1	Datengrundlagen	131
11.1.2	Versorgungssituation	131
11.1.3	Prognose	138
11.1.4	Qualitätssicherung	140
11.2	Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen	141
11.2.1	Datengrundlagen	141
11.2.2	Versorgungssituation	141
11.2.3	Prognose	142
11.3	Sonderpflegeformen in Pflegeheimen	143
11.3.1	Demenzversorgung	143
11.3.2	Wachkoma- und Tracheostomaversorgung	144
12	Innovative/integrative Versorgungsformen	145
12.1	Begleitende qualitätssichernde Maßnahmen (BESA-Leistungskatalog).....	145
13	24h-Betreuung	146
13.1	Datengrundlagen und Methoden	146
13.2	Versorgungssituation	146
13.3	Förderung der 24h-Betreuung zu Hause im Zusammenhang mit dem Selbständigenmodell.....	147
13.4	Betreuungspool Vorarlberg	148
13.5	Dauerpflege in Pflegeheimen in Verbindung mit 24h-Betreuung	152
13.6	Prognose Dauerpflege in Verbindung mit 24h-Betreuung, relative Kompression und regionale Verlagerung zu Niveau 24h-Betreuung Vorarlberg.....	153
14	Betreute Personen nach Angeboten	154
15	Stationäre und teilstationäre Dienste für Menschen mit Behinderung	156
15.1	Datengrundlagen und Methoden	156

15.2	Leistungsbereiche.....	156
15.3	Unterstützungsangebot der Integrationshilfe.....	158
15.4	Leistungsangebot für Menschen mit Behinderung – stationär, teilstationär und tagesstrukturierend.....	160
16	Nahtstellenmanagement Gesundheit, Pflege und Betreuung.....	163
16.1	Interdisziplinäre Ansätze.....	163
16.2	Demenz.....	165
	16.2.1 Österreichweite Demenzstrategie	165
	16.2.2 Aktion Demenz	167
16.3	Gerontopsychiatrie in Pflegeheimen	170
16.4	Geriatrische Remobilisation im Pflegeheim	171
16.5	Care Management.....	173
16.6	Case Management.....	174
16.7	Präventive Hausbesuche 75+	176
16.8	Krankenhaus Pass	176
16.9	Entlassungsmanagement 2013plus in den Vorarlberger Fondskrankenanstalten (unter Einbindung der Bundesqualitätsleitlinie <i>Aufnahme- und Entlassungsmanagement</i>)	178
17	Ausblick	180
	Literatur	181
	Anhang	185

Abbildungen, Tabellen und Karten

Abbildungen

Abbildung 1.1: Public Health Action Cycle.....	7
Abbildung 1.2: Integrative Planung der Teilbereiche der Gesundheitsversorgung.....	8
Abbildung 2.1: Altersverteilung im Bundesland Vorarlberg und Österreich insgesamt, 2016	13
Abbildung 2.2: Bevölkerungspyramide Vorarlberg 2016/2025	14
Abbildung 2.3: Bevölkerungsentwicklung 2016–2025 in den Versorgungsregionen Rheintal– Bregenzerwald (VR 81) und Vorarlberg–Süd (VR 82) nach Altersgruppen	16
Abbildung 2.4: Lebenserwartung bei der Geburt (LE) der Vorarlberger und der österreichischen Wohnbevölkerung, 2006 bis 2015 (in Jahren).....	17
Abbildung 2.5: Lebenserwartung in Gesundheit bei der Geburt der Vorarlberger und der österreichischen Wohnbevölkerung (in Jahren), 2006 und 2014	18
Abbildung 4.1: Quellbezogene Krankenhaushäufigkeit nach LDF-Klassen in Vorarlberg im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, 2014.....	42
Abbildung 5.1: Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	70
Abbildung 5.2: Hospizteams: Anzahl der Patientinnen/Patienten nach Hauptort der Begleitung (in Prozent; Absolutzahlen) im Jahr 2015 in Vorarlberg.....	72
Abbildung 5.3: Patientinnen/Patienten der Hospiz- und Palliativversorgung in Vorarlberg, 2015	73
Abbildung 5.4: NET-Patientinnen/Patienten – Trendberechnung nach Behandlungsverfahren, Vorarlberg	77
Abbildung 5.5: NET-Patienten – Trendberechnung nach Altersgruppen, Vorarlberg	78
Abbildung 5.6: Versorgung von NET-Patienten Prävalenz in Österreich per Dezember 2015 (pro Mio EW) – vorläufige Daten.....	80
Abbildung 8.1: Anspruchsberechtigte Personen von Pflegegeld nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen in Vorarlberg in Prozent, Auszahlungsmonat Dezember 2015	99
Abbildung 8.2: Pflegegeld-anspruchsberechtigte Personen nach Geschlecht in Vorarlberg, Auszahlungsmonat Dezember 2015	100
Abbildung 8.3: Mobile Hilfsdienste: Anzahl der Klientinnen und Klienten in Prozent differenziert nach Geschlecht 1.1. bis 31.12.2015	103
Abbildung 8.4: Mobile Hilfsdienste: Anzahl der Klientinnen und Klienten in Prozent differenziert nach Altersgruppen 1.1. bis 31.12.2015	103
Abbildung 8.5: Mobile Hilfsdienste: Anzahl der Klientinnen und Klienten in Prozent differenziert nach Pflegegeldstufe 1.1. bis 31.12.2015	104

Abbildung 8.6: Hauskrankenpflege: Anzahl der Patientinnen/Patienten in Prozent nach Geschlecht im Monat Dezember 2015	109
Abbildung 8.7: Hauskrankenpflege: Anzahl der Patientinnen/Patienten in Prozent nach Altersgruppen im Monat Dezember 2015	109
Abbildung 8.8: Hauskrankenpflege: Anzahl der Patientinnen/Patienten in Prozent nach Pflegegeldstufen (PGST) im Monat Dezember 2015.....	110
Abbildung 9.1: Tagesbetreuung: Anzahl der Gäste nach Geschlecht in Prozent im Monat Dezember 2015.....	119
Abbildung 9.2: Tagesbetreuung: Anzahl der Gäste nach Altersgruppen in Prozent im Monat Dezember 2015.....	120
Abbildung 9.3: Tagesbetreuung: Anzahl der Gäste in Prozent nach Pflegegeldstufen (PGST) im Monat Dezember 2015	121
Abbildung 10.1: Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen: Bewohner/innen nach Geschlecht in Prozent per 31.12.2015.....	129
Abbildung 10.2: Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen: Bewohner/innen nach Pflegegeldstufe (PGST) in Prozent per 31.12.2015	129
Abbildung 11.1: Pflegeheime: Klientinnen/Klienten nach Geschlecht in Prozent per 31.12.2015	133
Abbildung 11.2: Pflegeheime: Klientinnen/Klienten nach Altersgruppe in Prozent per 31.12.2015	134
Abbildung 11.3: Pflegeheime: Klientinnen/Klienten nach Pflegegeldstufe (PGST) in Prozent per 31.12.2015	135
Abbildung 11.4: Pflegeheime: Anzahl der Vollzeitäquivalente pro Berufskategorie 2015	136
Abbildung 11.5: Pflegeheime: Pflegeheimplätze* pro vollzeitbeschäftigte Person im Jahr 2015	137
Abbildung 11.6: Prognose Dauerpflege in Verbindung mit 24h-Betreuung, relative Kompression und regionale Verlagerung zu Niveau 24h-Betreuung Vorarlberg.....	138
Abbildung 13.1: Anzahl Klientinnen/Klienten im Pflegeheim (Dauerpflege) und Anzahl Klientinnen/Klienten in geförderter 24h-Betreuung jeweils Stichtag zum Monatsende, Vorarlberg 2014–2015	152
Abbildung 15.1: Der Weg der Integration zur Inklusion	156
Abbildung 15.2: Leistungsbereiche der Integrationshilfe	157
Abbildung 16.1: Sphären und Teilbereiche der integrativen regionalen Versorgungsplanung ..	164
Abbildung 16.2: Case Management: Klientinnen und Klienten differenziert nach Altersgruppen im Jahr 2015	175

Tabellen

Tabelle 2.1: Zusammensetzung der Altersgruppen in Vorarlberg in den Jahren 2016, 2020, 2025	15
Tabelle 2.2: Altersstandardisierte Sterblichkeit nach Haupttodesursachen 2006 – 2015 ¹⁾	20
Tabelle 3.1: Ambulante Bedarfsplanung Augenheilkunde und Optometrie	25
Tabelle 3.2: Ambulante Bedarfsplanung Haut- und Geschlechtskrankheiten	26
Tabelle 3.3: Ambulante Bedarfsplanung Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27
Tabelle 3.4: Ambulante Bedarfsplanung Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	27
Tabelle 3.5: Ambulante Bedarfsplanung Innere Medizin.....	28
Tabelle 3.6: Ambulante Bedarfsplanung Kinder- und Jugendheilkunde	29
Tabelle 3.7: Ambulante Bedarfsplanung Lungenheilkunde	29
Tabelle 3.8: Ambulante Bedarfsplanung Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	30
Tabelle 3.9: Ambulante Bedarfsplanung Radiologie	31
Tabelle 3.10: Ambulante Bedarfsplanung Urologie	31
Tabelle 3.11: Ambulante Bedarfsplanung Allgemeinmedizin.....	32
Tabelle 3.12: Ambulante Bedarfsplanung in der Versorgungsregion Rheintal–Bregenzerwald (VR 81)	33
Tabelle 3.13: Ambulante Bedarfsplanung in der Versorgungsregion Vorarlberg Süd (VR 82).....	34
Tabelle 3.14: Ambulante Bedarfsplanung Vorarlberg gesamt.....	35
Tabelle 4.1: Kennzahlen der KA-Standorte Kinder- und Jugendheilkunde in Vorarlberg	50
Tabelle 4.2: Kennzahlen der KA-Standorte Gynäkologie und Geburtshilfe in Vorarlberg	51
Tabelle 4.3: Kennzahlen der KA-Standorte Augenheilkunde in Vorarlberg	52
Tabelle 4.4: Kennzahlen KA-Standort Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in Vorarlberg	53
Tabelle 4.5: Kennzahlen der KA-Standorte Urologie in Vorarlberg	54
Tabelle 4.6: Kennzahlen der KA-Standorte Unfallchirurgie in Vorarlberg.....	55
Tabelle 4.7: Kennzahlen der KA-Standorte Orthopädie in Vorarlberg	56
Tabelle 4.8: Anzahl der stationären Betten in den Vorarlberger Akutkrankenanstalten 2020/2025 pro Fachrichtung.....	62
Tabelle 4.9: Übersicht über ÜRVP-Themen	66
Tabelle 4.10: Überregionale Versorgungsplanung – Standort-/Kapazitätsplanung (Kinder/Jugendliche und Erwachsene) gemäß ÖSG 2017 (Entwurf, 13. 3. 2017)....	67
Tabelle 5.1: Patientinnen/Patienten in Nierenersatztherapie (NET) pro Mio. EW, Punktprävalenz 31. 12. 2014, gruppiert nach Therapieverfahren	79

Tabelle 5.2: Hämodialyseversorgung in Vorarlberg, IST-Stand 2015 inkl. Planungsempfehlung 2020	82
Tabelle 6.1: Großgeräteplanung – Planungsrichtwerte	88
Tabelle 6.2: GGP in Vorarlberg, IST-Stand 2015 und Planungsempfehlungen auf Ebene der KA-Standorte und für Vorarlberg gesamt	90
Tabelle 7.1: Indikatoren zur stationären und ambulanten Rehabilitation in Vorarlberg und in der VZ West 2014/2017 bzw. 2020	95
Tabelle 8.1: Mobile Hilfsdienste: Klientinnen/Klienten, Betreuungsstunden, Helferinnen/Helfer pro Bezirk absolut und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren im Jahr 2015	102
Tabelle 8.2: Mobile Hilfsdienste: Anzahl der Klientinnen/Klienten im Gesamtjahr 2015 und Ad-hoc-Prognose zur Anzahl der Klientinnen/Klienten für die Jahre 2020 und 2025.....	106
Tabelle 8.3: Hauskrankenpflege: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und Pflegeassistent/innen pro Bezirk (absolut und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren im Jahr 2015).....	108
Tabelle 8.4: Hauskrankenpflege: Anzahl der Patientinnen/Patienten im Monat Dezember 2015 und Ad-hoc-Prognose zur Anzahl der Patientinnen/Patienten für die Jahre 2020 und 2025.....	112
Tabelle 8.5: Mobile Kinderkrankenpflege: Anzahl betreute Kinder pro Bezirk 2015	115
Tabelle 8.6: Ambulante gerontopsychiatrische Pflege: Anzahl der betreuten Klientinnen und Klienten pro Bezirk 2014/2015	116
Tabelle 9.1: Tagesbetreuung: Besuchstage pro Bezirk im Jahr 2015.....	118
Tabelle 9.2: Tagesbetreuung: Anzahl der Besucher/innen pro Bezirk 2015	118
Tabelle 9.3: Tagesbetreuung: Anzahl der Leistungsstunden pro Bezirk 2015	119
Tabelle 9.4: Tagesbetreuung: Anzahl Gäste im Monat Dezember 2015 sowie Prognose für die Jahre 2020/2025	122
Tabelle 10.1: Ambulant betreute Wohnungen für ältere Menschen: Anzahl der Wohnungen und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren pro Bezirk per 31.12.2015	126
Tabelle 10.2: Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen: IST-Stand Plätze per 31.12.2015.....	128
Tabelle 10.3: Betreute Wohngemeinschaften: Anzahl Plätze per 31. 12. 2015 sowie Prognose für die Jahre 2020/2025	130
Tabelle 11.1: Pflegeheime: Wohnplätze/Pflegeheimplätze (inkl. Kurzzeitpflege) pro Bezirk und Vorarlberg insgesamt, absolut und pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahre per 31.12.2015	132
Tabelle 11.2: Pflegeheime: Anzahl der Verrechnungstage pro Bezirk absolut und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren im Jahr 2015.....	132

Tabelle 11.3: Pflegeheimplätze (inkl. Kurzzeitpflege): Plätze per 31.12.2015 sowie Prognose für die Jahre 2020/2025.....	140
Tabelle 11.4: Kurzzeitpflege: Anzahl der Verrechnungstage, Plätze und Klientinnen und Klienten pro Bezirk absolut sowie pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren im Jahr 2015	142
Tabelle 11.5: Demenzversorgung (Aktion Demenz): Anzahl an Plätzen pro Bezirk 2015.....	143
Tabelle 11.6: Wachkoma- und Tracheostomaversorgung: Anzahl der belegten Plätze pro Bezirk 2015	144
Tabelle 13.1: 24h-Betreuung: Klientinnen/Klienten nach Bezirken/Versorgungsregion absolut und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren per 31.12.2015	151
Tabelle 13.2: Prognose der gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz geförderten Personen mit 24h-Betreuung per 31.12.2015	153
Tabelle 14.1: Betreute Personen in Vorarlberg nach Diensten und Einrichtungen im Jahr 2015.....	155
Tabelle 15.1: Anzahl der Leistungen nach Integrationsbereichen im Jahr 2015	158
Tabelle 15.2: Anzahl der unterstützten Personen nach Altersgruppen, Jahr 2015.....	159
Tabelle 15.3: Anzahl der unterstützten Personen nach Geschlecht, Jahr 2015.....	159
Tabelle 15.4: Hilfsangebote der Integrationshilfe für Kinder	159
Tabelle 15.5: Hilfsangebote der Integrationshilfe im Bereich Bildung	160
Tabelle 15.6: Hilfsangebote der Integrationshilfe im Bereich Arbeit/Beschäftigung	160
Tabelle 15.7: Verteilung der vollstationären Plätze nach Art der Inanspruchnahme	161
Tabelle 15.8: Plätze und Bewohner/innen in den Segmenten stationäre und teilstationäre Dienste, Jahr 2015	161
Tabelle 15.9: Verteilung der Plätze nach Art der Inanspruchnahme, Jahr 2015	162
Tabelle 15.10: Plätze und Teilnehmer/innen in tagesstrukturierenden und teilstationären Angeboten, Jahr 2015	162
Tabelle 16.1: Ambulante Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz	169
Tabelle 16.2: Case Management: Leistungsstunden pro Bezirk absolut und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahre im Jahr 2015	175
 Karten	
Karte 5.1: Hämodialyseversorgung in Vorarlberg – HD-Platzberechnung	81
Karte 7.1: Stationäre Rehabilitation 2015 (inkl. Kennzeichnung der Standorte für ambulante Rehabilitation der Phase II).....	96

Abkürzungen

ÄAO	Ärzteausbildungsordnung
ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
ABT	Abteilung (in einer KA)
AFB	Altenfachbetreuer/in
AG	Angehörigengruppe
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AM	Allgemeinmedizin
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AU	Augenheilkunde und Optometrie
AUFEM	Aufnahme- und Entlassungsmanagement
AZG	Arbeitszeitgesetz
BÄ	Bettenäquivalent
BB	Behindertenbegleitung
BD	Bundesdurchschnitt
BEP	Bedarfs- und Entwicklungsplan
BGK	Bundesgesundheitskommission
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie
BRA	Schwerbrandverletzte
BTD	Belagstagedichte
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSAK	Bundesministerium für Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz
BMZ	Bettenmessziffer
BRA	Schwerbrandverletzten-Versorgung
BSR	Bewegungs-/Stützapparat bzw. Rheumatologie
BTD	Belagstagedichte
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CH	Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie oder Chirurgie
COR	Herzkatheterarbeitsplätze
CT	Computertomographiegeräte
dBD	durchschnittliche Belagsdauer
DEP	Department
DER	Dermatologie (Haut- und Geschlechtskrankheiten)
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, einschließlich Einsatz von PflegefachassistentInnen gemäß GuKG 2016
DIA	Dialyseeinheit (für chronische Hämodialyse)
DKKP	Diplomiertes Pflegepersonal zur Kinderkrankenpflege berechtigt
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DSA	Digitale Subtraktions-Angiographieanlage
dBD	durchschnittliche Belagsdauer
dTK	dislozierte Tagesklinik

DVHÖ	Dachverband Hospiz Österreich
dWK	dislozierte Wochenklinik
ECT	Emissions-Computer-Tomographiegeräte (inkl. ECT-CT)
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
FA	Facharzt oder Fachärztin (singular)
FÄ	Fachärztinnen und/oder-ärzte (plural)
FDSB	Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer bzw. Diplom-Sozialbetreuerinnen/-betreuer inkl. Altenfachbetreuerinnen/-betreuer
FG	Fachgruppe
FKA	Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt
FKHH	Fallbezogene Krankenhaushäufigkeit
FR	Fachrichtung
FSP	Fachschwerpunkt
GEM	Gemischter Belag
GG	Großgeräte
GGH	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
GGP	Großgeräteplan
GH	Geburtshilfe
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
GQG	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GYN	Frauenheilkunde (Gynäkologie)
HCH	Herzchirurgie
HD	(chronische) Hämodialyse
HDG	Hauptdiagnosen-Gruppe
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HKLE	hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HPCPH	Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen
HOKI	Hospizbegleitung für Kinder, Jugendliche und Familien
HOS	Hospizbereich
HOST	Hospizteam
HTX	Herztransplantation
HVB	Hauptverband
HVSVT	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
ICD10	International Classification of Diseases, 10 th Revision
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICPC	International Classification of Primary Care
ICU	Intensive Care Unit
IM	Innere Medizin
IMCU	Intermediate Care Unit
INT	Intensivmedizinische Versorgung bzw. Intensivbereich
IRVP	Integrative regionale Versorgungsplanung
I-TK	Interdisziplinäre Tagesklinik

KA	Krankenanstalt
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
KAR	Kardiologie – endovaskulär
KDok	KDok: Datenqualitäts-Tool (des BMGF)
KEF	Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ-V 2015, 2. Novelle am 16.12.2016)
KH	Krankenhaus
KHH	Krankenhaushäufigkeit
KHZ	Kinderherzzentrum
KIJU/KIN	Kinder- und Jugendheilkunde
KPV	Krankenpflegeverein
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
LAP	Leistungsangebotsplanung
LDF	Leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen
LE	Leistungserbringer
LGP	Landesgesundheitsplattform
LIN	Linearbeschleuniger
LKF	Leistungsorientierte KA-Finanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LTX	Lebertransplantation
LuTX	Lungentransplantation
MBZ	Mindestbettenzahl
MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF-Modell
MHG	MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
MPT	Mobiles Palliativteam
MR	Magnetresonanz-Tomographiegeräte
NCH	Neurochirurgie
NEO	Neonatologie
NET	Nierenersatztherapie
NEU	Neurologie
NEU-ANB/B	Neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe B
NEU-ANB/C	Neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe C
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NIMCU	Neonatal Intermediate Care Unit
NKHH	Nulltagesaufenthalte-Krankenhaushäufigkeit
NSM	Nahtstellenmanagement
NTA	Nulltagesaufenthalte
NTX	Nierentransplantation
NUK	Nuklearmedizin
NUKT	Nuklearmedizinische Therapie(-bettenstation)

ÖDTR	Österreichisches Dialyse- und Transplantationsregister
ONK	Onkologische Versorgung
OP	Operation
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ORTR	Orthopädie und Traumatologie
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAL	Palliativmedizin
PCA	Patientengesteuerte Analgesie (Schmerzpumpe)
PCH	Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie
PD	Peritonealdialyse
PDStV	Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung
PET	Positronen-Emissions-Computertomographie (inkl. PET-CT, PET-MR)
PGST	Pflegegeldstufe
PH	Pflegeheim
PHC	Primary Health Care
PICU	Paediatric Intensive Care Unit
PIMCU	Paediatric Intermediate Care Unit
PKA	Private, nicht gemeinnützige Akut-KA
PRA	Praktiker (Allgemeinmediziner)
PRIKRAF	Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds
PSO	Psychosomatik
PSOE	Psychosomatik für Erwachsene
PSOK	Psychosomatik für Kinder und Jugendliche
PSY	Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
PTCA	Percutane Transluminale Coronarangioplastie
PUL	Pulmologie, Lungenkrankheiten
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RAD	Radiologie
RFI	Regionaler Faktor der Inanspruchnahme
RFZ	Referenzzentrum
RIG	Rehabilitations-Indikationsgruppe
RNS	Remobilisation/Nachsorge
RP	Rehabilitationsplan
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RSGBP	Regionaler Strukturplan Gesundheit, Betreuung und Pflege
RZ	Rehabilitationszentrum
SAN	Sanatorium
SpDi	sozialpsychiatrischer Dienst
SRN	Strahlentherapie-Radioonkologie / Hochvolttherapie; STR-Geräte und Nuklear- medizin
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie / Hochvolttherapie; STR-Geräte
SV	Sozialversicherung
SVT	Sozialversicherungs-Träger

SVE	Standardversorgungseinheit
SZT	Stammzelltransplantation
TK	Tagesklinik
TKP	Tagesklinikplatz
TXC	Transplantationschirurgie
UC	Unfallchirurgie
UCNC	Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen
UE	Überwachungseinheit; IMCU gemäß LKF-Modell
ÜRVP	überregionale Versorgungsplanung
UKH	Unfallkrankenhaus
URO	Urologie
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
VM	Versorgungsmatrix
VMMHG	Obergruppen der MHG in der Versorgungsmatrix
WKO	Wirtschaftskammer Österreich
VR	Versorgungsregion
VZ	Versorgungszone
VZÄ	Vollzeitäquivalent

1 Ausgangslage

1.1 Projektauftrag und Projektziel

Die GÖ Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH (GÖ FP) wurde vom Land Vorarlberg mit der Erstellung des *Regionalen Strukturplans Gesundheit, Betreuung und Pflege (RSGBP) Vorarlberg 2020/2025* beauftragt. Anlass dazu waren die bisherigen Projektarbeiten im Haus, insbesondere jene zum bundesweiten *Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)*, landesweite *Regionale Strukturpläne Gesundheit* (u. a. für das Land Vorarlberg, Tirol) und die Arbeiten im Sozialbereich (bspw. *Innsbrucker Vorsorgeplan 2014*, *Kärntner Bedarfs- und Entwicklungsplan 2013* bzw. Arbeiten auf Bundesebene wie *Österreichischer Demenzbericht 2015* und *Demenzstrategie 2015*).

Mit dem RSGBP wird die Versorgungssituation im Vorarlberger Gesundheit- und Sozialbereich erstmals gemeinsam in einem Bericht abgebildet. Für diese Zusammenschau baut der RSGBP auf den Inhalten des ÖSG, auf den verschiedenen landeseigenen Planungen sowie auf vorangegangenen Arbeiten der GÖ FP im Auftrag des Landes Vorarlberg auf.

1.2 Motive und Hintergrund

Die integrative Planung umfasst möglichst alle an der Versorgung beteiligten Teilbereiche des Gesundheits- und angrenzenden Sozialbereichs. Sie stehen wie kommunizierende Gefäße miteinander in Beziehung.

Die Aktualisierung des RSGBP hat viele – und mit der im Jahr 2013 eingeleiteten bundesweiten Gesundheitsreform zum Teil auch neue – Herausforderungen zu meistern. Eine Zusammenschau mit dem Sozialbereich ist deshalb ein Gebot der Stunde (vgl. Kapitel 1.5).

Wichtigste Kriterien für die Gestaltung optimaler Versorgungsstrukturen sind:

- » hohe Qualität in der Versorgung
- » in Art und Anzahl ausreichend verfügbares Gesundheits-, Betreuungs- und Pflegepersonal in den Anbieterstrukturen
- » nachhaltige Finanzierbarkeit des Versorgungssystems

Diese Kriterien sind in eine Balance zu bringen, sodass der

Gesamtnutzen

- » für die Menschen im jeweiligen Behandlungsfall,
- » für die Attraktivität der Berufstätigkeit im Gesundheits- und Sozialbereich,
- » in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Anbieterstrukturen am größten und

- » die Versorgung der Bevölkerung durch das Gesundheits-, Betreuungs- und Pflegeversorgungssystem

bedarfsgerecht und ökonomisch leistbar abgesichert ist.

1.2.1 Gesundheitsplanung

Die Rahmenbedingungen für diese Zielsetzung bezogen auf den Gesundheitsbereich veränderten sich durch zahlreiche – insbesondere auf Bundesebene – eingeleitete Maßnahmen und Begleitumstände. Die Forcierung ambulanter und tagesklinischer Behandlungsformen wird sich auf den stationären Bereich entlastend auswirken. Anforderungen aus dem Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz und der neuen Ärzteausbildungsordnung sowie dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz haben sich stark geändert. Demografische Entwicklungen in der Bevölkerung und beim Gesundheitspersonal sind zu beachten. Es gilt also entsprechend zu reagieren und neue Versorgungsformen zu entwickeln.

Das mit der Gesundheitsreform eingeführte Versorgungsstufenmodell – von der Primärversorgung bis zur hochspezialisierten Versorgung in Krankenanstalten (KA) – unterstützt die Umsetzung einer bedarfsadäquaten Versorgung mit definierten Zuständigkeiten. In einem durchgängigen Versorgungsprozess sind Aufgaben den einzelnen Anbieterstrukturen konkret zugeordnet und über das Nahtstellenmanagement sowie das Rettungs- und Krankentransportwesen miteinander zu verbinden: Ergänzend dazu sind ambulante Versorgungsmöglichkeiten inkl. mobiler Pflege- und Sozialdienste möglichst umfassend zu nutzen. Auf allen Versorgungsstufen steht dabei die Teamleistung von Angehörigen aller Gesundheitsberufe im Vordergrund der Neugestaltung des Versorgungssystems.

Ziel ist es, Patientinnen und Patienten den im jeweiligen Anlassfall bedarfsadäquaten Zugang zum Gesundheitssystem an der jeweils „richtigen“ Stelle niederschwellig zu ermöglichen und dafür zu sorgen, dass der Versorgungsprozess patientenbezogen und ohne systembedingte Unterbrechung durchgeführt werden kann.

Mit dem Ziel ambulante Versorgungsmöglichkeiten umfassend zu nutzen, ist das stationäre Angebot auf den tatsächlich gegebenen stationären Versorgungsbedarf zu reduzieren. Dementsprechend sind tagesklinische und ambulante Leistungsbereiche (in den KA und auch extramural) auszubauen. Dies verschafft den Gesundheitsberufen vermehrt Tagesarbeitszeit zugunsten einer Reduktion der Arbeitszeit während der Nacht und führt zu höherer Attraktivität und damit höherem Interesse an der Berufstätigkeit in der Gesundheitsversorgung.

Gebündelte Kräfte und Ressourcen in leistungsfähigeren, weil größeren Versorgungseinheiten sind nicht nur wirtschaftlich relevant, sie steigern auch das Know-how durch den Austausch im Team und vermehren Behandlungsoptionen und mögliche Leistungen – nicht zuletzt auch für die Ausbildung des Nachwuchses.

Demzufolge ist spezialisierte (stationäre) Versorgung unter Einhaltung von Erreichbarkeitsrichtwerten laut ÖSG an möglichst wenigen Standorten – vorrangig in Schwerpunkt-KA – konzentriert zu leisten. Die viel häufiger nachgefragten Grundversorgungsleistungen sowie Nachsorgeangebote sind wohnortnah ambulant, tagesklinisch und sofern erforderlich stationär entsprechend dimensioniert zur Verfügung zu stellen.

Vorhandenes Gesundheitspersonal und baulich-technische Infrastruktur, d. h. die gesamten verfügbaren Ressourcen, in allen Angebotsstrukturen müssen die zum Teil neu gestellten Aufgaben bewältigen. Die Kapazitäten sind dabei an den einzelnen Standorten den jeweiligen Versorgungserfordernissen und Ausbildungsanforderungen anzupassen. Die Versorgungsstrukturen sind jedenfalls unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben (KA-AZG, KAKuG, Berufsgesetze, etc.) in wirtschaftlich sinnvollen Betriebsgrößen zu dimensionieren.

Die „Ambulantisierung“ eines Großteils der Leistungen wird in manchen medizinischen Fachbereichen (z. B. in der Augenheilkunde) neue Versorgungskonzepte hervorbringen. Etliche Fachbereiche weisen hohes strukturelles Veränderungspotenzial auf. Weitere Versorgungsangebote benötigen für eine Umstrukturierung (Dezentralisierung Psychiatrie) bzw. Einführung (Akutgeriatrie/Remobilisation) erst eine breitere Diskussion.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Planungen im Gesundheitsbereich durch Beschlüsse des Landesgesundheitsfonds, der Vorarlberger Landesregierung und der Sozialversicherungsträger verbindlich werden.

1.2.2 Sozialplanung

Zur Unterstützung der Steuerung im Sozialbereich haben sich die Systempartner Land, Gemeinden und Träger der freien Wohlfahrt unter Wahrung einer Kultur des Zusammenarbeitens im Sozialfonds auf die Strategie 2020 verständigt. Die weitere strategische Ausrichtung wird gemeinsam geplant. Die drei Systempartner tragen Verantwortung für ein gemeinsam abgestimmtes Ganzes, tragen Budgetverantwortung, tragen gemeinsam erarbeitete und getroffene Entscheidungen mit und sorgen dafür, dass Strategien der Partner im Rahmen der Themenfelder des Sozialfonds der Gesamtstrategie des Sozialfonds nicht widersprechen. Die Maßnahmen und Leistungen des Sozialfonds orientieren sich an folgenden zentralen Grundsätzen:

- » Hilfe zur Selbsthilfe; Ziel ist es den Grad der Selbstbestimmung der Betroffenen zu erhöhen (Empowerment);
- » Präventiv, ambulant, stationär; „So viel wie möglich ambulant, so viel wie nötig stationär.“
- » Sozialraumorientierung; die richtige Aufgabenverteilung innerhalb des Sozialraums wird laufend reflektiert und gegebenenfalls nach dem Prinzip der Subsidiarität angepasst.
- » Regelsystem vor Spezialangebot; erst wenn über das Regelsystem keine adäquate Versorgung mehr möglich ist, soll auf ein Angebot des Spezialsystems zurückgegriffen werden. Dabei sollen Spezialsysteme soweit als möglich in die Regelsysteme vor Ort eingebunden sein.

Die Planungen des Sozialfonds erfolgen durch die Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa), für den Sozialbereich ist der Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) die verbindliche Grundlage.

1.3 Voraussetzungen für die Beschlussfassung des RSG Vorarlberg durch den Landesgesundheitsfonds

Eine Neugestaltung der Versorgungsstrukturen mit nachhaltigem Zusatznutzen für die zukünftige Versorgungssituation in Vorarlberg bedarf einer Vielzahl an (Einzel-)Maßnahmen, die aufeinander abzustimmen sind. Bis zum Planungshorizont 2020 wird mit dem Abschluss dieser Vorarbeiten kaum zu rechnen sein. Daher muss der Versorgungsbedarf für Vorarlberg bzw. je Versorgungsregion in einer Langfrist-Perspektive bis 2025 abgeschätzt werden. Wirkungen aller derzeit absehbaren Veränderungen in der Gesundheitsversorgung sind dabei zu antizipieren. Eine sukzessive Annäherung ist mit Teilschritten durch entsprechende Aktualisierungen des RSG Vorarlberg zu realisieren, und zwar wann immer entsprechende Zwischen-Entscheidungen getroffen werden können und Handlungsfenster für Umsetzungsmaßnahmen zur Verfügung stehen.

Der RSGBP enthält jene punktuelle Nachjustierungen, die kurzfristig bis zum Jahr 2020 als Teilschritte umgesetzt werden können. Der im RSGBP enthaltene Ausblick auf 2025 prognostiziert den auf den Versorgungsbedarf bezogenen Endausbau im stationären Bereich nach Abschluss der Umstrukturierungsmaßnahmen.

1.4 Neue Rahmenbedingungen für Regionale Strukturpläne durch Gesundheitsreform und Co

Mit der Zielsteuerung-Gesundheit 2013 wollen Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherungsträger organisatorische und finanzielle Partikularinteressen überwinden, um Patientenorientierung tatsächlich umzusetzen und eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung (insbesondere jener der wachsenden Bevölkerungsgruppen mit chronischen Krankheiten) zu erreichen.

- » Dies bedeutet für **Patientinnen und Patienten** insbesondere eine niederschwellige Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem an der bedarfsbezogen „richtigen“ Stelle („Best Point of Service“) und bedarfsgerechte und möglichst unterbrechungsfreie Versorgung in hoher Qualität.
- » Durch frühzeitige Information und Intervention sollen gesundheitliche Schäden möglichst vermieden bzw. in Art und Umfang begrenzt werden.
- » Dabei ist das gesamte Repertoire des Gesundheitswesens u. a. durch vermehrten Einsatz von interdisziplinären und multiprofessionellen Versorgungsteams zu nutzen und gleichzeitig die
- » Attraktivität der Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen in unterschiedlichen Anbieterstrukturen zu steigern, um ausreichend neue Berufsinteressierte zu bekommen und Berufstätige in diesen Berufen zu halten. Ein wesentlicher Teil davon ist der

- » Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zur Unterstützung im Versorgungsprozess.
- » Kostenintensive Parallelstrukturen sind zu bereinigen und stationäre Strukturen zugunsten vermehrt tagesklinischer und ambulanter Versorgungsformen zu reduzieren.

Im Rahmen eines vorgegebenen Kostendämpfungspfads für öffentliche Gesundheitsausgaben sollte eine langfristig finanzierbare bedarfsorientierte Reorganisation der Gesundheitsversorgung eingeleitet werden.

Mit diesen Zielsetzungen wurden in der ersten Zielsteuerungsperiode eine Vielzahl an Maßnahmen auf Bundesebene und Landesebene entwickelt und anwendungsorientierte Instrumente erarbeitet. Folgende Grundlagen für das Setzen versorgungsrelevanter Maßnahmen auf Landesebene wurden bisher österreichweit vereinbart:

- » das Versorgungsstufenmodell;
- » das teambasierte Primärversorgungskonzept;
- » Grundlagen für die Festlegung der Versorgungsaufträge im ambulanten Bereich;
- » das spitalsambulante Bepunktungsmodell (LKF-Modell-ambulant) zur Vermeidung medizinisch nicht indizierter stationärer Aufnahmen;
- » das Forcieren tagesklinischer Behandlungen;
- » Qualitätsstandards und vieles mehr.

Die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens legt in Artikel 4 die Grundsätze der integrativen Gesundheitsplanung fest.

Demnach hat die integrative Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur den von der Zielsteuerung-Gesundheit vorgegebenen Anforderungen zu entsprechen und umfasst alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und Nahtstellen zu angrenzenden Bereichen. Bestandteil dieser Vereinbarung ist die Realisierung einer integrativen Planung insbesondere für die folgenden Versorgungsbereiche¹:

- » Ambulanter Bereich
- » Akutstationärer Bereich und tagesklinischer Bereich (d.h. landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und Unfallkrankenhäuser)
- » Ambulanter und stationärer Rehabilitationsbereich mit besonderer Berücksichtigung des bedarfsgerechten Auf- und Ausbaus von Rehabilitationsangeboten für Kinder und Jugendliche.

Als Rahmenbedingungen in der integrativen Versorgungsplanung sind mit zu berücksichtigen:

- » Versorgungswirksamkeit von Wahlärztinnen/-ärzten, Wahltherapeutinnen/-therapeuten, Sanatorien und sonstigen Wahleinrichtungen

¹ Vgl. auch § 18 Abs 1 und 2 in Verbindung mit §§ 20 und 21 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz

- » Sozialbereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements und hinsichtlich komplementärer Versorgungsstrukturen (im Sinne „kommunizierender Gefäße“) für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist (z. B. psychosozialer Bereich, Pflegebereich)
- » Rettungs- und Krankentransportwesen (inkl. präklinischer Notfallversorgung) im Sinne bodengebundener Rettungsmittel und Luftrettungsmittel (inkl. und exkl. der notärztlichen Komponente) sowie Krankentransportdienst

Die integrative Versorgungsplanung setzt entsprechend den Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Prioritäten²:

- » Reorganisation aller oben angeführten Bereiche in Richtung eines effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatzes
- » Stärkung des ambulanten Bereichs insbesondere durch rasche flächendeckende Entwicklung von Primärversorgungsstrukturen und ambulanten Fachversorgungsstrukturen.
- » Weiterentwicklung des akutstationären und tagesklinischen Bereichs, insbesondere durch Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten, die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen sowie die Weiterentwicklung einzelner Krankenanstalten zu Einrichtungen für eine Grund- und Fachversorgung.
- » Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche; im Rahmen der Umsetzung integrierter Palliativ- und Hospizversorgung erfolgt eine Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Sozialversicherung.
- » Gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen.
- » Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung.

Die zwischen dem Bund und allen Bundesländern abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl I Nr. 26/2017)³ legen den ÖSG sowie die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) als die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung fest. In Artikel 5 der oben genannten Vereinbarung wird festgehalten, dass der ÖSG der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung ist. ÖSG und RSG sind integrale Bestandteile der Zielsteuerung-Gesundheit und mit den Zielen und Maßnahmen der Gesundheitsreform abgestimmt. Die RSG sind somit je Bundesland entsprechend den Vorgaben des ÖSG gemäß Artikel 5, Abs. 3 Z 12 bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiter zu entwickeln und regelmäßig zu revidieren.

Der ÖSG ist der einheitlich anzuwendende Rahmenplan, der zur Entwicklung eines integrativen Gesundheitsversorgungssystems in Österreich beiträgt. Dementsprechend wird ein integrativer

² Vgl. Art 4, Abs 7 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

³ In Anlehnung an § 19 Abs 1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz

Planungsansatz angestrebt, dessen Schritte sich an einem gesundheitspolitischen Regelkreis, dem Public Health Action Cycle, orientieren (vgl. Abbildung 1.1).

Abbildung 1.1:
Public Health Action Cycle



Quelle: ÖSG 2017 Entwurfsfassung, Stand 13.3.2017

Die integrative regionale Versorgungsplanung ist somit ein iterativer zyklischer Prozess, in welchem Ziele schrittweise gesetzt und erreicht werden, ohne die übergeordneten Grundsätze und Ziele für das Gesundheitswesen und die Gesamtheit des Systems aus den Augen zu verlieren.

Aktuell werden diese Innovationen in die Neufassung des ÖSG eingearbeitet, der nach Beschluss durch die Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit als Rahmenplan für die zukünftigen RSG zu berücksichtigen sein wird.

In Umsetzung des ÖSG sind auf der Landesebene im Rahmen des Versorgungsstufenmodells Versorgungsaufträge für alle öffentlich finanzierten Anbieterstrukturen zu erarbeiten. Damit soll die Erreichung des Ziels der Gesundheitsreform unterstützt werden, Parallelstrukturen weitgehend abzubauen. Insbesondere im ambulanten Bereich (extra- und intramural) sollen die Aufgabenprofile so umfassend gestaltet und der Gesundheitsförderung ein höherer Stellenwert eingeräumt werden, sodass der Entstehung des Bedarfs an stationären Aufnahmen so früh als möglich entgegengewirkt werden kann.

Darüber hinaus wurde in den letzten Jahren die Regelung des **Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG)** mit Begrenzung von Wochenarbeitszeit und Anzahl zulässiger Nachtdienste pro Monat für Ärztinnen und Ärzte schlagend. Gleichzeitig wird die Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten mit entsprechender Qualifikation für die Arbeit in Krankenanstalten tendenziell schwieriger. Aufgrund dieser Regelung müssen die Teams je Fachrichtung vergrößert werden, um die fachärztliche Anwesenheit in den Krankenanstalten zu sichern.

Auch die 2015 verabschiedete neue **Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO 2015)** stellt mit einer neuen Sonderfachgliederung und zugehörigen Anforderungen an die Ausbildungsqualität eine zusätzliche Herausforderung für die Leistungsangebotsgestaltung in den Krankenanstalten dar.

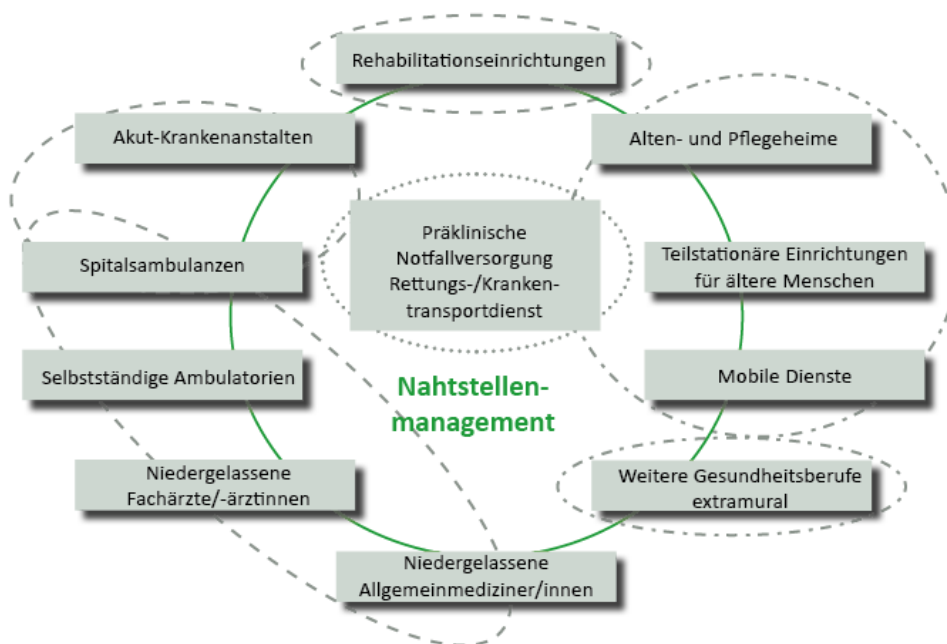
1.5 Neuausrichtung des RSG Vorarlberg zum RSGBP Vorarlberg

Die Arbeiten zum RSGBP beziehen sich auf den Planungshorizont 2025. Dazu wurden die Auswirkungen der in den letzten Jahren eingeleiteten Reformprozesse der Zielsteuerung-Gesundheit und der dazu vereinbarten Umsetzungsmaßnahmen für die zukünftige Reorganisation der Gesundheitsversorgung unter den absehbaren Rahmenbedingungen in Art und Umfang abgeschätzt.

Von besonderer Bedeutung für eine optimale Ressourcenbereitstellung, mit der der jeweils situationsbezogene patienten- und klientenspezifische Bedarf abgedeckt wird, ist der integrative Planungsansatz. In der jeweiligen personenbezogenen Patienten und Klientenversorgung (Prozess) stehen die einzelnen Angebotsbereiche in wechselseitigem Austausch und sind in der Dimensionierung der erforderlichen Kapazitäten voneinander abhängig (Struktur). Mit der Integration der Sozialplanung in den RSGBP wird dafür eine entsprechende Grundlage geschaffen.

Die nachfolgende Grafik veranschaulicht diese Relationen der beteiligten Teilbereiche als *kommunizierende Gefäße*.

Abbildung 1.2:
Integrative Planung der Teilbereiche der Gesundheitsversorgung



Legende:
Die strichlierten Linien stellen die einzelnen Teilbereiche der Gesundheitsversorgung dar.

Quelle: ÖSG 2017 Entwurfsfassung, Stand 13.3.2017

Die integrative Versorgungsplanung zielt darauf ab, alle in einer Region zur Verfügung stehenden Anbieterstrukturen mit ihrer Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Teilbereichen (und unterschiedlichen Zuständigkeiten) so in ihrer Leistungserbringung aufeinander abzustimmen, dass der Nutzen für die Patientenversorgung am größten ist und gleichzeitig ein gesamtwirtschaftliches Optimum und damit eine langfristige Finanzierbarkeit des Versorgungssystems erreicht werden kann.

Das optimale Zusammenspiel der einzelnen Versorgungsstrukturen ist aber erst durch eine verbindende Prozessgestaltung zu erreichen (Nahtstellenmanagement, Notfallversorgung, Rettungs- und Krankentransportdienste). Planungen für Pflege- und Betreuungsdienste inkl. Angebote von betreuten Wohnformen zusammengefasst in einem **Regionalen Strukturplan Gesundheit, Betreuung und Pflege** liefern einen wesentlichen Beitrag integrierte Versorgung leichter zu realisieren, wengleich erst ein gut organisiertes Nahtstellenmanagement als wichtigstes Bindeglied für alle Teilbereiche zum Erfolg führt.

Um die Ergebnisse bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten möglichst nachhaltig abzusichern, bedarf es auch einer institutionellen, aber individuell gestalteten Organisation von Versorgungsübergängen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich⁴.

Wesentliche Grundsätze und Ziele dabei sind:

- » Etablieren quantitativ und qualitativ bedarfsgerechter Angebote an Pflegeplätzen für stationäre Langzeit- und Übergangspflege, an mobilen Diensten sowie von Tagespflege und Kurzzeitpflege zur Entlastung pflegender Angehöriger
- » Vermeiden medizinisch nicht indizierter Krankenhaus-Aufenthalte inkl. Vermindern von Drehtür-Versorgungsmustern
- » Fördern komplementärer Einrichtungen im Sozialbereich, die Akut-Krankenanstalten entlasten (insbesondere PSY, KJP, PAL/HOS)
- » Institutionalisierte Koordination und Kooperation von stationären und mobilen Diensten verschiedener Leistungsanbieter im Gesundheits- und Sozialbereich; Unterstützen der Abstimmung auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene
- » Verbessern des sektorenübergreifenden Nahtstellenmanagements

1.5.1 Erwartungshaltung von Patientinnen und Patienten und Versorgungsbedarf

Von vorrangiger Bedeutung für Patientinnen und Patienten ist im Anlassfall der Zugang zum Versorgungssystem an der jeweils „richtigen“ Stelle. Die „richtige“ Stelle ergibt sich aus der jeweiligen Art der Erkrankung bzw. sonstiger Gesundheitsanliegen. Patientinnen und Patienten sind i. d. R.

⁴ Vgl. ÖSG 2017 Entwurfsfassung, Stand 13. 3. 2017

keine medizinischen Expertinnen/Experten und haben oftmals kaum ausreichende Gesundheitskompetenz, um aus den vielen Eintrittsmöglichkeiten in das System die „richtige“ Stelle auszuwählen. Erwartet wird immer hohe Qualität sowohl hinsichtlich Behandlungsqualität (schnelle und richtige Diagnose und adäquate Therapie für die jeweils aktuelle Erkrankungssituation) als auch Servicequalität (geringe Wartezeiten, ausreichend Zeit für Patientenkontakt, hohe Gesprächskompetenz des Gesundheitspersonals, gutes Netzwerk zur Weiterleitung an Spezialisten, etc.).

Gleichzeitig sollen die finanziellen Belastungen der Bevölkerung (und damit auch der Einzelpersonen) als Steuer- und Beitragszahler möglichst gering gehalten werden. Um diesen Interessenausgleich zu schaffen, bedarf es gesundheitspolitischer Bewältigungsstrategien und entsprechender Rahmenvorgaben bzw. adäquater Anreizsysteme für die Leistungserbringer im Gesundheits- und im angrenzenden Sozialsystem, um gemeinsam die Versorgung der Bevölkerung effektiv und gesamtwirtschaftlich kostengünstig zu leisten.

Der Erwartungshaltung von Patientinnen und Patienten kann in allen oben angeführten Aspekten und an allen Eintrittspforten in das Gesundheitssystem nicht durchgängig mit jeweils höchster Qualität entsprochen werden. Es ist daher wichtig für unterschiedliche Anforderungen unterschiedliche Zuständigkeiten zu definieren, sodass in allen, jeweils auf einzelne Aspekte fokussierten Subsystemen die jeweils höchste Qualität angeboten werden kann.

1.5.2 Maßnahmen der Gesundheitspolitik

Zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten in der Bewertung der „richtigen“ Stelle wird im Rahmen der Gesundheitsreform – neben der Implementierung einer telefonischen Gesundheitsberatung als Pilotprojekt in Vorarlberg – unter anderem die Stärkung der *Primärversorgung* forciert. Dabei soll möglichst wohnortnah bei zeitlich ausgedehnter Erreichbarkeit medizinische Beratung und Behandlung zur Verfügung stehen. Je nach Dringlichkeit des Anlassfalls sind zeitliche Verfügbarkeit und Angebotsbreite entscheidend.

Unterschiedliche Studien belegen, dass die Allgemeinmedizin in der Lage ist abschließend oder weitgehend alleinig Behandlungen – mit einem Anteil von bis zu 90 Prozent – durchzuführen, v. a. bei Kombination mit dem Einsatz von Angehörigen anderer Gesundheits- und Sozialberufe. Zudem erhöht sich der Nutzen für Patientinnen und Patienten durch die verschränkte Zusammenarbeit i. S. einer integrierten Versorgung, die größtenteils innerhalb einer Anbieterstruktur mit Lotsenfunktion zu anderen Teilbereichen des Gesundheitssystems geleistet werden kann. Durch wiederholten persönlichen Kontakt kann die Patientenbindung an diese Anbieterstruktur gestärkt werden. Aufgrund einer damit entstehenden wachsenden Kenntnis der Patientenspezifika in deren jeweiligem Lebensumfeld kann die Feststellung des adäquaten Versorgungsbedarfs (somatisch, psychisch, sozial) i. d. R. schneller und oftmals mit Einsatz geringerer (Zusatz-) Ressourcen erfolgen. Darüber hinaus können bei guter Kenntnis der Patientenspezifika frühzeitig passende Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen proaktiv angesprochen und eingeleitet werden.

Die Gesundheitsreform unterstützt die bereits jahrzehntelange Forderung „ambulant vor stationär“ mit dem Bekenntnis zum Versorgungsstufenmodell. Die hinsichtlich ihrer Versorgungswirkung verlässliche *ambulante Fachversorgung* ergänzt die primäre allgemeinmedizinische Versorgung, wobei im jeweiligen Anlassfall zielorientiert weiteres, auf Teilbereiche spezialisiertes Gesundheitspersonal sowohl im ärztlichen, pflegerischen als auch therapeutischen Bereich in den Versorgungsprozess eingebunden wird. Abhängig vom Versorgungsbedarf ergänzen extramurale Anbieter (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte oder selbständige Ambulatorien) oder Spitalsambulanzen die Versorgung; Parallelstrukturen sind so weit wie möglich zu vermeiden.

Die Entwicklungen in der modernen Medizin (minimalinvasive Behandlungsverfahren, innovative Medikamente, alternative Therapien durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, etc.) ermöglichen zunehmend ambulante (und tagesklinische) Behandlungen, die hierorts bislang im stationären Bereich geleistet wurden. In anderen Ländern erhalten Patientinnen und Patienten diese Leistungen bereits seit Jahren ohne Nachteile ambulant oder tagesklinisch. Für Patientinnen und Patienten bedeuten die entsprechenden Interventionen nur eine kurze Unterbrechung ihrer alltäglichen Lebensgewohnheiten, sie verlieren dadurch nicht den Kontakt zu ihrem sozialen Umfeld und ihren Bezugspersonen. Zudem reduzieren keine oder möglichst kurze Krankenhausaufenthalte das Infektions-Risiko mit – durchaus nicht ungefährlichen – Keimen.

Für das Ausschöpfen des gesamten medizinisch möglichen Potenzials ambulanter oder tagesklinischer Behandlung ist jedenfalls die zugehörige medizinische, pflegerische und/oder ggf. auch soziale Begleitung (Nachsorge) im Wohnumfeld vonnöten. Das bedeutet sichergestellte häusliche Unterstützung durch pflegerische, therapeutische sowie ggf. soziale Betreuung und medizinische Nachsorge. Frühzeitig beginnend mit dem im Versorgungsprozess integrierten Nahtstellenmanagement und weitergeführt durch vorrangig die teambasierte Primärversorgung oder Hausärzte/-ärztinnen in Verschränkung mit mobilen Diensten bzw. Hauskrankenpflegevereinen im jeweiligen Wohnumfeld der Patientinnen/Patienten oder ggf. bei Bedarf auch in Einrichtungen für Übergangs- bzw. Kurzzeitpflege bzw. in Langzeitpflege- und -Betreuungseinrichtungen.

Für die einzelnen Anbieterstrukturen innerhalb der Krankenanstalten (in Abteilungen oder reduzierten Organisationsformen geführte Fachbereiche) bedeutet der erhöhte Stellenwert des ambulanten Versorgungsbereichs keinen Nachteil. Analog zum LKF-Modell für den stationären Bereich wurde auf Bundesebene ein LKF-Modell für den ambulanten Bereich entwickelt, das in Vorarlberg bereits ab 2017 zum Einsatz kommt. Die ausreichende Abgeltung ambulanter Leistungen soll die bisherigen Fehlanreize für medizinisch nicht notwendige stationäre Aufnahmen (zwecks Kostendeckung) neutralisieren.

Wird das Potenzial an ambulanten Behandlungen weitreichend ausgeschöpft, sind die stationären Strukturen entsprechend zu justieren bzw. deutlich zu reduzieren und dem tatsächlichen Versorgungsbedarf anzupassen. Die freiwerdenden Ressourcen sind verstärkt in der Prozessoptimierung im ambulanten Bereich einzusetzen.

Erfordern Art und Intensität der Intervention bzw. Komplexität und Komplikationsmanagement der Behandlung den stationären Aufenthalt, muss die jeweilige Anbieterstruktur hohe Versor-

gungsqualität sicherstellen. Patientinnen und Patienten erwarten neben der Servicequalität (bedarfsangepasste Wartezeiten für geplante Aufenthalte bzw. Operationen, gute Unterbringung und Verpflegung) vor allem hohe Behandlungsqualität, die nur durch fachlich gut ausgebildetes und quantitativ ausreichendes Gesundheitspersonal zu erfüllen ist.

1.5.3 Fließende Übergänge in der Versorgung von Patientinnen und Patienten zwischen Gesundheits- und Sozialbereich

Mit dem deutlichen Anwachsen der älteren Bevölkerungsgruppen, mit denen eine höhere Erkrankungshäufigkeit sowie vermehrter Betreuungs- und Pflegebedarf einhergeht ist (nicht nur) Vorarlberg gefordert, die Versorgung insbesondere dieser Bevölkerungsgruppen in Art und Umfang bedarfs- und bedürfniskonform zu gestalten.

Ziel ist, sowohl den Gesundheitsstatus als auch den Autonomiegrad insbesondere der älteren Bevölkerung möglichst lange durch adäquate medizinische Beratung und Behandlung in Verbindung mit sozialer Begleitung und Betreuung sowie Pflegemaßnahmen so hoch zu erhalten, dass ältere Personen möglichst lange in ihrem angestammten sozialen Umfeld verbleiben können.

Die Integration der Planungen zu diversen Betreuungsformen und Pflegeangeboten in den neuen Regionalen Strukturplan Gesundheit, Betreuung und Pflege zeigt die enge Verwobenheit der multidimensionalen Aufgaben im Gesundheits- und Sozialbereich, ausreichende Versorgungssicherheit für ältere Menschen im Rahmen einer integrativen Versorgungsplanung herzustellen.

Die Auswahl von personenbezogen jeweils geeigneten Betreuungskonzepten aus der Vielfalt der Betreuungs- und Pflegeangebote ist in jedem Einzelfall – u. a. in Abhängigkeit von den jeweiligen medizinischen Erfordernissen – aufbauend auf die, den Betroffenen zur Verfügung stehenden gesundheitlichen und sozialen Ressourcen immer begleitend zum medizinischen Versorgungsprozess abzustimmen und jeweils anlassbezogen zu adaptieren.

Die Planung eines vielfältigen Betreuungs- und Pflegeangebots (mobil und ambulant bis stationär) in Abstimmung und enger Kooperation mit den medizinischen Angeboten (ambulant bis stationär) zeigt die Verantwortung des Landes Vorarlberg, sich auf die zukünftigen Herausforderungen vorzubereiten und dafür Sorge zu tragen, eine hohe Versorgungsqualität für seine Bürgerinnen und Bürgern in den Lebensphasen mit erhöhtem Bedarf an Unterstützungsleistungen in unterschiedlichster Art sicherzustellen.

Der Regionale Strukturplan Gesundheit, Betreuung und Pflege Vorarlberg dient daher als Grundlage für eine aufeinander abgestimmte Angebotsplanung im Gesundheits- und Sozialbereich in Vorarlberg.

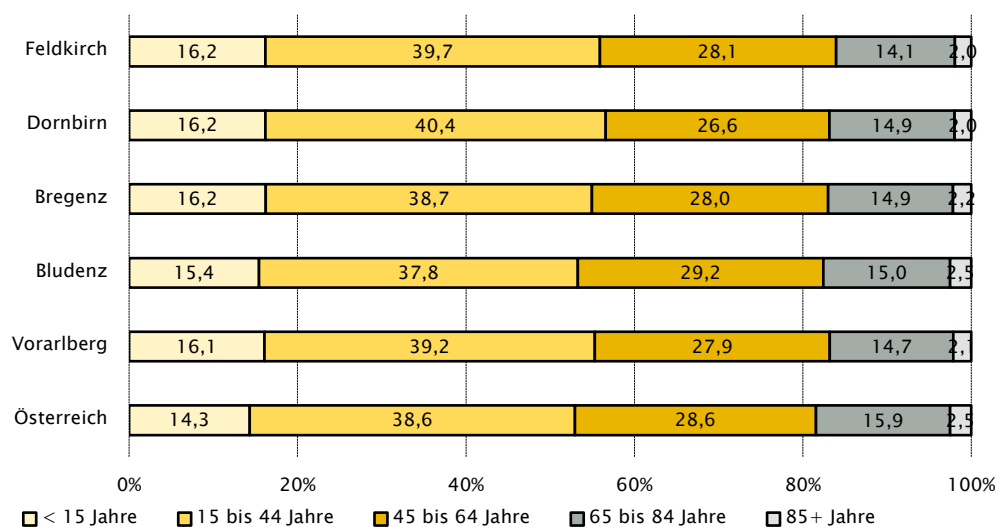
2 Rahmenbedingungen

2.1 Demografische Struktur und Entwicklung in Vorarlberg

Zu Jahresbeginn 2016 lebten in Vorarlberg 384.147 Menschen, das sind 4,4 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung. Die einwohnerstärksten Bezirke waren Bregenz mit 131.350 sowie Feldkirch mit rund 104.050 Einwohnern/Einwohnerinnen.

Das Bundesland Vorarlberg weist einen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höheren Anteil an jüngeren Menschen auf. Der Anteil der unter 15-Jährigen liegt mit 16,1 Prozent über dem Österreich-Wert von 14,3 Prozent. Gleichzeitig sind 16,8 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung 65 Jahre oder älter, während es bundesweit 18,4 Prozent sind. Damit zählt Vorarlberg neben Tirol und Salzburg zu den Bundesländern mit der jüngsten Bevölkerung (vgl. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:
Altersverteilung im Bundesland Vorarlberg und Österreich insgesamt, 2016

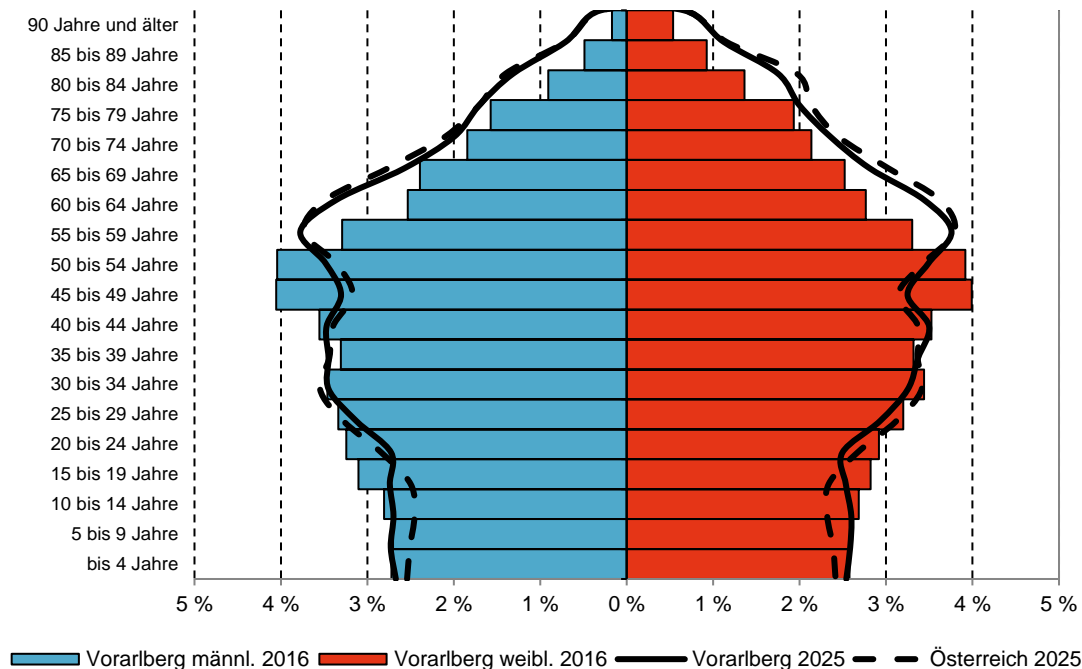


Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2016);
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Vorarlbergs Einwohnerzahl wird in den Jahren 2016 bis 2025 um rund sechs Prozent wachsen, wobei der Bevölkerungsanteil in der Versorgungsregion Rheintal–Bregenzerwald (VR 81) mit rund 7,5 Prozent stärker zunehmen wird als jener in der Versorgungsregion Vorarlberg–Süd (VR 82: +4,1 Prozent).

In Vorarlberg steigt – wie in Österreich insgesamt – das Durchschnittsalter der Gesellschaft (vgl. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2:
Bevölkerungspyramide Vorarlberg 2016/2025



Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2016); regionalisierte Bevölkerungsprognose 2015; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Entsprechend der aktuellen Bevölkerungsprognose der Statistik Austria wird die Bevölkerung Vorarlbergs bis 2025 um knapp über sechs Prozent wachsen (vgl. Tabelle 2.1). Der Anteil der unter 19-Jährigen wird im Jahr 2025 mit 21 Prozent nahezu gleich hoch sein wie 2016 (22 Prozent). Während die Bevölkerungszahl insgesamt ansteigt, bleibt die Altersgruppe der unter 60-Jährigen mit rund 300.000 Personen relativ konstant. Stellte die Altersgruppe der über 60-Jährigen im Jahr 2015 mit ca. 83.000 Personen einen Anteil von insgesamt knapp 22 Prozent, wird diese Gruppe im Jahr 2025 mit über 106.000 Personen bei 26 Prozent liegen. Der Anteil der über 75-Jährigen an der Bevölkerung im Bundesland Vorarlberg wird sich von 7,9 Prozent im Jahr 2016 auf 9,5 Prozent im Jahr 2025 erhöhen (in Österreich insgesamt von 8,8 Prozent auf 10,0 Prozent). Die Gruppe der Hochbetagten (über 85-Jährige) wächst von rund 8.150 Einwohnern/Einwohnerinnen oder 2,1 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung im Jahr 2016 bis zum Jahr 2025 sukzessive auf rund 11.300 Einwohner/innen an (2,8 Prozent der Bevölkerung). Damit zeigt sich entsprechender Handlungsbedarf, die Versorgung im Gesundheits- und Sozialbereich insbesondere auf die Erfordernisse der älteren Bevölkerungsgruppen anzupassen.

Tabelle 2.1:

Zusammensetzung der Altersgruppen in Vorarlberg in den Jahren 2016, 2020, 2025

Anzahl Einwohnerinnen/Einwohner	2016	2020	2025
0 bis 19 Jahre	84.536	84.617	85.992
20 bis 59 Jahre	214.754	218.672	215.341
60 bis 74 Jahre	54.510	58.846	67.387
75 bis 84 Jahre	22.191	25.163	27.560
85 Jahre und älter	8.156	9.258	11.364
Vorarlberg	384.147	396.556	407.644

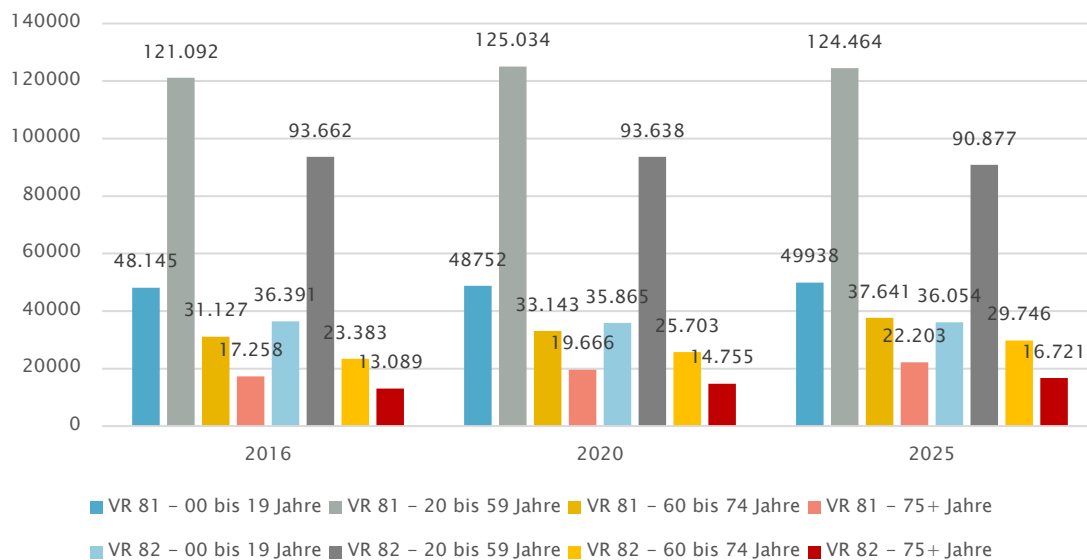
Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2016); regionalisierte Bevölkerungsprognose 2015; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Die beiden Versorgungsregionen zeigen deutliche Entwicklungsunterschiede (vgl. Abbildung 2.3). In der bevölkerungsreicheren VR 81 wachsen im Zeitraum 2016 bis 2025 beide Altersgruppen (unter 60-Jährige um 3 Prozent auf 174.400, über 60-Jährige um 24 Prozent auf knapp 60.000). Die Bevölkerung der VR 82 wächst ausschließlich durch den zunehmenden Anteil der über 60-Jährigen mit einem Zuwachs von rund 27 Prozent auf insgesamt knapp 46.500 Personen, dagegen nimmt die Altersgruppe der unter 60-Jährigen um 2,5 Prozentpunkte auf 127.000 Personen ab.

In beiden Versorgungsregionen wachsen die jeweils relativ kleinen Anteile der Altersgruppe über 75 Jahre am stärksten (um rund 28 Prozent) auf jeweils rund zehn Prozent der Gesamtbevölkerung. Mit jeweils ca. 22 Prozent Bevölkerungsanteil der Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahre im Jahr 2016 nimmt in der VR 81 ihre Anzahl wesentlich zu (auf knapp 50.000 Kinder und Jugendliche), in der VR 82 bleibt ihre Anzahl relativ konstant bei ca. 36.000 Kindern und Jugendlichen; in beiden Versorgungsregionen werden sie im Jahr 2025 ca. 21 Prozent der insgesamt wachsenden Bevölkerung bilden.

Abbildung 2.3:

Bevölkerungsentwicklung 2016–2025 in den Versorgungsregionen Rheintal–Bregenzerwald (VR 81) und Vorarlberg–Süd (VR 82) nach Altersgruppen



Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2016); regionalisierte Bevölkerungsprognose 2015; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Diese Entwicklungen, insbesondere in der Altersgruppe der über 60-Jährigen, lassen eine vermehrte Inanspruchnahme von bestimmten Versorgungsangeboten erwarten. Die Versorgungsstruktur muss auf den veränderten altersgruppenspezifischen Versorgungsbedarf in den beiden Versorgungsregionen angepasst werden. Gleichzeitig betrifft die demografische Entwicklung auch die derzeit tätigen Leistungserbringer/innen im Gesundheitswesen. Um den steigenden Versorgungsbedarf mit den zukünftig verfügbaren (knapperen) Personalressourcen in den Gesundheitsberufen zu bewältigen, wird neben Ausbildungsoffensiven zur Nachwuchsförderung die Neugestaltung der Gesundheitsversorgung in allen Versorgungsstufen und Teilbereichen und in enger Verzahnung mit dem Sozialbereich unabdingbar sein.

2.2 Epidemiologische Kernindikatoren

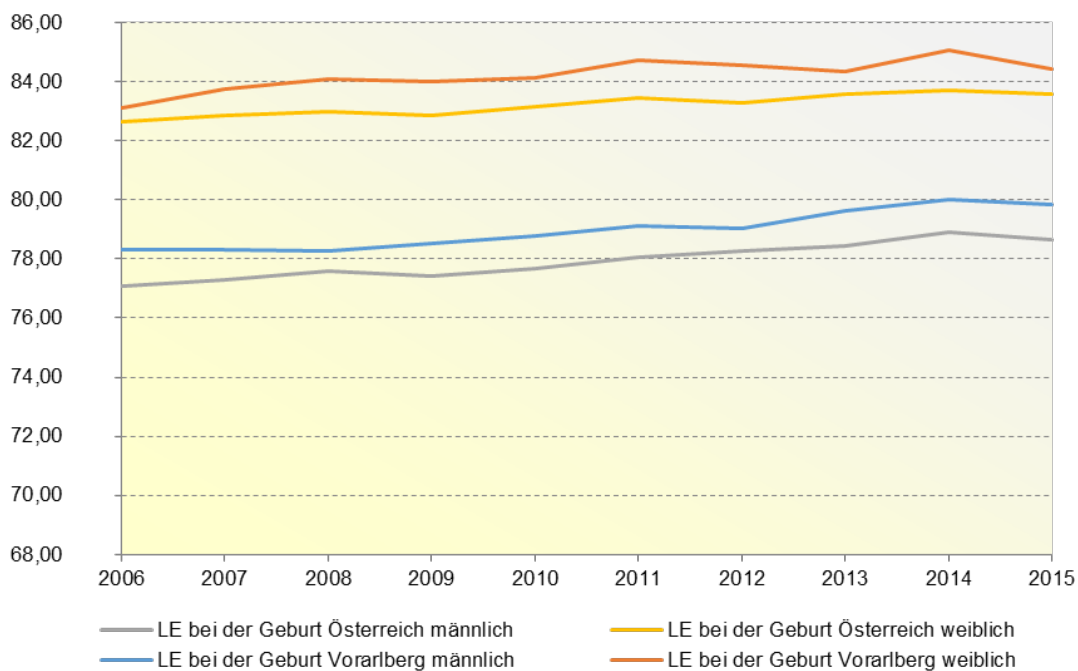
Lebenserwartung bei Geburt

Im Zeitraum 2006 bis 2015 ist die Lebenserwartung bei der Geburt für den weiblichen Bevölkerungsanteil im Bundesland Vorarlberg von 83,1 auf 84,4 Lebensjahre angestiegen und lag damit im Jahr 2015 um knapp ein Jahr über der Lebenserwartung in Gesamtösterreich (2015: 83,6). Die Lebenserwartung der Vorarlberger Frauen lag damit im Durchschnitt des Betrachtungszeitraumes rund ein Jahr über der Lebenserwartung der Frauen in Österreich insgesamt (vgl. Abbildung 2.4).

Im Zeitraum 2006 bis 2015 ist die Lebenserwartung bei der Geburt für den männlichen Bevölkerungsanteil im Bundesland Vorarlberg von 78,3 auf 79,8 Lebensjahre angestiegen und lag damit im Jahr 2015 um 1,2 Jahre über der Lebenserwartung in Gesamtösterreich (2015: 78,6). Die Lebenserwartung der Vorarlberger Männer lag damit im Durchschnitt des Betrachtungszeitraumes rund ein Jahr über der Lebenserwartung der Männer in Österreich insgesamt (vgl. Abbildung 2.4).

Abbildung 2.4:

Lebenserwartung bei der Geburt (LE) der Vorarlberger und der österreichischen Wohnbevölkerung, 2006 bis 2015 (in Jahren)



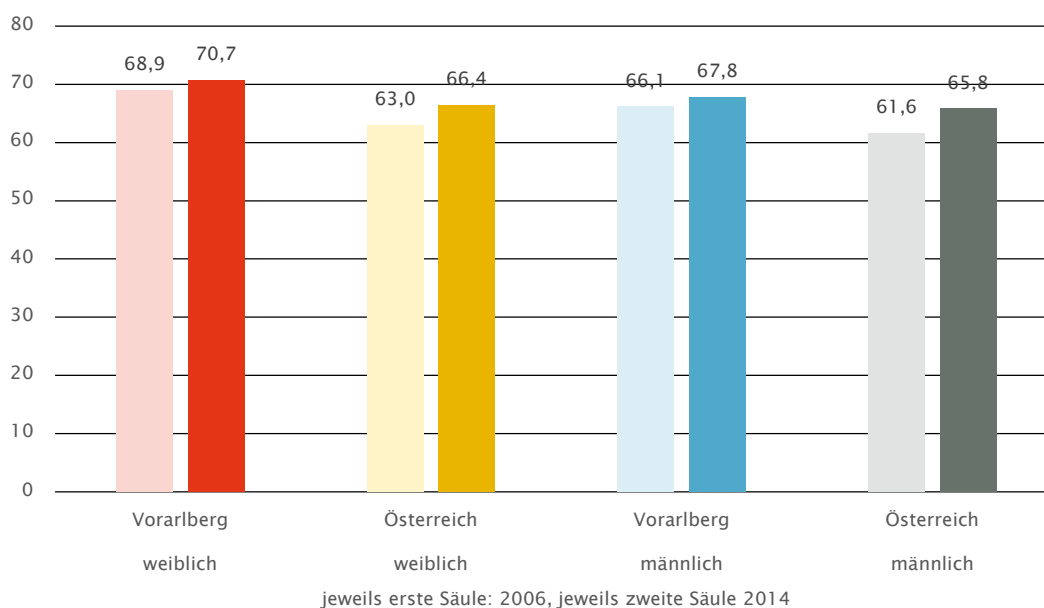
Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2006–2015, Todesursachenstatistik 2006–2015; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Lebenserwartung in Gesundheit bei Geburt

Die Lebenserwartung in Gesundheit bei der Geburt betrug für Frauen im Jahr 2006 68,9 Jahre und erhöhte sich bis 2014 auf 70,7 Jahre, für die Männer stieg sie im nahezu gleichen Ausmaß von 66,1 auf 67,8 Jahre (vgl. Abbildung 2.5). Damit lag die Lebenserwartung in Gesundheit bei der Geburt in Vorarlberg zu beiden Beobachtungszeitpunkten sowohl für Frauen als auch für Männer über den gesamtösterreichischen Werten, jedoch hat sich das Ausmaß des „Vorsprungs“ Vorarlbergs zum Teil deutlich reduziert: jener der Frauen von 5,9 auf 4,4 Jahre, jener der Männer von 4,6 auf 2,0 Jahre.

Abbildung 2.5:

Lebenserwartung in Gesundheit bei der Geburt der Vorarlberger und der österreichischen Wohnbevölkerung (in Jahren), 2006 und 2014



Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2006 und 2014, Gesundheitsbefragungen 2006/2007 und 2014, Todesursachenstatistik 2006 und 2014; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Altersstandardisierte Sterblichkeit nach Haupttodesursachen (2015–2025)

In Vorarlberg verstarben im Zeitraum 2006 bis 2015 – gemessen an den altersstandardisierten Raten – sowohl weniger Frauen als auch weniger Männer an allen betrachteten Todesursachen als in Österreich insgesamt (vgl. Tabelle 2.2). Während bei den Frauen in Vorarlberg mit 771,3 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/innen (EW) rund 83 Todesfälle pro 100.000 EW weniger als in Österreich insgesamt (854,1) verzeichnet wurden, sind bei den Männern in Vorarlberg mit 1.170 Todesfällen pro 100.000 Einwohner/innen 115 Todesfälle pro 100.000 EW weniger aufgetreten als in Österreich (1.285,3). Vor allem für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD10 I00–I99) ist der Unterschied deutlich:

- » Frauen: Sterblichkeit in Vorarlberg um rund 14 Prozent (351,5 Todesfälle pro 100.000 EW) niedriger als in Gesamtösterreich (402,3 Todesfälle pro 100.000 EW)
- » Männer: Sterblichkeit in Vorarlberg um rund 12 Prozent (485,9 Todesfälle pro 100.000 EW) niedriger als in Gesamtösterreich (542,1 Todesfälle pro 100.000 EW)

Auf Bezirksebene lassen sich hinsichtlich der altersstandardisierten Sterblichkeit mit einer Ausnahme keine signifikanten Unterschiede zum Landesdurchschnitt feststellen. Die gegenüber dem

Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit an *Sonstigen Todesursachen* im Bezirk Dornbirn (101,9 Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner) ist wenig aussagekräftig, da es sich bei dieser Gruppe um die „Restgruppe“ handelt, die im Vergleich zu den anderen Todesursachen selten dokumentiert wurde (im Zeitraum 2006–2025 insgesamt nur 364 Fälle).

Tabelle 2.2:

Altersstandardisierte Sterblichkeit nach Haupttodesursachen 2006 – 2015¹⁾

	männlich									weiblich								
	alle	HKE	BN	PUL	VER	ENDO	VV	dav. Suizid	SON	alle	HKE	BN	PUL	VER	ENDO	VV	dav. Suizid	SON
Bludenz	1.154,4	478,7	321,0	76,1	42,7	47,3	71,6	20,8	101,6	761,9	343,2	208,2	39,1	19,2	37,5	30,7	4,8	71,1
Bregenz	1.171,8	507,3	322,4	69,1	37,9	53,7	70,4	20,7	94,8	774,9	368,9	190,6	27,4	23,2	45,5	29,7	5,5	78,5
Dornbirn	1.195,4	472,8	342,3	77,4	42,6	42,9	76,5	26,8	124,1	788,2	358,0	189,0	28,3	25,7	34,0	36,2	7,6	101,9'
Feldkirch	1.157,8	470,4	325,6	85,3	49,2	40,9	61,8	18,2	110,8	758,1	326,6	192,0	39,6	27,2	35,8	30,3	5,8	94,0
Vorarlberg	1.170,3	485,9	327,5	76,1	42,8	46,8	69,7	21,4	106,0	771,3	351,5	193,9	32,8	24,0	39,1	31,4	5,9	85,9
Burgenland	1.392,2*	607,6*	364,5*	75,0	50,6	89,8*	74,8	22,2	109,2	887,5*	433,0*	196,4	34,6	25,0	69,6*	28,5	3,7	85,9
Kärnten	1.281,2	516,6	344,9	91,6*	49,9	62,8	93,2*	30,4*	106,2	825,4	382,4	198,0	42,1	27,4	44,5	37,8*	7,8	80,7
Niederösterreich	1.335,1*	554,4*	352,4*	87,7*	55,9*	75,2*	85,8*	27,0	108,6	898,3*	418,8*	209,1*	46,5*	31,0*	58,2*	33,4	6,1	88,5*
Oberösterreich	1.269,2	537,8	326,5	91,0*	47,6	55,5	82,0	26,2	110,2	843,8	402,5	192,9	44,9*	28,1	43,8	33,3	6,7	84,3*
Salzburg	1.167,3	483,6	298,6	81,5	41,2	44,3	90,5*	28,4	114,3	796,2	363,2	189,1	40,5	26,5	33,8	37,1*	7,1	94,9*
Steiermark	1.294,6	542,5	341,8	78,2	52,1	62,4	85,4*	32,7*	113,3*	838,0	396,7	201,0	35,3	27,3	51,5*	30,3	8,3*	81,1
Tirol	1.160,5	466,7	319,0	86,5	38,5	44,9	81,8	23,2	107,9	792,8	357,9	196,2	42,6	23,4	38,9	37,0*	7,3	85,7*
Wien	1.333,8*	592,1*	366,9*	72,4	58,1*	61,2	67,5	20,7	98,6	893,9*	428,0*	229,7*	42,9	35,7*	45,4	33,0	7,1	65,5
Österreich	1.285,3	542,1	342,2	82,7	50,9	61,7	81,0	26,2	107,9	854,1	402,3	205,1	41,7	29,2	48,0	33,3	6,9	81,1

¹⁾ Todesfälle je 100.000 Einwohner, Standardbevölkerung = Europabevölkerung 2013' gegenüber dem Landesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit im Bezirk ($p \leq 0,1$)* gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant erhöhte Sterblichkeit im Bundesland ($p \leq 0,1$)

alle = Alle Todesursachen (ICD10 A00–Y89)

HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD10 I00–I99)

BN = Bösartige Neubildungen – Krebserkrankungen (ICD10 C00–C97)

PUL = Erkrankungen der Atmungsorgane

VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD10 K00–K93)

VV = Verletzungen, Vergiftungen u. andere Folgen äußerer Ursachen (ICD 10 S00–T98); Suizid (ICD10 X60–X84)

SON = Sonstige Todesursachen

Quellen: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2006–2015, Todesursachenstatistik 2006–2015; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

3 Ambulanter ärztlicher Bereich

Nachstehende Darstellung bietet einen Überblick über die Arbeiten, Methoden und Ergebnisse zum RSG Vorarlberg –Ambulanter Bereich – Ärztliche Versorgung. Detaillierte Informationen sind unter <http://www.vgkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.593285&version=1465541548> anhand des Originaldokuments ersichtlich.

Der mit Planungshorizont 2015 beschlossene „RSG Vorarlberg – ambulanter ärztlicher Bereich“ wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe bestehend aus Mitgliedern des Landes, der Ärztekammer sowie der VGKK aktualisiert, wobei sich diese Aktualisierung auf eine Erweiterung des Planungshorizonts auf 2020 unter Fortschreibung der bestehenden Methode bezog. Vorgaben mit dem Planungshorizont 2025 liegen nicht vor.

Mit der Planung wurden nachstehenden Ziele verfolgt:

- » Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung
- » Ausgleich regionaler Über- oder Unterversorgung
- » Gesamthafte Sichtweise und Planung der gesamten ambulanten ärztlichen Gesundheitsversorgung

3.1 Methoden und Datengrundlagen

Die Planung orientiert sich an folgenden **Kriterien**:

- » **Demographie**
Bevölkerungsdichte, Altersstruktur und Geschlechtsverteilung in ihrer zeitlichen Entwicklung
- » **Wegstrecken**
Regionale Entfernungen zu Leistungserbringern, aber auch Pendlerverhalten im Hinblick auf die Inanspruchnahme
- » **Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung**
Unterschiede bei der Leistungsanspruchnahme durch die regionale Bevölkerung
- » **Belastung der Leistungsanbieter:**
Unterschiedliche Belastung der bestehenden Leistungsanbieter einer Region

Nachstehende **Daten** wurden im Rahmen der Arbeiten beigezogen:

- » Die Planung erfolgte für nachstehend abgebildete Fachgruppen:
 - » Augenheilkunde und Optometrie (AU)
 - » Haut- und Geschlechtskrankheiten (DER)
 - » Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH)
 - » Hals- Nasen- und Ohrenkrankheiten (HNO)
 - » Innere Medizin (IM)
 - » Kinder- und Jugendheilkunde (KIN)
 - » Lungenkrankheiten (PUL)

- » Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (OR)
- » Radiologie (RAD)
- » Urologie (URO)
- » Allgemeinmedizin (PRA)

Weitere Fachgruppen wurden nicht einbezogen, was mit Hinweis auf teils fehlende bzw. auch zu geringe Strukturdaten, mangelnde Relevanz und/oder Priorität begründet wurde.

- » In die Kapazitätserhebung eingeflossen sind die Daten aller sozialen KV-Träger für anspruchsberechtigte Personen mit gespeicherter Wohnadresse in Vorarlberg. Leistungsansprüche in anderen Bundesländern oder im Ausland sind nicht berücksichtigt.
- » Für Daten zur Inanspruchnahme wurden bei den Leistungserbringern die Anzahl aller (Patientinnen/Patienten-)Kontakte pro Tag für das Jahr 2014 aufgeteilt nach
 - » Bezirk (Wohnsitz),
 - » Fachrichtung,
 - » Geschlecht und
 - » Alter (in 10-Jahresintervallen)

erhoben und ausgewertet.

Soweit bei den Daten der Wohnsitz der Patientin/des Patienten fehlte, sind diese bezirksmäßig nach den in Anspruch genommenen Ärzten (Ordinationssitz) zugeordnet. Unvollständige Datensätze, bei denen eine Zuordnung unmöglich war, sind den einzelnen Bezirken im Verhältnis der zuordenbaren Daten zugeschlagen.

Wahlärztliche Kapazitäten, welche in Vorarlberg ebenfalls vermehrt Einfluss auf das Versorgungsgeschehen nehmen, sind nicht enthalten, da einerseits deren Berücksichtigung im gesetzlichen Auftrag der sozialen Krankenversicherung nicht vorgesehen und andererseits auch keine Steuerungsmöglichkeiten für eine Planung bestehen.

- » Bezüglich des Ortes der Inanspruchnahme sind jeweils die Daten bei niedergelassenen Vertrags(fach-)Ärztinnen/Ärzten und in Spitalambulanzen von landesfondsfinanzierten Krankenanstalten in Vorarlberg berücksichtigt. Ärztliche Leistungen in Instituten (Ambulatorien) sind in den geplanten Fachrichtungen nicht vorhanden.

Planungsschritte

- » Die Planung basiert mangels vergleichbarer Leistungskataloge im niedergelassenen und spitalambulantem Bereich auf vorhandenen Kapazitäten, wobei als Planungsgröße Standardversorgungseinheiten (SVE) gebildet und angewandt werden.
- » Ermittlung aller kurativen Positionen mit (potentiellem) Patientenkontakt aus den Abrechnungsdaten der KV-Träger pro Fachgruppe. Gleiche Vorgangsweise bei den KA, wobei alle Kontakte von stationären Patientinnen/Patienten in den Spitalambulanzen unberücksichtigt bleiben. Die so ermittelten Kontakte sind für eine Darstellung der regionalen Inanspruchnahme nach dem Wohnort der Patientin/des Patienten den Bezirken (VR) zugeordnet. Daraus ist ersichtlich, welche Nachfrage nach medizinischen Leistungen aus einer VR entsteht.
- » Alle Kontakte (spitalsambulant und extramural), bei denen der Bezirk der Inanspruchnahme nicht mit dem Wohnbezirk der Patientin/des Patienten übereinstimmt, sind als Pendlerkon-

takte definiert. Bei den Daten der KV-Träger fanden nur jene der VGKK (ohne Berücksichtigung der Sondersicherungsträger) Eingang, die Daten der Sondersicherungsträger sind verhältnismäßig der Gesamtzahl der Kontakte zugeordnet. Dies ermöglicht die Identifikation von Inanspruchnahmen außerhalb der VR, in der die Patienten wohnen.

- » Um Aussagen über das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten in den einzelnen VR treffen zu können, wurde ein eigener Faktor RFI (Regionaler Faktor für die Inanspruchnahme) berechnet. Die Berechnung erfolgte in folgenden Schritten:

1. Berechnung des Wertes I_R für die regionale Inanspruchnahme:

$$\text{Wert } I_R = \frac{\text{Frequenz Inanspruchnahme Bezirk}}{\text{Bevölkerungszahl Bezirk}}$$

Die Berechnung des Wertes I_R erfolgt pro Altersdekade und pro Geschlecht.

2. Berechnung des Wertes I_G für Vorarlberg unter Berücksichtigung der Gesamtbevölkerungszahlen für Vorarlberg sowie der Frequenz der in Anspruch genommenen Leistungen.

$$\text{Wert } I_G = \frac{\text{Frequenz Inanspruchnahme Vlb. gesamt}}{\text{Bevölkerungszahl Vlb. gesamt}}$$

3. Division der Werte I_R pro Geschlecht, Bezirk und Altersgruppe durch den Gesamtwert I_G ergibt den RFI.

4. Die Berechnung erfolgt pro Fachgruppe (FG), getrennt nach Bezirken und wird als Faktor RFI (Abweichung von der landesweiten Inanspruchnahmerate, welche mit 1 bewertet wird) dargestellt.

- » Die für die Bildung einer Standardversorgungseinheit (SVE) herangezogenen Werte errechnen sich aus der fachgruppenspezifischen Frequenz der Leistungserbringung anhand des Medianwertes (= jener Wert, den mindestens 50% der Leistungserbringer überschreiten). Diese Maßzahl wurde für jedes Fachgebiet getrennt bestimmt.

$$5. \quad \sum \text{SVE} = \frac{\text{Frequenz Leistungserbringer}}{\text{Median}}$$

Für die Berechnung der Medianwerte sind nur jene Leistungserbringer berücksichtigt, welche mit der VGKK in einem Vertragsverhältnis standen und 2014 ganzjährig tätig waren.

- » Anhand der regionalen Inanspruchnahmedaten der Patienten und des berechneten Medianwerts pro FG werden die benötigten SVE ermittelt.
- » Die Ermittlung und Darstellung der Versorgungssituation nach der regionalen Situierung der Leistungserbringer erfolgt anhand derzeit vorhandener SVE. Die Werte sind auf Bezirksebene berechnet und zu VR summiert.
- » Vergleich der regional vorhandenen SVE mit den aus der Inanspruchnahme ermittelten Bedarfswerten. Unterschiede der Versorgung, welche sich aus dem Vergleich einerseits nach dem Kriterium der Inanspruchnahme und andererseits nach jenem der Leistungserbringung ergaben, wurden analysiert und in die Ermittlung der benötigten SVE einbezogen.
- » Die alters- und geschlechtsspezifischen Prognosedaten für die Bevölkerungsentwicklung in Vorarlberg 2020 (Planungshorizont) für eine Darstellung der demographischen Entwicklung

beruhen auf Daten der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK). Das zukünftige Inanspruchnahmeverhalten 2020 ist anhand der regionalen geschlechts- und altersspezifischen Faktoren auf die veränderte Bevölkerungsprognose projiziert.

- » Auf Basis der Evaluation des RSG 2015 wurde erhoben, inwiefern die Planung der Frequenzen in die Zukunft mit den realen Daten übereinstimmte. Dies wurde für jede Fachgruppe einzeln durchgeführt und ein Faktor für die Glättung der demographischen Entwicklung ermittelt, welcher eine Über- bzw. Unterplanung ausgleichen soll.

Die **Planung der ambulanten Versorgung** gem. den Zielen lt. den Eckpunkten zur Planung im ambulanten Bereich erfolgt fachgruppenspezifisch grundsätzlich nach Bezirken, allerdings auch unter Berücksichtigung der VR soweit überregional notwendig. Das Pendlerverhalten wurde analysiert und natürliche Einzugsgebiete (bezirksübergreifend) soweit möglich einbezogen. Die Ergebnisse sind anhand vorhandener bundesweit vergleichbarer Strukturkennzahlen zur ärztlichen Versorgung plausibilisiert und abgeglichen.

Die Planung innerhalb der oben erwähnten Arbeitsgruppe bestehend aus Mitgliedern des Landes, der Ärztekammer sowie der VGKK erfolgte in mehreren Teilschritten.

1. Gemeinsame Festlegung der Parameter und Rechenvorgänge.
2. Berechnung lt. diesen Vorgaben durch die Kasse.
3. Gemeinsame Analyse der Ergebnisse und Beauftragung ergänzender Analysen, welche wiederum von der Kasse berechnet wurden.
4. Abgleich der Ergebnisse und Plausibilisierung anhand bundesweiter Strukturdichtekennzahlen.

3.2 Planung der ambulanten Versorgung nach Fachrichtungen nach Bezirken

Auf Basis der realen regionsspezifischen Versorgungslage im spitalsambulanten sowie extramuralen Bereich, unter Bezugnahme auf das regionale Inanspruchnahmeverhalten konnten Unterschiede auf regionaler Ebene aufgezeigt und analysiert werden. Das Versorgungsangebot wurde unter Berücksichtigung der prognostizierten geänderten Bevölkerungsstruktur im Jahr 2020, geplant und die notwendigen Kapazitäten auf regionaler Ebene optimiert

Nachstehende Tabellen zeigen die Planungsergebnisse nach Fachrichtungen auf Ebene der Bezirke, der Versorgungsregionen sowie landesweit.

Legende zu untenstehenden Tabellen:

Inanspruchnahme durch Bevölkerung	Die Daten geben die (potentiellen) Kontakte nach dem Wohnsitz der Patienten wieder – unabhängig, wo die Leistung in Anspruch genommen wurde (Quellbedarf).
Leistungserbringung in der Region	Die Daten geben die potentiellen Kontakte bei den regionalen Leistungserbringern wieder – unabhängig davon, woher die Patienten kommen (Kapazität der Leistungserbringer)
FG	Fachgruppen, die in die Planung einbezogen sind
Bezirk/VR	Bezirke bzw. Versorgungsregionen gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit
Frequenz Inanspruchnahme	Gesamtzahl der (potentiellen) Kontakte pro Tag bei einem Vertragsarzt oder in einer KH-Ambulanz 2014
davon KH-Ambulanzen	Teilmenge der Kontakte in einer Ambulanz einer landesfondsfinanzierten Krankenanstalt (ausgenommen KA der Stiftung Maria Ebene)
Anteil Pendler in % RFI	Anteil jener Kontakte, die außerhalb des Wohnbezirkes bzw. der zugehörigen VR angefallen sind Regionaler Faktor der Inanspruchnahme; stellt die Abweichung der Inanspruchnahmerate im Bezirk/der VR von der Inanspruchnahmerate im Landesdurchschnitt dar; ein Wert unter/über 1 bedeutet, dass im Bezirk/VR Vertragsärzte/KH-Ambulanzen durchschnittlich weniger oft/öfter in Anspruch genommen wurden als im Landesdurchschnitt. Der Wert ist jeweils alters- und geschlechtsstandardisiert.
SVE LE 2014/2020	berechnete Standardversorgungseinheiten der Leistungserbringer (Vertragsärzte und KH-Ambulanzen) im Basisjahr 2014 sowie im Jahr 2020 (Planungshorizont)
SVE LE Veränderung	absolute Differenz der SVE 2020 zu 2014

3.2.1 Augenheilkunde und Optometrie

Tabelle 3.1:
Ambulante Bedarfsplanung Augenheilkunde und Optometrie

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
AUG	Bregenz	35.731	2.516	31,70	0,9	4,5	5,0	0,5
	Dornbirn	27.567	4.305	19,28	1,0	6,0	6,0	0,0
	VR 81	63.298	6.821	14,63	1,0	10,5	11,0	0,5
	Feldkirch	38.627	3.378	9,76	1,1	9,0	10,0	1,0
	Bludenz	23.917	6.848	23,62	1,3	3,5	3,5	0,0
	VR 82	62.544	10.226	5,05	1,2	12,5	13,5	1,0
	VR 81 + VR82	125.842	17.047	9,87	1,0	23,0	24,5	1,5

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

In den Bezirken Bregenz und Bludenz ergibt sich ein erhöhtes Pendlerverhalten, welches sich auf Ebene der VR relativiert. Bei einer Detailbetrachtung zeigt sich, dass die Leistungsanspruchnahme vor allem in den Bezirken der gleichen VR wechselt (insbesondere zwischen den Bezirken Bregenz und Dornbirn), dies spiegelt sich auch bei der Betrachtung des regionalen Inanspruchnahmeverhaltens wieder. Durch die Einbeziehung der demographischen Entwicklung ist mit einer

Erhöhung der Anzahl der Leistungserbringer von 1,5 SVE zu rechnen. Der Glättungsfaktor zeigt eine sehr hohe Übereinstimmung der Planung 2015 und der realen Versorgung.

3.2.2 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Tabelle 3.2:

Ambulante Bedarfsplanung Haut- und Geschlechtskrankheiten

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
DER	Bregenz	30.157	2.588	23,96	0,9	3,5	4,0	0,5
	Dornbirn	22.403	3.133	28,78	1,2	3,0	3,0	0,0
	VR 81	52.560	5.721	15,58	1,0	6,5	7,0	0,5
	Feldkirch	25.192	2.902	14,42	1,0	4,5	5,0	0,5
	Bludenz	15.377	6.305	28,24	1,1	2,0	2,0	0,0
	VR 82	40.569	9.207	6,74	1,0	6,5	7,0	0,5
	VR 81 + VR82	93.129	14.928	11,73	1,0	13,0	14,0	1,0

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Die Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten zeigt ein unterschiedliches Pendlerverhalten der VR 81 und der VR 82. Während sich dies in der VR 82 weitgehend relativiert, bleibt dieses in der VR 81 auch über die Grenzen der VR hinaus bestehen, was sich überwiegend auf den Bezirk Feldkirch fokussiert. Dies lässt sich zum einen mit der Ambulanz für Dermatologie im LKH Feldkirch begründen, zum anderen mit neu geschaffenen Kapazitäten im Bezirk Feldkirch. Der Abgleich mit dem Plansoll für 2015 ergab, dass rund 11 Prozent mehr Leistungen erbracht, als geplant wurden. Aufgrund dieses Abgleiches sowie der demographischen Entwicklung ergibt sich ein Mehrbedarf von einer SVE.

3.2.3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Tabelle 3.3:

Ambulante Bedarfsplanung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
GYN	Bregenz	40.653	3.898	15,47	1,0	8,0	9,0	1,0
	Dornbirn	27.614	10.681	15,61	1,1	7,0	8,0	1,0
	VR 81	68.267	14.579	3,42	1,1	15,0	17,0	2,0
	Feldkirch	27.374	8.475	22,29	0,9	5,0	6,0	1,0
	Bludenz	18.726	6.845	12,15	1,0	4,0	4,5	0,5
	VR 82	46.100	15.320	10,12	0,9	9,0	10,5	1,5
	VR 81 + VR82	114.367	29.899	6,12	1,0	24,0	27,5	3,5

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Das Pendlerverhalten ist innerhalb der Versorgungsregionen ausgeprägt, relativiert sich jedoch auf Ebene der VR wieder, es fand jedoch ein vermehrter Wechsel vom Bezirk Feldkirch nach Dornbirn statt. Dies zeigt sich auch bei der Betrachtung des RFI. Ein Abgleich mit der Planung für 2015 ergab ein deutliches Überschreiten der geplanten Frequenzen Dies führte in Kombination mit der demographischen Entwicklung zu einem Mehrbedarf von 3,5 SVE, der größere Teil hiervon entfällt auf die VR 81.

3.2.4 Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Tabelle 3.4:

Ambulante Bedarfsplanung Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
HNO	Bregenz	18.187	1.885	29,33	0,9	2,5	2,5	0,0
	Dornbirn	15.587	2.995	19,25	1,1	3,5	3,5	0,0
	VR 81	33.774	4.880	15,69	0,9	6,0	6,0	0,0
	Feldkirch	17.966	2.221	23,45	1,0	4,0	4,0	0,0
	Bludenz	12.541	6.288	19,86	1,2	2,0	2,0	0,0
	VR 82	30.507	8.509	10,71	1,1	6,0	6,0	0,0
	VR 81 + VR82	64.281	13.389	13,33	1,0	12,0	12,0	0,0

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Die Versorgung im FG HNO ist geprägt von einem höheren Pendlerverhalten, auch zwischen den Versorgungsregionen. In Detail zeigt sich ein wechselseitiges Pendeln zwischen den Bezirken Dornbirn und Feldkirch. Die Gegenüberstellung zur Planung für 2015 ergab eine deutliche Überschätzung der Frequenzen. Dies findet auch in der Planung für 2020 Eingang, wodurch sich ein gleichbleibender Bedarf im FG HNO ergibt.

3.2.5 Innere Medizin

Tabelle 3.5:
Ambulante Bedarfsplanung Innere Medizin

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
INT	Bregenz	61.256	9.021	28,43	0,9	12,0	12,0	0,0
	Dornbirn	62.839	18.150	9,83	1,6	20,0	20,0	0,0
	VR 81	124.095	27.171	5,73	1,2	32,0	32,0	0,0
	Feldkirch	47.286	20.009	21,44	0,8	12,0	12,0	0,0
	Bludenz	27.630	17.646	20,18	0,8	6,0	6,0	0,0
	VR 82	74.916	37.655	12,56	0,8	18,0	18,0	0,0
	VR 81 + VR82	199.011	64.826	8,30	1,0	50,0	50,0	0,0

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Beim Fachgebiet Innere Medizin steht eine sehr hohe regionale Inanspruchnahme im Bezirk Dornbirn einem hohen Pendlerverhalten in den anderen Bezirken gegenüber, dies zeigt sich ebenfalls im RFI. Zurückführen lässt sich dies gerade im Bezirk Dornbirn durch eine hohe Versorgungsdichte im extramuralen Bereich. Der Vergleich Planung 2015 und Versorgungsgeschehen ergab eine deutliche Überplanung. Trotz der demographischen Entwicklung wird deshalb von einem gleichbleibenden Bedarf ausgegangen.

3.2.6 Kinder- und Jugendheilkunde

Tabelle 3.6:
Ambulante Bedarfsplanung Kinder- und Jugendheilkunde

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
KIN	Bregenz	54.683	2.128	12,99	1,1	7,5	7,5	0,0
	Dornbirn	41.184	10.063	8,91	1,3	7,5	7,5	0,0
	VR 81	95.867	12.191	2,11	1,2	15,0	15,0	0,0
	Feldkirch	28.979	9.146	25,13	0,8	4,0	4,0	0,0
	Bludenz	17.730	6.835	19,48	0,8	2,5	2,5	0,0
	VR 82	46.709	15.981	14,41	0,8	6,5	6,5	0,0
	VR 81 + VR82	142.576	28.172	6,14	1,0	21,5	21,5	0,0

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Es zeigt sich ein hohes Pendlerverhalten vor allem in der VR 82, hier auch über die Grenzen der VR hinaus. Im Detail betrachtet ist ein vermehrtes Wechseln vom Bezirk Feldkirch nach Dornbirn zu beobachten. Hierbei kann wiederum auf die extramurale Versorgung verwiesen und angenommen werden, dass gerade in der Kuppenbergregion die Wohnort nähere (aber bezirksübergreifende) Versorgung in Hohenems in Anspruch genommen wird. Die demographische Entwicklung wirkt sich bedarfsmindernd aus. Im Gegenzug zeigte die Evaluierung des RSG 2015, dass mehr Frequenzen erbracht als prognostiziert wurden, sodass mit keinem Mehrbedarf an SVE's zu rechnen ist.

3.2.7 Lungenheilkunde

Tabelle 3.7:
Ambulante Bedarfsplanung Lungenheilkunde

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
LUN	Bregenz	6.082	664	45,41	0,8	1,0	1,0	0,0
	Dornbirn	3.890	2.049	18,07	0,8	2,0	2,0	0,0
	VR 81	9.972	2.713	7,11	0,8	3,0	3,0	0,0
	Feldkirch	6.642	1.925	38,50	1,1	1,0	1,0	0,0
	Bludenz	5.495	2.095	18,25	1,5	1,0	1,0	0,0
	VR 82	12.137	4.020	23,94	1,3	2,0	2,0	0,0
	VR 81 + VR82	22.109	6.733	16,35	1,0	5,0	5,0	0,0

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Die Fachgruppe Lungenheilkunde stellt sich mit einem sehr hohen Pendlerverhalten dar. Im Rahmen der VR relativiert sich dies lediglich in der VR 81. Dies lässt sich mit den intramuralen Strukturen begründen, die Abteilung für Pulmologie befindet sich in Hohenems und somit im Bezirk Dornbirn, wohin die meisten Wechsel stattfanden. Ein Vergleich mit der Planung für 2015 ergab, dass die Frequenzen zu gering angesetzt wurden. Im Verbund mit der demographischen Entwicklung ergibt sich kein relevanter Mehrbedarf.

3.2.8 Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Tabelle 3.8:

Ambulante Bedarfsplanung Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
ORT	Bregenz	35.083	2.006	22,28	1,1	5,5	6,0	0,5
	Dornbirn	20.905	3.990	17,83	1,0	5,0	5,0	0,0
	VR 81	55.988	5.996	7,22	1,0	10,5	11,0	0,5
	Feldkirch	24.159	4.757	25,18	0,9	4,5	4,5	0,0
	Bludenz	16.023	6.126	17,06	1,1	3,0	3,0	0,0
	VR 82	40.182	10.883	10,72	1,0	7,5	7,5	0,0
	VR 81 + VR82	96.170	16.879	8,68	1,0	18,0	18,5	0,5

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Überdurchschnittliche Pendlerbewegungen finden zwischen den Bezirken, aber innerhalb der Versorgungsregionen statt. Die demografische Entwicklung und die geringe Überbewertung der Frequenzen bei der letzten Planung ergeben nur einen geringen Mehrbedarf.

3.2.9 Radiologie

Tabelle 3.9:
Ambulante Bedarfsplanung Radiologie

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
RAD	Bregenz	19.940	-	24,21	1,0	1,7	1,9	0,1
	Dornbirn	13.721	-	5,67	1,0	2,1	2,3	0,2
	VR 81	33.661	-	1,57	1,0	3,8	4,2	0,3
	Feldkirch	15.823	-	13,31	1,0	1,6	1,7	0,1
	Bludenz	10.480	-	4,90	1,1	1,2	1,3	0,1
	VR 82	26.303	-	5,50	1,0	2,8	3,0	0,2
	VR 81 + VR82	59.964	-	3,30	1,0	6,6	7,1	0,5

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

In der Fachgruppe Radiologie sind keine KH-Frequenzen enthalten. Darüber hinaus beruht die Berechnung ausschließlich auf VGKK Patienten, da eine Berechnung der Patienten in dieser Fachgruppe aufgrund von Positionen nicht korrekt möglich gewesen wäre. Es zeigt sich ein erhöhtes Pendlerverhalten, vor allem in den Bezirken Bregenz und Feldkirch, welches sich auf Ebene der VR relativiert. In den einzelnen Bezirken wäre aufgrund der demografischen Entwicklung mit einer sehr geringen Erhöhung an SVE zu rechnen. Eine Einbeziehung der nicht berücksichtigten Daten der Sonderversicherungsträger anhand der Verhältnisse der Anspruchsberechtigten ergab keine versorgungsrelevante Erhöhung.

3.2.10 Urologie

Tabelle 3.10:
Ambulante Bedarfsplanung Urologie

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
URO	Bregenz	14.522	2.059	15,56	1,1	3,0	3,0	0,0
	Dornbirn	8.633	3.384	39,57	0,9	1,5	1,5	0,0
	VR 81	23.155	5.443	9,09	1,0	4,5	4,5	0,0
	Feldkirch	9.944	2.326	14,04	1,0	2,5	2,5	0,0
	Bludenz	6.295	4.985	47,21	1,0	1,0	1,0	0,0
	VR 82	16.239	7.311	8,65	1,0	3,5	3,5	0,0
	VR 81 + VR82	39.394	12.754	8,91	1,0	8,0	8,0	0,0

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Das Pendlerverhalten ist sowohl innerhalb der VR 81 als auch der VR 82 sehr hoch, relativiert sich jedoch auf der Ebene der VR. Die Wechsel finden hauptsächlich zwischen den Bezirken statt, wenn ein Wechsel über die Grenzen der VR hinausgeht, dann meistens in den Bezirk Feldkirch. Der Abgleich mit der Planung 2015 führt in Kombination mit der demographischen Entwicklung zu keiner Änderung des Bedarfes an SVE.

3.2.11 Allgemeinmedizin

Tabelle 3.11:
Ambulante Bedarfsplanung Allgemeinmedizin

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
PRA	Bregenz	710.941		3,19	1,1	56,0	58,0	2,0
	Dornbirn	425.782		6,05	0,8	33,5	35,0	1,5
	VR 81	1.136.723	-	1,50	1,0	89,5	93,0	3,5
	Feldkirch	518.771		4,36	1,0	41,0	42,0	1,0
	Bludenz	387.277		3,51	1,2	30,0	30,0	0,0
	VR 82	906.048	-	1,77	1,1	71,0	72,0	1,0
	VR 81 + VR82	2.042.771	-	1,62	1,0	160,5	165,0	4,5

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Es sind keine Kontakte von KA-Ambulanzen enthalten. Es zeigt sich in dieser Gruppe ein naturgemäß sehr geringes Pendlerverhalten. Aufgrund natürlicher Einzugsgebiete finden Pendlerbewegungen zwischen den Bezirken statt, welches sich in VR Vergleich auf ein Minimum reduziert. Der Vergleich mit den Planungen für 2015 ergibt, auch unter Berücksichtigung der demographischen Veränderungen bis 2020 einen rechnerischen Mehrbedarf von 4,5 SVE.

3.3 Planung der ambulanten Versorgung nach Versorgungsregionen und Vorarlberg gesamt

Nachstehende Tabellen zeigen die Planungsergebnisse nach Fachrichtungen auf Ebene der Bezirke, der Versorgungsregionen sowie landesweit.

3.3.1 Versorgungsregion Rheintal–Bregenzerwald (VR 81) mit Bezirken Bregenz und Dornbirn

Tabelle 3.12:

Ambulante Bedarfsplanung in der Versorgungsregion Rheintal–Bregenzerwald (VR 81)

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
AUG	VR 81	63.298	6.821	14,63	1,0	10,5	11,0	0,5
DER	VR 81	52.560	5.721	15,58	1,0	6,5	7,0	0,5
GYN	VR 81	68.267	14.579	3,42	1,1	15,0	17,0	2,0
HNO	VR 81	33.774	4.880	15,69	0,9	6,0	6,0	0,0
INT	VR 81	124.095	27.171	5,73	1,2	32,0	32,0	0,0
KIN	VR 81	95.867	12.191	2,11	1,2	15,0	15,0	0,0
LUN	VR 81	9.972	2.713	7,11	0,8	3,0	3,0	0,0
ORT	VR 81	55.988	5.996	7,22	1,0	10,5	11,0	0,5
RAD	VR 81	33.661	-	1,57	1,0	3,8	4,2	0,3
PRA	VR 81	1.136.723	-	1,50	1,0	89,5	93,0	3,5
URO	VR 81	23.155	5.443	9,09	1,0	4,5	4,5	0,0

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Es zeigt sich ein inhomogenes Pendlerverhalten der einzelnen Fachgruppen. Begründungen wurden bereits bei den einzelnen Fachgruppen aufgezeigt. Gesamt ergibt sich in der VR 81 ein Mehrbedarf von 7,3 SVE bis 2020. Dies beruht zum einen auf der demographischen Entwicklung und zum anderen auf der Erfahrung des RSG 2015.

3.3.2 Versorgungsregion Vorarlberg Süd (VR 82) mit Bezirken Feldkirch und Bludenz

Tabelle 3.13:

Ambulante Bedarfsplanung in der Versorgungsregion Vorarlberg Süd (VR 82)

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
AUG	VR 82	62.544	10.226	5,05	1,2	12,5	13,5	1,0
DER	VR 82	40.569	9.207	6,74	1,0	6,5	7,0	0,5
GYN	VR 82	46.100	15.320	10,12	0,9	9,0	10,5	1,5
HNO	VR 82	30.507	8.509	10,71	1,1	6,0	6,0	0,0
INT	VR 82	74.916	37.655	12,56	0,8	18,0	18,0	0,0
KIN	VR 82	46.709	15.981	14,41	0,8	6,5	6,5	0,0
LUN	VR 82	12.137	4.020	23,94	1,3	2,0	2,0	0,0
ORT	VR 82	40.182	10.883	10,72	1,0	7,5	7,5	0,0
RAD	VR 82	26.303	-	5,50	1,0	2,8	3,0	0,2
PRA	VR 82	906.048	-	1,77	1,1	71,0	72,0	1,0
URO	VR 82	16.239	7.311	8,65	1,0	3,5	3,5	0,0

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Die VR 82 ist im fachärztlichen Bereich deutlich geprägt von den intramuralen Strukturen im LKH Feldkirch, was sich auch in der erhöhten Inanspruchnahme der Spitalambulanzen durch die regionale Bevölkerung zeigt. Pendlerströme resultieren hauptsächlich aus Versorgungsangeboten im Bezirk Dornbirn. Für 2020 ergibt sich eine Erhöhung der Kapazitäten um 4,2 SVE.

3.3.3 Vorarlberg gesamt

Tabelle 3.14:
Ambulante Bedarfsplanung Vorarlberg gesamt

FG	Bezirk/VR	Inanspruchnahme durch Bevölkerung			Leistungserbringung in der Region			
		Frequenz Inanspruchnahme gesamt 2014	davon KH-Ambulanzen 2014	Anteil Pendler gesamt 2014 in %	RFI	SVE LE 2014 gesamt	SVE LE 2020 geplant	SVE LE Veränderung absolut 2014 zu 2020
AUG	VR 81 + VR82	125.842	17.047	9,87	1,0	23,0	24,5	1,5
DER	VR 81 + VR82	93.129	14.928	11,73	1,0	13,0	14,0	1,0
GYN	VR 81 + VR82	114.367	29.899	6,12	1,0	24,0	27,5	3,5
HNO	VR 81 + VR82	64.281	13.389	13,33	1,0	12,0	12,0	0,0
INT	VR 81 + VR82	199.011	64.826	8,30	1,0	50,0	50,0	0,0
KIN	VR 81 + VR82	142.576	28.172	6,14	1,0	21,5	21,5	0,0
LUN	VR 81 + VR82	22.109	6.733	16,35	1,0	5,0	5,0	0,0
ORT	VR 81 + VR82	96.170	16.879	8,68	1,0	18,0	18,5	0,5
RAD	VR 81 + VR82	59.964	-	3,30	1,0	6,6	7,1	0,5
PRA	VR 81 + VR82	2.042.771	-	1,62	1,0	160,5	165,0	4,5
URO	VR 81 + VR82	39.394	12.754	8,91	1,0	8,0	8,0	0,0

Quelle und Darstellung: RSG VlbG ambulanter ärztlicher Bereich – Endbericht

Das ausgewiesene Pendlerverhalten ist bezogen auf die VR errechnet. Insgesamt ergibt die Planung bis zum Jahr 2020 einen Mehrbedarf von 11,5 SVE.

Hinweis: Nachdem im Rahmen des „RSG Vorarlberg – ambulanter ärztlicher Bereich“ keine Überleitung zu den bundesweiten Angaben des ÖSG in ÄAVE enthalten ist, wird von einer entsprechenden Überprüfung auf ÖSG-Konformität im Rahmen der gegenständlichen Stellungnahme abgesehen. Eine solche Überleitung wäre im Rahmen von RSG-Erstellungen künftighin jedenfalls beizubringen, sofern alternative Größen zu jenen im ÖSG herangezogenen, bundesweit einheitlich Einheiten in Anwendung gebracht werden. Eine – idealerweise bundesweit einheitliche – Neufassung der Definition von kohärenten Versorgungseinheiten im ambulanten Bereich basierend auf der nunmehr einheitlichen sektorenübergreifenden Dokumentation im Gesundheitswesen wäre anzustreben.

3.4 Maßnahmen zur verbesserten Datengrundlage für die Versorgungsplanung

Um für Patient und Patientin die erforderlichen Versorgungsketten bedarfsgerecht und durchgängigen zu gestalten und möglichst schon im ambulanten Bereich frühzeitige Interventionen für die Gesundheit bzw. als Krankheitsprävention auch durch gesundheitspolitisch proaktiv gesetzte Maßnahmen adäquat fördern zu können, ist die strukturierte codierte ICD10-Diagnosendokumentation (bzw. ICPC-2 in der Allgemeinmedizin) im gesamten ambulanten Bereich (extra- und intramural) dringend erforderlich.

Erst mit einer datentechnisch hohen Qualität der Abbildung des Diagnose(n)hintergrunds bei jedem Kontakt mit dem Gesundheitssystem (ambulant und stationär) in den Routinedaten kann die darauf aufbauende Planung der erforderlichen Angebote zur einer durchgängig integrierten Gesundheitsversorgung in Verbindung mit den Daten der Leistungsdokumentation bedarfsadäquat und damit zielorientiert ausgerichtet werden, insbesondere um Fehlversorgung mit vermeidbarem Zeitverlust und ggf. Zusatzkosten hintanzuhalten.

3.5 Ausblick

Hinsichtlich der im „RSG Vorarlberg –Ambulanter Bereich“ noch nicht behandelten Fachgruppen sind bei einer künftigen Weiterentwicklung entsprechende Ergänzungen in Hinblick auf die Vorgaben des ÖSG vorzusehen. Ebenso gilt es, die Stärkung der ambulanten Versorgung – insbesondere der Primärversorgung – gemäß den Vorgaben des Primärversorgungsgesetzes umzusetzen, wie dies gem. Art. 30 Abs. 1 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgeschrieben ist. Gemäß Art. 31 Abs 1 der genannten Vereinbarung wird österreichweit im Bereich der Primärversorgung, die primär in die Zuständigkeit der Sozialversicherung fällt, die Realisierung von zumindest 75 Primärversorgungseinheiten bis zum Ende der Laufzeit der Vereinbarung angestrebt. Gemessen am Bevölkerungsanteil ergibt dies für Vorarlberg ein Ziel von drei bis zum Ende der Zielsteuerungsperiode zu realisierenden Primärversorgungseinheiten.

4 Akutstationärer Bereich

4.1 Methoden und Datengrundlagen

Unter (akut)stationärer Versorgung versteht man die Behandlung eines Patienten / einer Patientin in einer bettenführenden Organisationseinheit einer (Akut-)Krankenanstalt auf Basis einer durch einen Anstaltsarzt / eine Anstaltsärztin festgestellten Anstaltsbedürftigkeit⁵.

Die **Angebotsplanung** für die gesamte stationäre, ambulante und rehabilitative Versorgung geht – unter Berücksichtigung der jeweils verfügbaren Datengrundlagen – grundsätzlich von folgenden **Planungskriterien**⁶ aus:

- » **Demografie:** Bevölkerungsdichte und Altersstruktur im Zeitverlauf (inkl. Prognose)
- » **Epidemiologie:** Berücksichtigung regionaler epidemiologischer Unterschiede (soweit Daten dazu verfügbar sind), insbesondere der Spezifika von urbanen Ballungsräumen
- » **Inanspruchnahme-Verhalten:** Berücksichtigung von Unterschieden in der Leistungsanspruchnahme durch die regionale Bevölkerung sowie – in Ballungsräumen – auch durch die Bevölkerung des mitversorgten Umlands (Behandlungsfälle pro Kopf bzw. anspruchsberechtigter Person)
- » **Belastung der Leistungsanbieter:** Berücksichtigung der Belastung der bestehenden Leistungsanbieter pro Region in Relation zu einem Referenzwert (z. B. Auslastung von Abteilungen bzw. Fallzahlen pro Leistungsanbieter und Jahr)
- » **Wartezeiten:** Differenzierte Beurteilung von Wartezeiten je nach Dringlichkeit des Leistungsbedarfs (akut, elektiv) inkl. Veränderung der Wartezeiten im zeitlichen Verlauf
- » **Erreichbarkeit:** Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Erreichbarkeit der Leistungserbringer (z. B. Fahrzeiten im Straßenverkehr, Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel)

Zur Darstellung der vollstationären Versorgung⁷ werden die vorzuhaltenden Bettenkapazitäten in Akut-Krankenanstalten⁸ abgebildet. Kapazitäten für die tagesklinische Behandlung werden als Teilbereich der akutstationären Versorgung berücksichtigt⁹.

⁵ gemäß § 22 KAKuG

⁶ Die ersten drei Kriterien liegen der Rahmenplanung des ÖSG zugrunde, die weiteren Kriterien sind auf regionaler Ebene (RSG, Bedarfsprüfungen etc.) zusätzlich zu berücksichtigen.

⁷ geplante und ungeplante akutstationäre Aufenthalte mit mindestens einem Belagstag (Mitternachtsstand)

⁸ Landesgesundheitsfonds-finanzierte KA, UKH und Sanatorien

⁹ Derzeitige „Null-Tage-Aufenthalte“, die entsprechend dem „Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich“ künftighin dem spitalsambulanten Bereich zuzuordnen sind, sind nicht der tagesklinischen Versorgung zuzurechnen (zur Anzahl der von dieser Regelung betroffenen „Null-Tage-Aufenthalte“ vgl. Spalte „Anzahl spitalsambulante Besuche (Verlagerungspotenzial aus dem vollstationären Bereich)“ in der Versorgungsmatrix im Anhang des ÖSG 2012).

Hinsichtlich des Zusammenwirkens von ÖSG und RSG vergleiche Kapitel 1.4 sowie Artikel 5 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Das **Intervall der ÖSG-Bettenmessziffer** (inkl. Tagesklinikplätze) ist Ausdruck der erforderlichen Kapazitätsdichte und bezieht sich auf die Versorgung der Wohnbevölkerung pro Bundesland. Das Intervall ermöglicht, epidemiologische und intersektorale Versorgungsspezifika einer Region zu berücksichtigen. Ausländische Gastpatientinnen und Gastpatienten werden zielbezogen (dem Leistungsstandort) zugerechnet gemäß der tatsächlichen Inanspruchnahme. Im Rahmen der regionsspezifischen Detailplanung sind Patientenströme zu berücksichtigen.

Planungsrichtwerte zur Kapazitätsdichte für bettenführende und tagesklinische Strukturen berücksichtigen die regionale Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte, die Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßen-Individualverkehr (ohne Berücksichtigung wetter-/verkehrsbedingter Verzögerungen), die beobachtete Auslastung bereits bestehender stationärer Einheiten sowie die Entwicklungstendenzen in der modernen Medizin (inkl. der Möglichkeiten einer verstärkten Verlagerung in die tagesklinische bzw. ambulante Leistungserbringung, die sich aus dem medizinischen Fortschritt ergeben).

Ergänzend zu den Richtwerten für die Akutbetten-Kapazitätsdichte werden in der **ÖSG-Versorgungsmatrix (VM)** Planungsrichtwerte zur Anzahl stationärer Aufenthalte pro Indikationsgruppe (VMMHG¹⁰) und Versorgungsregion und somit zur angestrebten Leistungsdichte angegeben¹¹.

Die Richtwerte in der VM werden unter Berücksichtigung der Häufigkeit stationärer Aufenthalte pro VMMHG bzw. im Bundesdurchschnitt (FKA, UKH und SAN), der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2020 bzw. 2025 sowie der Auswirkungen der medizinischen und technischen Entwicklung auf den Leistungsbedarf in den einzelnen MHG festgelegt. Die Richtwerte sind „quellbezogen“ (also bezogen auf den Wohnort der Patienten und Patientinnen) definiert und inkludieren die aktuelle Zahl ausländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten.

Darüber hinaus weist die Versorgungsmatrix zu Informationszwecken auch die Anzahl der angefallenen „Null-Tage-Aufenthalte“ aus, die entsprechend dem „Bepunktungsmodell für den spitals-ambulanten Bereich“ ab 2017 dem spitalsambulanten Bereich zuzuordnen sind.

¹⁰ VMMHG = die in der Versorgungsmatrix (VM) verwendete homogene Obergruppen der MHG (MEL- bzw. Hauptdiagnose-Gruppe gemäß LKF-Modell)

¹¹ Die in der „Versorgungsmatrix“ enthaltenen Richtwerte zur Anzahl stationärer Aufenthalte pro VMMHG im Jahr 2020 bzw. im Jahr 2025 basieren u.a. auf den Ergebnissen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation des Jahres 2014. Regional unterschiedliche Dokumentationsgewohnheiten sowie die Zuordnungsungenauigkeit der Leistungen bzw. Diagnosen zu den MHG können für einzelne Versorgungsregionen bzw. VMMHG zu erheblich von der derzeitigen Versorgungssituation abweichenden Ergebnissen führen, weshalb eine laufende Evaluierung der „Versorgungsmatrix“ erforderlich ist. Die Richtwerte zur Anzahl stationärer Aufenthalte in der VM bilden weiters auch die Grundlage für die Ermittlung der Richtintervalle zu den Bettenmessziffern in der oben dargestellten Planungsrichtwerte-Tabelle.

Die in der Versorgungsmatrix dargestellten Zahlen beinhalten keine stationären Aufenthalte in Bereichen mit den Funktionscodes 1-6215 (Abhängigkeitskrankheit) und 1-6249 (Forensik); weiters ist die MHG "(LANGZEIT) Ausgesteuerter Langzeitpflegefall (Asylierungsfall)" exkludiert.

Der gegenständlichen Berechnungen zum stationären Bereich wurden unter Verwendung folgender (Daten-)Grundlagen, die großteils an der GÖ FP bzw. im *Österreichischen Gesundheitssystem* (ÖGIS) verfügbar sind, erarbeitet:

- » Demographische Basisdaten und Bevölkerungsprognosen 1980–2031 (Statistik Austria, ÖROK)
- » Epidemiologische Basisdaten 1980–2014 (Statistik Austria, BMG)
- » Bettenberichte der österreichischen KA 1988–2014 (BMG, KDok)
- » Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1992–2014 (BMG, KDok)
- » Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik 1994–2014 (BMG, KDok)
- » Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (insbesondere die darin enthaltene Versorgungsmatrix¹²) als Basis für die Abschätzung des stationären Versorgungsbedarfs im Jahr 2025)

Weiters sind relevante Inhalte bzw. Informationen aus dem derzeit in Erarbeitung befindlichen Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 kontinuierlich in die Projektarbeiten eingeflossen.

4.2 Versorgungsdichte

Die folgenden Ausführungen zur Versorgungsdichte im akutstationären Bereich beziehen sich auf die Inhalte der Planungsmatrix (vgl. Tabelle 1 im Anhang), in der ausgewählte Indikatoren der stationären Versorgung in Prozent des Bundes- und des Landesdurchschnitts auf Ebene der beiden Vorarlberger VR und für Vorarlberg insgesamt für das Jahr 2014 dargestellt sind. Zusätzlich sind die stationären Aufenthalte in der jeweiligen Versorgungsregion bzw. in Vorarlberg insgesamt in verschiedenen Ausprägungen enthalten. Da seit 2014 in einzelnen Fachrichtungen bereits eine deutliche Entwicklung zu verzeichnen ist, ist im Zuge der nächsten Novellierung des RSGBP die Aktualisierung der Zahlen zur Versorgungsdichte vorgesehen.

Die Indikatoren „fallbezogene Krankenhaushäufigkeit“ (FKHH, Anzahl der stationären Aufenthalte pro 100.000 Einwohner/innen), „fallbezogene Krankenhaushäufigkeit von Null-Tage-Aufenthalten“ (NKHH) sowie „Belagstagedichte“ (BTD) sind sowohl alters- und geschlechtsstandardisiert¹³ als auch mittels „roher“ Rate (ohne Alters- und Geschlechtsstandardisierung) berechnet worden.

¹² Die Versorgungsmatrix im ÖSG 2012 unterscheidet sich insbesondere hinsichtlich der Inhalte betreffend den tagesklinischen Bereich von der oben beschriebenen Versorgungsmatrix gemäß ÖSG-Entwurf 2016.

¹³ Alters- und geschlechtsstandardisiert wird in der Planungsmatrix durch den Zusatz „standardisiert, Standardbevölkerung“ (stand. SB) = „europäische Standardbevölkerung“ (ESB) gekennzeichnet.

Über alle Fachrichtungen aggregiert liegt die Null-Tage-Krankenhaushäufigkeit von Vorarlberg mit 120 Prozent (altersstandardisiert) bzw. 115 Prozent (rohe Rate) über dem Bundesdurchschnitt, was auf ein starkes Fokussieren auf die tagesklinische Leistungserbringung hinweist¹⁴.

Eine relativ hohe **Akutbettendichte** im Jahr 2014 findet sich in den Fachrichtungen PCH, SRN, PSY, sowie KI. Unter dem Bundesdurchschnitt liegt die Akutbettendichte in den Fachrichtungen INT, CH, IM, NEU, DER, PAL und PSO. Eine unterdurchschnittliche Akutbettendichte ist nicht automatisch ein Hinweis auf eine Unterversorgung, da Vorarlberg bekanntermaßen über einen im Vergleich zu Gesamtösterreich gut ausgebauten Sozialbereich verfügt. Weiters ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass Österreich im Jahr 2014 mit 587 Betten pro 100.000 EW deutlich über dem EU-Schnitt von 394 Betten pro 100.000 Einwohner/innen liegt und daher der Akutbettenabbau und eine möglichst weitreichende Verlagerung in den ambulanten Bereich weiter forciert werden muss¹⁵.

Die alters- und geschlechtsstandardisierte **fallbezogene Krankenhaus­häufigkeit** (FKHH) für Vorarlberg liegt – über alle Fachrichtungen aggregiert – mit 101 Prozent exakt im Bundesdurchschnitt (BD). Eine überdurchschnittliche (mehr als 30 Prozent über dem BD liegende) FKHH zeigt sich in den Fachrichtungen KI, PCH, SRN sowie RNS, unterdurchschnittlich ist die FKHH insbesondere in der KJP (46 Prozent), der NEU (79 Prozent), der DER (47 Prozent), der PAL (63 Prozent) und der PSO (52 Prozent, vgl. Kapitel 4.4.3).

Die Krankenhaus­häufigkeit bezogen auf Null-Tage-Aufenthalte (NKHH) über alle Fachrichtungen aggregiert liegt für Vorarlberg mit 120 Prozent deutlich über dem BD, was auf eine starke Fokussierung auf die tagesklinische Leistungserbringung hinweist. Die Fachrichtungen mit hoher NKHH sind SRN, NC, PSY, KI, UC sowie die RNS; unterdurchschnittlich ist die NKHH in der KJP, der NEU und der DER.

Die **alters- und geschlechtsstandardisierte Belagstagedichte** (BTD), über alle Fachrichtungen aggregiert, liegt bei 93 Prozent des Bundesdurchschnitts, mit fachrichtungsspezifischen Unterschieden: Eine relativ hohe BTD verzeichnen die Fachrichtungen KI, PSY, AU, PCH sowie SRN, eine unterdurchschnittliche die Fachrichtungen NC, DER, PUL, PAL sowie PSO (vgl. Kapitel 4.4.3).

Die **durchschnittliche Belagsdauer** (dBD) beträgt über alle Fachrichtungen aggregiert 92 Prozent des Bundesdurchschnitts – mit fachrichtungsspezifischen Unterschieden: Eine überdurchschnittliche dBD besteht in der KJP, der AU sowie in der PSO, eine unterdurchschnittliche dBD in der NC, der IM, der PUL sowie der SRN (vgl. Kapitel 4.4.3).

¹⁴ Bei der Beurteilung dieser Kennzahl ist zu berücksichtigen, dass u. a. Chemotherapien in Niederösterreich und in der Steiermark großteils im ambulanten und nicht – wie in Restösterreich – im stationären Bereich (Innere Medizin) erbracht werden, was den Bundesdurchschnitt reduziert.

¹⁵ <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

4.3 Inanspruchnahme der Krankenanstalten

Pro Vorarlberger Fonds-Krankenanstalt und pro eingerichteter Abteilung werden ausgewählte Indikatoren zur Darstellung der Inanspruchnahme der stationären Strukturen errechnet (vgl. Tabelle 2 im Anhang; Datenbasis: Kostenstellenstatistik 2014).

Für die Berechnung der **Auslastung** werden die Belagstage plus den halben Aufenthalten herangezogen. Die Auslastung der tatsächlichen Betten in allen Abteilungen insgesamt in den Vorarlberger Fonds-Krankenanstalten betrug im Jahr 2014 83 Prozent. Die fachrichtungsspezifischen Auslastungen schwankten im Jahr 2014 zwischen rund 70 Prozent (KI, NC, AU, PUL, SRN) und über 90 Prozent (KJP, NEU, MKG, PSO).

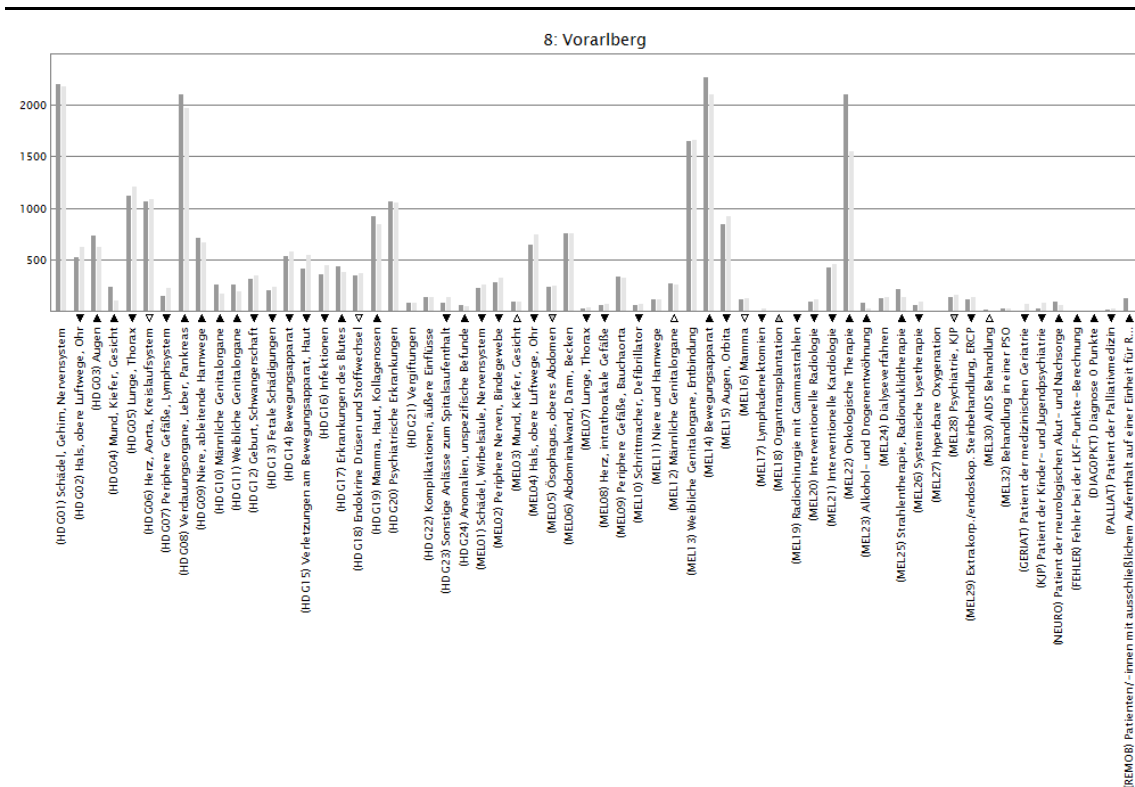
Beim Indikator „Ein-Tages-Pflege“ handelt es sich um den Anteil der Ein-Tages-Pflege-Aufenthalte an den gesamten Aufenthalten; dieser Anteil betrug im Jahr 2014 in allen Abteilungen in den Vorarlberg Fonds-Krankenanstalten insgesamt 26 Prozent. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Organisationsform. (Dislozierte) Tageskliniken haben naturgemäß einen höheren Anteil an Ein-Tages-Pflege als „normale“ Abteilungen. Jedoch ergibt auch der Vergleich zwischen „normalen“ Abteilungen der gleichen Fachrichtung Unterschiede:

- » Kinderheilkunde: zwischen 20 Prozent im KH Dornbirn und 32 Prozent im LKH Bregenz
- » Chirurgie: zwischen 10 Prozent im LKH Bludenz und 14 Prozent im LKH Bregenz sowie im KH Dornbirn
- » Innere Medizin: zwischen 21 Prozent im LKH Bregenz und 43 Prozent im LKH Feldkirch
- » Gynäkologie/Geburtshilfe: zwischen 11 Prozent im LKH Bludenz und 28 Prozent im LKH Feldkirch

Die Krankenhaushäufigkeit nach LDF-Klassen (vgl. Abbildung 4.1) für Vorarlberg insgesamt sowie für die beiden Vorarlberger Versorgungsregionen gibt Auskunft über die Leistungsintensität in den Vorarlberger Akut-Krankenanstalten. Dabei handelt es sich um die quellbezogene und altersstandardisierte (Standardbevölkerung = Europabevölkerung) Krankenhaushäufigkeit (Anzahl der stationären Aufenthalte pro 100.000 Einwohner/innen) nach LDF-Klassen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt im Jahr 2014. Der dunkle Balken stellt die KHH in Vorarlberg dar, der helle Balken den Bundesdurchschnitt. Die Dreieckssymbole unterhalb der x-Achse visualisieren die Ergebnisse des Signifikanz-Tests (schwarz: 99 % nach oben/unten signifikant, grau: 95 % nach oben/unten signifikant, weiß: 90 % nach oben/unten signifikant). Die Abbildungen für die beiden Versorgungsregionen finden sich im Anhang (Abbildung 1 und 2).

Abbildung 4.1:

Quellbezogene Krankenhaushäufigkeit nach LDF-Klassen in Vorarlberg im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, 2014¹⁶



Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2014; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Eine signifikant hohe Leistungsintensität¹⁷ im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zeigt sich in den Bereichen Verdauungsorgane, Leber, Pankreas (HDG 08), Bewegungsapparat (MEL 14) sowie bei onkologischen Therapien (MEL 22)¹⁸. Signifikant niedrig ist die Leistungsintensität in den Bereichen Hals, oberen Luftwege, Ohr (HDG 02), Lunge/Thorax (HDG 05) sowie Auge/Orbita (MEL 15).

¹⁶ Die quellbezogene Krankenhaushäufigkeit nach LDF-Klassen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt 2014 pro VR ist dem Anhang (Abbildung 1 und 2) zu entnehmen.

¹⁷ Hohe Leistungsintensitäten können möglicherweise durch Finanzierungsanreize oder durch im Vergleich zu Restösterreich weitreichendere Indikationsstellungen, niedrige Leistungsintensitäten möglicherweise durch nicht bzw. vergleichsweise geringer vorhandene Versorgungsangebote verursacht werden. Zur genauen Ursachenforschung wären jedenfalls weiterführende Detailanalysen erforderlich.

¹⁸ Der Bundesdurchschnitt ist niedrig, da in Niederösterreich und der Steiermark Chemotherapien großteils bereits jetzt nicht stationär, sondern ambulant durchgeführt werden.

4.4 Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen in den Krankenanstalten

Qualitative Anforderungen an die einzelnen Fachbereiche können – insbesondere durch die Vorgaben im KA-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) mit begrenzter Wochenarbeitszeit und der Anzahl an Nachtdiensten – nur mit einem ausreichend großen Team und kluger Personaleinsatzplanung bewältigt werden. Große Teams ermöglichen innerhalb des jeweiligen Fachbereichs Subspezialisierungen und steigern das fachliche Niveau durch kollegialen Austausch von Wissen und Erfahrungen. Dies und der in größeren Teams fokussiertere Patientenkontakt kommen der/dem einzelnen Erkrankten zu Gute.

Große Teams wirken sich auch positiv auf die Ausbildung in allen Gesundheitsberufen aus. Die Auszubildenden profitieren von den Erfahrungen der unterschiedlichen Mitglieder in großen Teams. Die neue Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO 2015/KEF 2016) fordert den Nachweis der Durchführung bestimmter Behandlungsverfahren in vorgegebenen Fallzahlen während der Ausbildungszeit. Die Breite des jeweiligen Spezialisierungsspektrums in vielen Sonderfächern bildet sich auch in der Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt ab: Die zur Wahl stehenden Module behandeln die unterschiedlichen Anforderungen im gesamten Leistungsspektrum des Sonderfaches.

Kleine Versorgungseinheiten können Anforderungen in dieser Breite oftmals nicht erfüllen, wodurch Genehmigungen für Ärzte-Ausbildungsstellen nicht erteilt werden (können). Demgegenüber sind die für die Ausbildung von Fachärzten/-ärztinnen erforderlichen Fallzahlen in größeren Versorgungseinheiten leichter zu erreichen. Im Worst Case könnte – unter Umständen – an drei Standorten einer Fachrichtung (mangels jeweils ausreichender Fallzahlen an jedem der Standorte) keine einzige Ausbildungsstelle genehmigt werden. Dagegen könnte mit einem Zusammenführen aller Leistungen in der betreffenden Fachrichtung an einem der drei Standorte die jeweils vorgeschriebene Fallzahl erreicht und eine Genehmigung wahrscheinlich auch mehrerer Ausbildungsstellen (ev. aufgeteilt in unterschiedliche Subspezialisierungen) leichter erwirkt werden.

Abteilungen ohne genehmigte Ausbildungsstellen ausschließlich mit Fachärztinnen und Fachärzten mit Abschluss – sofern solche in ausreichender Anzahl (zur Erfüllung der KA-AZG-Vorgaben) überhaupt zu gewinnen sind – zu betreiben, wäre wirtschaftlich teuer. Ohne entsprechenden Nachwuchs wäre aber auch das langfristige Sicherstellen des Betriebs gefährdet.

Das Bündeln der verfügbaren Ressourcen ist daher für die künftige Versorgung zwingend. Die derzeit in den verschiedenen Funktionsbereichen (Ambulanz, OP, Therapiebereich mit möglichst langer Betriebszeit) verfügbaren Personalressourcen stellen den relevanten Engpassfaktor dar. Daher müssen

- » Krankenanstalten in ihrer Anbieterstruktur nicht breiter (i. S. von mehr Fächern) oder „größer“ (i. S. von mehr Betten) weiterentwickelt werden, um die Versorgung der Bevölkerung ausreichend sicherzustellen, sondern im Gegenteil
- » fokussierter auf die Leistungserbringung in (bei Standard-KA wenigen) ausgewählten Fächern und

- » stärker in ihrer Kompetenz zur effizienten Abwicklung der Patientenversorgungsprozesse (sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich).

Aufgrund von erforderlichen Personaldienstleistungen für die Sicherstellung der Personalanwesenheit gemäß den Vorgaben von KAKuG, KA-AZG und ÖSG (insbesondere im ärztlichen Bereich) ist zu beachten, dass Fixkosten je Organisationseinheit anfallen. Daher muss aus ökonomischen Gründen sowie aus Gründen eines effektiven Personaleinsatzes eine bestimmte Mindestgröße von Organisationseinheiten erreicht werden. Der ÖSG enthält daher für die Mindestgröße von Abteilungen Vorgaben in Form der „Mindestbettziffern (MBZ) als absolute Untergrenze einer aus qualitativer und ökonomisch-organisatorischer Sicht zweckmäßig führbaren Organisationseinheit. Unbestritten liegt die ideale Abteilungsgröße deutlich über den im ÖSG enthaltenen Mindestbettziffern.

Zu große Versorgungseinheiten (Abteilungen) bergen umgekehrt die Gefahr die vertretbare Führungsspanne zu überschreiten mit in der Folge fehlender Teambildung und Teamidentifikation und damit einhergehend dem Verlust der o. a. Vorteile für die Patientenversorgung.

Daher benötigt die Dimensionierung der einzelnen Versorgungseinheiten multifaktorielle iterative Optimierungsverfahren.

Die zu berücksichtigenden Determinanten bestehen aus einer Reihe von harten und weichen Kriterien, wie z. B. Art, Anzahl und Qualifikation des verfügbaren Gesundheitspersonals, damit bisher erreichte Fallzahlen in einzelnen Leistungssegmenten, Führungsstil und Teamverständnis, Personalbindung zur KA durch gute Arbeitsbedingungen inkl. fairer Aufgabenverteilung und -übertragung auch auf Angehörige anderer Gesundheitsberufe, verfügbare bauliche und technische Infrastruktur sowie darin geführte Strukturgrößen (Ambulanzen, OP-Säle, Betten, ...) und deren konfliktfreie möglichst interdisziplinäre Nutzung, organisatorische Unterstützung durch EDV mit intelligenten IT-Tools (Minimieren der administrativen Belastung des Gesundheitspersonals, Entflechtung von Patientenströmen und dadurch effektiveres Arbeiten durch Konzentration auf Teilaufgaben, etc.).

4.4.1 Optimieren der Angebotsstruktur

Größere Versorgungseinheiten mit definierten Aufgaben und Leistungsspektren sind für die Bevölkerung angemessen erreichbar zu verorten.

Als Leitprinzip gilt, dass

- » häufigere Grundversorgungs- und Nachsorge-Leistungen relativ wohnortnah vorgehalten werden sollen. Insbesondere solche, die im ambulanten bzw. tagesklinischen Bereich erbracht werden können (=Vermeiden langer Patientenwege, Beibehalten des Kontakts mit dem patientenbezogenen Lebensumfeld und damit verbundener sozialer Kontakte, einfacheres Nahtstellenmanagement mit regionalen Behandlungs- und Betreuungsdiensten);

- » seltenere, spezialisierte Leistungen und solche mit komplexem bzw. aufwendigem Komplikationsmanagement an wenigen Standorten zu konzentrieren sind, um die für die Behandlung aufwendige Infrastruktur bzw. nötigen spezialisierten Leistungserbringer-Teams bestmöglich zu nutzen.

In beiden Fällen können die Nachfrage-Fallzahlen pro Standort und Fachbereich ausreichen, um die Qualifikation der Leistungserbringer durch Trainingseffekte zu erhalten und auch den Ausbildungszwecken – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – zu genügen. Entsprechende Teamgrößen bedeuten für das Personal attraktive Arbeitsbedingungen durch akzeptable Arbeitszeiten und bessere Verteilung von Nachtdiensten auf mehr Personen (Einhaltung des KAZG) sowie einen qualitativen Mehrwert in der Patientenversorgung insgesamt (effizientere Gestaltung der Versorgungsprozesse) sowie im Einzelfall (geübt in Behandlungsverfahren inkl. Umgang mit Komplikationen, Überblick über Therapiealternativen, Vermeidung von Fehlversuchen, u. ä.).

Beim Verorten zu beachten sind auch Therapieoptionen und Anforderungen an Diagnostik sowie Qualitätssicherung im jeweils erforderlichen Fächerkanon v. a. für spezialisierte Leistungen, die der Schwerpunktversorgung bzw. Referenzzentren zugeordnet und vorrangig an einem Schwerpunkt-Krankenhaus zu konzentrieren sind.

Fachbereiche v. a. mit hohen Anteilen an geplanten Leistungen können ohne Nachteile für Patientinnen und Patienten relativ solitär, d.h. ohne komplementäre Fächer in größeren Versorgungseinheiten, geführt werden (AU, URO, OR, DER, MKG, ...). Für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebsdiagnosen muss allerdings immer die enge Zusammenarbeit mit den abgestuften ONK-Versorgungsstrukturen (inkl. Tumorboard) sichergestellt werden.

Der Bettenbedarf (Bettenäquivalente) wird anhand prognostizierter Fallzahlen in den verschiedenen Leistungssegmenten in einer Versorgungsregion berechnet und mit abgeschätzten Verweildauern in der Zukunft und zugeordneten Soll-Auslastungsgraden berechnet (vollstationärer Bereich exkl. NTA i. d. R. mit 85 %, in der Kinderversorgung mit 75 %).

Der Bettenbedarf wird den einzelnen KA-Standorten zugeteilt und zwar nach den o. a. Determinanten für die Dimensionierung von Versorgungseinheiten, insbesondere nach verfügbaren

- » Personalressourcen des Versorgungsteams sowie
- » Versorgungskapazitäten im stationären und ambulanten bzw. tagesklinischen Bereich.

Überflüssige Bettenbereiche werden üblicherweise selten tatsächlich geschlossen oder für andere Funktionen (ggf. mit zusätzlichem Einnahmepotenzial) genutzt. Wenn versucht wird vorhandene Bettenbereiche auch adäquat auszulasten, besteht im Worst Case der Fehlanreiz Patientinnen/Patienten ohne medizinische Indikation auch stationär aufzunehmen und/oder sie über das medizinisch erforderliche Maß hinausgehend länger stationär zu betreuen. Überlange Aufenthaltsdauern sind aber oftmals mit relativ geringen Einnahmen verbunden und verursachen Kosten, die in keiner ausreichend guten Relation stehen.

Die auf Basis des prognostizierten Versorgungsbedarfs top down ermittelten Bettenäquivalente für eine Versorgungsregion sind bottom-up mit den je Krankenhaus verfügbaren Ressourcen, insbesondere Personalressourcen mit entsprechender Qualifikation für den optimierten Einsatz abzustimmen. Damit kann das technisch hergestellte Leistungsvermögen eines Krankenhauses optimal genutzt werden. Auswirkungen von unterschiedlichen krankenhausspezifischen Rahmenbedingungen (baulich, dienstrechtlich, etc.) sind hinsichtlich ihrer Kostenwirkungen zu beachten. Die so ermittelte Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses steht in engem Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit anderer Standorte, wenn durch aufeinander abgestimmte Angebotsstrukturen Synergiepotenziale genutzt werden. Damit ist gesamtwirtschaftlich für das Versorgungssystem, betriebswirtschaftlich für jedes einzelne Krankenhaus und für die Patientinnen und Patienten hinsichtlich Wartezeiten und Versorgungsqualität der höchste Gesamt-Nutzen zu erzielen.

Diese Herangehensweise löst die einfache Definition von Abteilungen über Bettenkapazitäten (tlw. auch unabhängig vom erzielbaren Auslastungsgrad) ab. Zukünftig bestimmend für die Definition einer Abteilung sind die verfügbaren Ressourcen (Personalstamm), die Leistungsfähigkeit (Fallzahlen je Leistungssegment), die zugeordneten Leistungsspektren im stationären, tagesklinischen und spitalsambulantem Bereich sowie die permanente oder eingeschränkte Zugänglichkeit für Patientinnen und Patienten. Dabei gilt es, die Mindestbettenzahlen für Abteilungen gemäß ÖSG mit Bezug auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf in der Versorgungsregion unter Einhaltung der geforderten Erreichbarkeiten nicht nur nicht zu unterschreiten, sondern eine aus qualitativer, ausbildungsfachlicher und ökonomischer Sicht optimale Abteilungsstruktur und Abteilungsgrößen zu schaffen.

4.4.2 Umsetzung des zukünftig veränderten Versorgungsbedarfs gemäß RSG

Gemäß Prognose des zum derzeitigen IST-Stand deutlich verringerten stationären Versorgungsbedarfs in den einzelnen Versorgungsregionen im Jahr 2025 (ausgedrückt in Bettenäquivalenten, bezogen auf einen durchschnittlichen Leistungsmix je Fachbereich) müssen die Versorgungseinheiten den einzelnen Krankenhaus-Standorten in Vorarlberg zugeordnet und stationäre Strukturen nach oben beschriebenen Verfahren sukzessive angepasst werden.

Restrukturierungsprozesse müssen frühzeitig eingeleitet werden, um die Versorgungsstruktur auf die tatsächlichen Versorgungserfordernisse der Bevölkerung auszurichten und den im Jahr 2025 deutlich geänderten Versorgungsbedarf unter den absehbaren Wirkungen der zum Teil schon eingeleiteten und zukünftigen Systemveränderungen (ambulant vor stationär) quantitativ und qualitativ gut abzudecken.

Solche Prozesse erfordern eine Vielzahl an (Einzel)Maßnahmen, die schrittweise umgesetzt werden müssen, um die Zielvorstellungen des Planungshorizonts 2025 zu erreichen.

Im Fall von hohem baulich-technischem Sanierungsbedarf sind jedenfalls Alternativen der Nutzung bzw. Adaptierung von (durch Restrukturierung ggf. freiwerdenden) Kapazitäten an anderen Standorten zur Übernahme der betreffenden Versorgungsfunktion zu prüfen.

Neben innerbetrieblichen Reorganisationsmaßnahmen – insbesondere hinsichtlich des Ausbaus des tagesklinischen und ambulanten zulasten des stationären Bereichs – sind temporäre Handlungsfenster in einzelnen KA, insbesondere bei Veränderungen der Personalstruktur durch Abgänge (v. a. bei Pensionierungen von Führungspersonen) für größere Veränderungen der Angebotsstruktur durch Abstimmung mit anderen KA zu nützen.

Mit der Neuorientierung der intramuralen Versorgung auf vermehrt tagesklinische und ab 2017 auch vermehrt ambulante Leistungen sowie der weiteren Forcierung kurzer Aufenthalte (z. B. in Stationen mit Wochenbetrieb) müssen noch Erfahrungen für Umsetzungsvarianten gesammelt werden. Zudem gilt es noch im ambulanten Bereich eine für die Planung valide Datenbasis herzustellen. Auswirkungen auf die Krankenhaus-internen Prozessabläufe und extramurale Versorgungsangebote müssen in Art und Umfang analysiert werden. Ggf. sind Kompensationsmaßnahmen zur (unterbrechungsfreien) Versorgung von Patientinnen und Patienten (z. B. Ausbau aufsuchender Dienste) zu entwickeln. Ab April 2017 wird in Vorarlberg ein telefon- und webbasierter Gesundheitsdienst eingeführt, der Patientinnen und Patienten bei ihrer Einschätzung der Dringlichkeit eines Behandlungsfalls unterstützt, und mit dem auch eine verbesserte bedarfsadäquate Patientensteuerung im gesamten Gesundheitsbereich erwartet wird.

Für das Zusammenspiel der an einer gemeinsamen Versorgung beteiligten unterschiedlichen Teilbereiche der Gesundheitsversorgung ist ein gesamtwirtschaftlich zweckmäßiges Gesamtkonzept zu entwickeln und die intramurale Optimierung nicht einseitig zulasten eines anderen Sektors durchzusetzen.

Mit ersten Erfahrungen zur Neuorganisation können tragfähige Konzepte für das Bewältigen des Versorgungsbedarfs in neuen Versorgungsformen entwickelt werden. Das Ausmaß der Veränderungen in den einzelnen Anbieterstrukturen wird erst danach längerfristig abschätzbar.

Entsprechend den antizipierten Wirkungen der Gesundheitsreform wird der abschätzbare Versorgungsbedarf für 2025 im stationären Bereich bereits jetzt gesamthaft als langfristige Zielsetzung dargestellt; ausgedrückt in Bettenäquivalenten und je Versorgungsregion. Die Angebotsstruktur in den einzelnen Krankenhaus-Standorten sollte allerdings erst zu einem späteren Zeitpunkt auf Basis gesammelter Erfahrungen zu Systemumstellungen mit Planungshorizont 2025 und auf Basis von dann aktuellen Daten (z. B. 2017/2018) konkret verortet werden.

Für den Planungshorizont 2020 sind daher mit Bedachtnahme auf Langfrist-Planungen punktuelle Nachjustierungen des RSG 2015 im Hinblick auf die Bereinigung von Überkapazitäten und andere Strukturanpassungen als erste Schritte zur Umsetzung einer, den geänderten Voraussetzungen anzupassenden Versorgungsstruktur möglich und können im RSG 2020 sowie in ggf. weiteren Aktualisierungsfassungen abgebildet werden.

4.4.3 Weiterentwicklungsbedarf der Versorgungsstruktur

Für nachfolgend angeführte Fachbereiche bestehen größere Veränderungspotenziale. Hier ist darauf hinzuweisen, dass die Erreichbarkeit von Abteilungen aufgrund geringer Distanzen in Vorarlberg auch bei weniger Standorten für 90 Prozent der Bevölkerung relativ leicht einzuhalten ist. Die auf den stationären Bereich bezogen strukturell größeren Auswirkungen sind Resultat einer bedarfsorientierten Anpassung der Kapazitäten aufgrund der möglichst weitreichende Nutzung von zu stationären Aufenthalten alternativen ambulanten und tagesklinischen Versorgungsformen. Bei der Beurteilung eines vorliegenden Handlungsbedarfs im stationären Bereich der verschiedenen Fachrichtungen werden insbesondere folgende Kennzahlen und deren Abweichung vom Bundesdurchschnitt oder vom österreichweiten Standard herangezogen:

- » **Krankenhaustäufigkeit (KHH):** Anzahl von KA-Aufenthalten pro 1.000 Einwohner; verweist auf die Inanspruchnahme bzw. die Häufigkeit der Indikationsstellung für eine stationäre Aufnahme in Relation zu den Einwohnern => eine im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt hohe KHH deutet auf eine Überversorgung und/oder auf stationäre Aufnahmen in Ersatz zur Nutzung ambulanter Behandlungsalternativen hin (ggf. zur Optimierung der Auslastung); eine niedere KHH gilt als Indiz für eine möglichst weitreichende Nutzung ambulanter Versorgungsmöglichkeiten
- » **Bettenmessziffer (BMZ):** Betten pro 1.000 Einwohner = Planwert gemäß ÖSG in Form eines Intervalls für Österreich gesamt; durch ein generell gut ausgebautes ambulantes Versorgungsangebot liegt Vorarlberg i. d. R. im unteren Intervallbereich
- » **Bettendichte:** im Bundesland aufgestellte Betten pro 1.000 Einwohner; verweist auf die in Relation zu den Einwohnern zur Verfügung gestellten Betten => in Vorarlberg tendenziell unterdurchschnittlich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
- » **Belagstagedichte:** Anzahl an Belagstagen pro 1.000 Einwohner; Summe der mit den Aufenthalten verbundenen Belagstage (Nächtigungen) in Relation zu den Einwohnern => hohe Belagstagedichte deutet bei unauffälliger (oder niedriger) KHH auf relativ lange Verweildauern hin (ggf. zur Optimierung der Auslastung), niedere Belagstagedichte wird bei unauffälliger (oder niedriger) KHH durch Konzentration oder Forcierung von Behandlungsformen mit kurzen Aufenthaltsdauern und gut funktionierendem Nahtstellenmanagement bzw. rasch verfügbaren Nachsorgeangeboten erzeugt
- » **Durchschnittliche Belagsdauer (dBD):** durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Belagstagen => hohe dBD kann entweder die Versorgung von im Durchschnitt schwerer Erkrankten mit längerer Behandlungsdauer und Rekonvaleszenz bedeuten und/oder eine Verlängerung der Aufenthaltsdauer über das medizinische Maß hinaus, ggf. zur Erhöhung der Auslastung
- » **Nulltagesaufenthalte (NTA):** stationäre Aufenthalte, die am Tag der Aufnahme auch wieder entlassen werden, beinhalten teilweise Leistungen aus dem Katalog abrechenbarer tagesklinischer Aufenthalte (TK-Aufenthalte) oder aber auch nur ambulante oder auch keine der im bundesweiten Leistungskatalog angeführten Leistungen (sonstige Nulltages-Aufenthalte), letztere können zukünftig jedenfalls in den ambulanten Bereich verlagert werden.
- » **Auslastungsgrad** (i. d. R. 85 %, bei Kinder 75 %): Nutzungsgrad der Betten im Jahresdurchschnitt => verweist auf Ausmaß genutzter Kapazitäten/Leerkapazitäten (Effizienzkennzahl)

Auffällig in Vorarlberg gesamt sind die überproportional hohe Bettendichte in der Kinder- und Jugendheilkunde und die überdurchschnittliche Belagstagedichte in der Gynäkologie und Geburtshilfe (in beiden Fällen verursacht in der VR 81 mit jeweils unterdurchschnittlich ausgelasteten Abteilungen). Es besteht bereits jetzt schon augenscheinlich Handlungsbedarf, der im Hinblick auf die u. a. zukünftige Zurechnung von Nulltagesaufenthalten (NTA) zum spitalsambulanten Bereich noch dringlicher wird und auf den jedenfalls zu reagieren ist.

4.4.3.1 Kinder- und Jugendheilkunde

Die Bettendichte in der Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU, Normalpflege) liegt mit +35 Prozent über dem Bundesdurchschnitt, u. U. zurückzuführen auf einen im Vergleich zu Gesamtösterreich um ca. zwei Prozentpunkte höheren Bevölkerungsanteil der Kinder bis zum 15. Lebensjahr (mit sinkender Tendenz). Trotz der damit zum Teil begründbaren, im Österreich-Vergleich überdurchschnittlich hohen Krankenhaushäufigkeit (inkl. NTA) ist in den Krankenhäusern der VR 81 die Auslastung im Normalpflegebereich (exkl. Nulltagesaufenthalte) sehr niedrig: Sowohl im LKH Bregenz (2014 und 2015 ca. 40 Prozent, Tendenz sinkend) als auch in der KA Dornbirn (2014 ca. 63 Prozent, 2015 über 68 Prozent, Tendenz steigend). In beiden Fällen liegt die Auslastung deutlich unterhalb des anzustrebenden Soll-Auslastungsgrades von 75 Prozent in der Kinderversorgung. Die durchschnittlichen Belagsdauern mit rund 2,2 und 2,5 Belagstagen/Aufenthalt (exkl. NTA) in den KA Bregenz und Dornbirn zeigen, dass zum Wohl der Kinder (offensichtlich ohne Rücksicht auf die Folgewirkungen für die Auslastung) generell einer restriktiven Aufnahmestrategie gefolgt wird; die durchschnittliche Belagsdauer bzw. Aufenthalt exkl. NTA im LKH Feldkirch mit einem größeren Leistungsspektrum inkl. Versorgung von Frühgeborenen beträgt 3,3 Belagstage.

Tabelle 4.1:

Kennzahlen der KA-Standorte Kinder- und Jugendheilkunde in Vorarlberg

Kennzahlen 2014 (KJU)	Bregenz	Dornbirn	Feldkirch
tatsächliche Betten	25	30	24
Auslastung tats. Betten (gesamt)	56%	78%	83%
Auslastung tats. Betten (exkl. NTA)	43%	63%	68%
dBD (exkl. NTA) in Belagstagen	2,2	2,5	3,3
NTA-Anteil (Normalpflege)	32,30%	19,60%	27,70%

Quelle: BMGF Krankenanstaltenstatistik 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG FP

Gerade in der Versorgung von Kindern sind Nulltagesaufenthalte eine zu priorisierende Alternative zu längeren stationären Aufenthalten. Das LKH Bregenz hält mit ca. 32 Prozent schon länger einen hohen NTA-Anteil, das KA Dornbirn zeigt mit rund 20 Prozent eine steigende Tendenz. Zusätzlich wurden in der KA Dornbirn im Jahr 2015 mehr als 11.400 ambulante Frequenzen dokumentiert. Aufgrund deutlich geringerer erforderlicher Bettenkapazitäten im stationären und tagesklinischen Bereich in der VR 81 – schon derzeit und zukünftig nach Verlagerung tagesklinischer Behandlungen in den ambulanten Bereich noch vermehrt – ist eine Bereinigung der Angebotsstruktur zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen anzustreben. Die erforderlichen Kapazitäten (inkl. Leistungsangebot bzw. Leistungsschwerpunkten) sind mit der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im LKH Feldkirch abzustimmen, zumal dort die Betten im Normalpflegebereich (exkl. NTA) mit unter 70 Prozent ebenfalls unterhalb der Soll-Auslastung genutzt werden.

4.4.3.2 Gynäkologie und Geburtshilfe

Eine ähnliche Konstellation besteht in der Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH). In Vorarlberg werden pro Jahr rund 4.000 Entbindungen durchgeführt: 2015: LKH Bregenz ca. 1.150, KA Dornbirn 1.450, LKH Feldkirch ca. 920, LKH Bludenz rund 520. Nur in der KA Dornbirn konnte 2015 ein Zuwachs von mehr als 100 Geburten im Vergleich zu 2014 erreicht werden. Im LKH Feldkirch ist auch aufgrund der Zuständigkeit für Risikoschwangerschaften und -geburten die Sectiorate mit ca. 30 Prozent am höchsten. Die Festlegung von Standorten für Geburtshilfe sollte in KA immer gemeinsam mit der Versorgung der Neugeborenen im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde geplant werden, um bei Komplikationen oder Erfordernis an neonatologischer Intensivversorgung eine adäquate Versorgung von Mutter und Kind am selben Standort zu gewährleisten.

Tabelle 4.2:

Kennzahlen der KA-Standorte Gynäkologie und Geburtshilfe in Vorarlberg

Kennzahlen 2014 (GGH)	Bregenz	Dornbirn	Feldkirch	Bludenz
Tatsächliche Betten	34	40	32	16
Auslastung tats. B (gesamt)	72%	78%	91%	62%
Auslastung tats. B (exkl. NTA)	63%	66%	78%	54%
dBD (exkl. NTA) in Belagstagen	4,1	3,8	4,3	3,7
NTA-Anteil (Normalpflege)	14,7%	27,5%	28,1%	10,6%

Quelle: BMGF Krankenanstaltenstatistik 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG FP

Die Anteile an Nulltagesaufenthalten waren auch 2015 in den GGH-Abteilungen der KA Dornbirn (ca. 28 Prozent) und LKH Feldkirch (ca. 32 Prozent) am höchsten. Zum im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit festgelegten Tagesklinik-Leistungsbündel für Curettagen zeigt sich in Vorarlberg allerdings ein leichtes Absinken der im Bundesländervergleich durchaus hohen Tagesklinik-Anteile an den Gesamt-Aufenthalten für Curettagen von 2014 über 72 Prozent auf unter 70 Prozent im Jahr 2015.

Die durchschnittlichen Belagsdauern liegen mit Ausnahme des LKH Bludenz (ca. 3,7 Belagstage) generell bei rund vier Belagstagen pro Aufenthalt (exkl. NTA) und damit insgesamt leicht über dem Bundesdurchschnitt 2014. Die Auslastungen der Bettenkapazitäten für Aufenthalte (einschließlich der Tagesklinik-Aufenthalte) in den Abteilungen aller KA liegen zwischen 62 Prozent und 78 Prozent deutlich unter der Soll-Auslastung von 85 Prozent. Auch hier zeigt sich das Erfordernis, die bereits bestehenden Bettenkapazitäten zu redimensionieren und eine Bereinigung der Angebotsstruktur durchzuführen; die Angebote der Geburtshilfe sollten in enger Verzahnung mit der (neuen) Angebotsstruktur der Kinder- und Jugendheilkunde gebündelt werden.

4.4.3.3 Augenheilkunde

Die Versorgung in der Augenheilkunde (AU) ist in Vorarlberg schon weitgehend konzentriert. Eine umfassende Versorgung besteht in der Abteilung für AU im LKH Feldkirch, dazu werden vorrangig Katarakt-OP und Intravitreale Injektionen (IVOM) in zwei weiteren dislozierten Tageskliniken (dTK) durchgeführt (LKH Hohenems und KA Dornbirn sind örtlich in enger Nachbarschaft).

Tabelle 4.3:
Kennzahlen der KA-Standorte Augenheilkunde in Vorarlberg

Kennzahlen 2014 (AU)	Hohenems dTK	Dornbirn dTK	Feldkirch ABT
tatsächliche Betten	1	2	34
Auslastung tats. B (gesamt)	51%	76%	74%
Auslastung tats. B (exkl. NTA)	-	-	51%
dBD (exkl. NTA) in Belagstagen	-	-	2,4
NTA-Anteil 2014	99,2%	98,6%	53,7%
NTA-Anteil 2015-Entwicklung	99,0%	100,0%	60,7%

Quelle: BMGF Krankenanstaltenstatistik 2014 und 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG FP

Die Auslastung der AU-Abteilung mit nur 74 Prozent bei einem hohen Anteil an geplanten stationären Aufnahmen bzw. nur 51 Prozent im vollstationären Bereich zeigt sehr deutlich einen Redimensionierungs- und Restrukturierungsbedarf, der sich sowohl auf eine Reduktion der Bettenanzahl als auch auf eine Zusammenlegung der sich offensichtlich konkurrenzierenden Leistungsstandorte in der Augenheilkunde in Vorarlberg bezieht.

Mit dem nur zögerlichen Anheben des NTA-Anteils im LKH Feldkirch (ggf. um eine höhere Auslastung zu erreichen) ist offensichtlich auch der im Bundesländervergleich vorletzte Platz erreichter Zielwerte für Katarakt-OP gemäß Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016 zu erklären. Auch die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt überhöhte Vorarlberger Belagstagedichte (188 Prozent des Bundesdurchschnitts) und damit auch die überdurchschnittlich hohe Belagsdauer/Aufenthalt (117 Prozent des Bundesdurchschnitts) im Jahr 2014 (2015 leicht verringert) machen dringenden Veränderungsbedarf in diesem Fachbereich deutlich.

Katarakt-Operationen mit etwa 45-Prozent-Leistungsanteil begründen gemeinsam mit IVOM-Leistungen (die zukünftig dem spitalsambulanten Bereich zugeordnet werden) in Vorarlberg im Jahr 2015 einen Anteil von mehr als 80 Prozent an allen im stationären und tagesklinischen Bereich durchgeführten Leistungen in der Augenheilkunde (sehr ähnlich dem Österreichwert). Durch zunehmend ambulantes Erbringen der meisten Leistungen (inkl. Tagesklinik-Behandlungen) in der Augenheilkunde entwickelt sich dieses Sonderfachs zunehmend zu einem mit nur mehr geringem stationärem Leistungsanteil, das darüber hinaus kaum komplementäre Fachrichtungen für eine optimale Patientenversorgung benötigt.

Die strukturellen Rahmenbedingungen für das AU-Leistungsangebot sind in Österreich zukünftig daher generell so zu organisieren, dass Versorgungsstrukturen vorrangig für den ambulanten und tagesklinischen Bereich einzurichten und nur mehr an wenigen Standorten eine gegenüber dem IST-Stand deutlich geringere Anzahl an Betten für zusätzliche stationäre Behandlungsmöglichkeiten vorzusehen sind.

Dabei ist neben dem wirtschaftlichen Erfordernis möglichst weitgehender Bündelung der Leistungserbringung in größeren Versorgungseinheiten mit Teams, die die Anforderungen des KAKuG und des KA-AZG erfüllen müssen, eine leistungsbezogene Mindestgröße auch im Hinblick auf die

Ausbildung von Fachärzten/-ärztinnen für Augenheilkunde vonnöten. Ein möglichst großes Bündeln von Behandlungsverfahren aus ambulantem, tagesklinischem und stationärem Bereich an einem Standort sollte die erforderlichen Fallzahlen gemäß ÄAO 2015/ KEF 2016 nach Möglichkeit für mehrere Ausbildungsstellen für Augenärztinnen/-ärzte erreichen, die zukünftig schwerpunktmäßig in der ambulanten Versorgung (sowohl extra- als auch intramural) tätig sein werden. Eine Abteilung für Augenheilkunde kann grundsätzlich relativ solitär verortet werden.

4.4.3.4 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Im HNO-Fachbereich verringert sich die Notwendigkeit des Vorhaltens von stationären Kapazitäten aufgrund der in den letzten Jahren weitgehend stagnierenden Fallzahlen bei gleichzeitig höherem Anteil an Nulltages- bzw. Tagesklinik-Aufenthalten (im Jahr 2015 forciert). Dies zeigt sich auch in der HNO-Abteilung im LKH Feldkirch.

Tabelle 4.4:
Kennzahlen KA-Standort Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in Vorarlberg

Kennzahlen 2014 (HNO)	Feldkirch ABT
tatsächliche Betten	36
Auslastung tats. B (gesamt)	98%
Auslastung tats. B (exkl. NTA)	87%
dBD (exkl. NTA) in Belagstagen	4,7
NTA-Anteil 2014	17,6%
NTA-Anteil 2015-Entwicklung	21,0%

Quelle: BMGF Krankenanstaltenstatistik 2014 und 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG FP

Die über dem Bundesdurchschnitt liegende Belagstagedichte bzw. auch die überdurchschnittliche Belagsdauer pro Aufenthalt in Vorarlberg im Vergleich weisen darauf hin, dass eine Konzentration der Angebotsstruktur inkl. Redimensionierung des Bettenangebots erforderlich ist. Bei der Verortung einer HNO-Abteilung wäre auf die organisatorische Einbindung in die abgestuften Traumaversorgung (inkl. interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und der Plastischen Chirurgie) sowie auch mit der ONK-Versorgungsstruktur (via Tu-morboard) Bedacht zu nehmen.

4.4.3.5 Urologie

Auch in der Urologie (URO) geben die Kennzahlen der letzten Jahre Hinweise auf ein zweckmäßiges Verdichten des Leistungsangebots und Bereinigung der Angebotsstruktur. Neben der Abteilung im LKH Feldkirch ist auch eine Abteilung in der LKH Bregenz eingerichtet. Beide Abteilungen (25 bzw. 20 Betten) können im vollstationären Bereich (exkl. NTA) mit 72 bzw. 76 Prozent die Soll-Auslastung nicht erreichen.

Tabelle 4.5:
Kennzahlen der KA-Standorte Urologie in Vorarlberg

Kennzahlen 2014 (URO)	Bregenz ABT	Feldkirch ABT
tatsächliche Betten	20	25
Auslastung tats. B (gesamt)	88%	86%
Auslastung tats. B (exkl. NTA)	76%	72%
dBd (exkl. NTA) in Belagstagen	3,5	3,6
NTA-Anteil 2014	13,6%	28,0%
NTA-Anteil 2015-Entwicklung	17,6%	32,2%

Quelle: BMGF Krankenanstaltenstatistik 2014 und 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG FP

Die Fallzahlsteigerung von 2014 auf 2015 um insgesamt 9 Prozent wurde größtenteils durch deutlich gesteigerte Nulltages-/Tagesklinik-Aufenthalte (+ 29 Prozent) generiert. Die Krankenhaushäufigkeit in der Urologie liegt in Vorarlberg 2014 über dem Bundesdurchschnitt (117 Prozent), die offensichtlich auch durch die im Vergleich zu Österreich höheren Wiederaufnahmeraten (114 Prozent; innerhalb desselben Kalenderjahrs nochmalige Aufnahme in der URO) begründet sind. Der im Vergleich zum Österreich-Durchschnitt auffällig höhere Anteil an URO-Nulltagesaufenthalten (132 Prozent) ist nur dann positiv zu beurteilen, wenn die NTA nicht für Vorabklärungen oder Nachuntersuchungen im stationären Bereich als Wiederholungsaufnahmen erfolgen, was auf der Leistungsebene noch näher zu analysieren ist.

Abteilungen für Urologie können ähnlich wie HNO-Abteilungen konzentriert verortet werden (wie z. B. auch in der Steiermark praktiziert). Für eine umfassende Fachversorgung ist ein Einbinden in die abgestufte Trauma- wie auch ONK-Versorgung (via Tumorboard) erforderlich, das ein organisiertes Weiterleiten im Bedarfsfall miteinschließt.

4.4.3.6 Unfallchirurgische Versorgung

Unfallchirurgisch (UC) wird in den Abteilungen in den LKH Bregenz und Feldkirch und in den beiden Departments in der KA Dornbirn und im LKH Bludenz sowie der dislozierten Tagesklinik im LKH Hohenems versorgt. Trotz einer im Jahr 2014 leicht über dem Bundesdurchschnitt liegenden Krankenhaushäufigkeit besteht in Vorarlberg eine relativ geringe Bettendichte (rund 90 % Prozent des Bundesdurchschnitts) an fünf Unfallchirurgie-Standorten mit teilweise hohen Auslastungsgraden, die auf einen landesweit überdurchschnittlich hohen NTA-Anteil und relativ kurze Belagsdauern im vollstationären Bereich zurückzuführen sind (Ausnahme KA Dornbirn 16 Betten, unter 65 Prozent). Das Erfordernis effizienter Nutzung vorhandener Kapazitäten wird durch die Mitversorgung von in- und ausländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten aus dem Tourismus noch verstärkt.

Tabelle 4.6:
Kennzahlen der KA-Standorte Unfallchirurgie in Vorarlberg

Kennzahlen 2014 (UC)	Bregenz ABT	Dornbirn DEP	Hohenems dTK (dWK)	Feldkirch ABT	Bludenz DEP
tatsächliche Betten	36	16	4	72	20
Auslastung tats. B (gesamt)	89%	64%	89%	71%	92%
Auslastung tats. B (exkl. NTA)	78%	57%	36%	65%	78%
dBD (exkl. NTA) in Belagstagen	5,3	4,3	1,2	5,4	3,0
NTA-Anteil 2014	4,8%	8,5%	72,6%	6,3%	4,4%
NTA-Anteil 2015-Entwicklung	4,7%	9,4%	75,6%	6,9%	5,4%

Quelle: BMGF Krankenanstaltenstatistik 2014 und 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG FP

Durch die räumliche Nähe von zwei weiteren Unfallchirurgie-Standorten in reduzierten Organisationsformen zur UC-Abteilung im LKH Bregenz kann zwar eine Aufgabenteilung nach Leistungsschwerpunkten angedacht werden, für Patientinnen und Patienten ist im Anlassfall jedoch die bedarfsbezogenen „richtige“ Anlaufstelle ev. schwer zu identifizieren (auch mit Gefahr des Zeitverlusts bei erforderlichlichem Weitertransport). Darauf kann ggf. auch die geringe Auslastung des UC-Departments in der KA Dornbirn zurückgeführt werden. Es sind daher Varianten zum weiteren Bündeln der unfallchirurgischen Versorgung in der VR 81 zu prüfen.

4.4.3.7 Orthopädische Versorgung

Die Bettendichte in der orthopädischen Versorgung (OR) liegt leicht unter dem Bundesdurchschnitt, allerdings – anders als in der Unfallchirurgie – mit einer deutlich unterdurchschnittlichen Krankenhaushäufigkeit (88 Prozent des Bundesdurchschnitts), obwohl zu den schwerpunktmäßig operativ ausgerichteten Orthopädie-Leistungsstandorten im LKH Hohenems zusätzlich ein Fachschwerpunkt für konservative Orthopädie mit 14 Betten (Auslastung über 100 Prozent) eingerichtet ist. Durch diese anteilsmäßig vermehrt konservative Therapie mit etwas längeren Belagsdauern wird auch die Belagstagedichte in Vorarlberg über den Bundesdurchschnitt gehoben.

Tabelle 4.7:
Kennzahlen der KA-Standorte Orthopädie in Vorarlberg

Kennzahlen 2014 (OR)	Dornbirn ABT	Hohenems FSP (kons.)	Feldkirch ABT
tatsächliche Betten	30	14	54
Auslastung tats. B (gesamt)	82%	100%	83%
Auslastung tats. B (exkl. NTA)	76%	95%	77%
dBd (exkl. NTA) in Belagstagen	6,3	9,6	7,6
NTA-Anteil 2014	2,8%	27,7%	15,8%
NTA-Anteil 2015-Entwicklung	4,6%	21,0%	22,8%

Quelle: BMGF Krankenanstaltenstatistik 2014 und 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG FP

4.4.3.8 Orthopädie und Traumatologie

Im Hinblick auf die Zusammenführung der Unfallchirurgie und Orthopädie in ein neues gemeinsames Sonderfach Orthopädie und Traumatologie wäre in Abhängigkeit von der Mobilität der PatientInnen näher zu prüfen, inwieweit die am LKH Hohenems eingerichtete konservative Therapie strukturell in das neue Sonderfach eingegliedert bzw. auch als ambulante Behandlungsalternative angeboten werden kann.

Mit der ÄAO 2015/KEF 2016 wurden die beiden Fachrichtungen Orthopädie und Unfallchirurgie zu einem – wie international üblich – gemeinsamen Sonderfach Orthopädie und Traumatologie (OR/TR) zusammengeführt. Künstliche Trennungen der Zuständigkeiten wie bisher (Akutversorgung in der Unfallchirurgie und geplante Operationen am Bewegungsapparat in der Orthopädie) konnten selten durchgängig eingehalten werden. Die neue Ausbildungsstruktur ermöglicht dem/der in Ausbildung zum Facharzt stehenden Turnusarzt/-ärztin durch die Wahl der Schwerpunktausbildung (von 6 möglichen Modulen sind 3 zu wählen) eine individuelle Entscheidung über das berufliche Haupteinsatzgebiet in der überwiegend traumatologischen oder orthopädischen Versorgung bei gleichzeitiger Qualifikation zur Grundversorgung von Patientinnen und Patienten auch im jeweils anderen Teil des Sonderfachs.

Die derzeit in nur einem der beiden zusammengeführten Sonderfächer ausgebildeten Fachärzte/-ärztinnen haben bis 2021 eine Ergänzungsausbildung zum jeweils anderen Teilbereich zu absolvieren, sofern diese nicht schon eine Doppelfachausbildung aufweisen (dies gilt auch für Abteilungsleiter/innen bei Umwandlung von OR- oder UC-Abteilungen in OR/TR). Spätestens nach dem Übergangszeitraum wird das Zusammenführen bisher eigenständiger UC- und OR-Versorgungsstrukturen in größere OR/TR-Versorgungseinheiten erforderlich sein. Daher sind auf Basis dann aktueller Daten die o.a. Kennzahlen zu den UC- und OR-Standorten für OR/TR-Standorte neu zu definieren. Bis dahin sind für die Versorgungsplanung UC- und OR-Kapazitäten gemeinsam zu betrachten. Die Ausbildungsstellen für OR/TR-Fachärztinnen/-ärzte sind, um alle Module für die Facharzt-Schwerpunktausbildung abzudecken, ggf. durch entsprechende Rotationsregelungen zwischen den KA-Standorten herzustellen.

Bevorzugt einzurichten sind daher größere OR/TR-Versorgungseinheiten gegenüber reduzierten Organisationsformen mit eingeschränktem Leistungsspektrum (idealerweise je ein Standort OR/TR je VR mit abgestufter, aufeinander abgestimmter Traumaversorgung für Vorarlberg).

4.4.3.9 Chirurgie

Auch in den bisher geführten Abteilungen für Chirurgie (CH) ist durch die ÄAO 2015/KEF 2016 eine Neustrukturierung erforderlich. Alle Chirurgischen Sonderfächer weisen eine gleichartige Grundausbildung auf und sehen für die jeweils fachspezifische Schwerpunktausbildung mehrere Spezialgebiete vor, die für die Ausbildung zum jeweiligen Facharzt / zur jeweiligen Fachärztin an den einzelnen Ausbildungsstätten zur Verfügung stehen müssen. Zumindest die für eine Ausbildungsstelle erforderlichen Fallzahlen je Leistungsart müssen im Ausmaß des 1,5-Fachen der Fallzahl, die ein in Ausbildung stehende(r) Arzt/Ärztin im vorgesehenen Zeitraum zu absolvieren hat, regelmäßig erreicht werden.

Auch in der Chirurgie bedarf es für die Genehmigung von ausreichend vielen Ausbildungsstellen für Fachärzte/-ärztinnen mit unterschiedlichen Spezialisierungen großer Versorgungseinheiten, um die Breite des fachspezifischen Leistungsspektrums in entsprechender Quantität und hoher Qualität nicht nur versorgungstechnisch den Patientinnen und Patienten, sondern auch den auszubildenden Fachärztinnen/-ärzten anbieten zu können. Die Konzentration der bisherigen chirurgischen Abteilungen auf wenige Standorte mit größeren Kapazitäten wäre dabei hilfreich, auch um die evidenzbasiert festgelegten verbindlichen Mindestfallzahlen je Standort gemäß ÖSG für Leistungsbündel der Viszeralchirurgie (Pankreas-, Ösophagus-, Leber- und Adipositaschirurgie) zu erfüllen. Schließlich macht „Übung den Meister“. Wie u. a. Öfner-Velano beispielhaft unter Bezugnahme auf eine Schwedische Studie 1987–2005 mit Follow-up 2011 feststellt, kann das Mortalitätsrisiko nach einer Ösophagus-OP bei hohem Übungsgrad von 37 auf 4 Prozent reduziert werden¹⁹.

Zur Abdeckung der für die Ausbildung erforderlichen breiten Angebotspalette (von der Grundversorgung bis zu hochspezialisierten Leistungen) besteht auch die Möglichkeit, die je auszubildende/n Ärztin/Arzt erforderlichen Fallzahlen in den einzelnen Leistungssegmenten eines Sonderfachs an mehreren Krankenhaus-Standorten durch entsprechende Rotation der Auszubildenden zu gewährleisten, was in Mehrstandort-Krankenhäusern bzw. in mehreren Krankenhäusern eines Rechtsträgers wegen einheitlicher dienstrechtlicher Rahmenbedingungen begünstigt ist. Ziel sollte jedoch das weitgehende Bündeln der gesamten Expertise des chirurgischen Sonderfachs an weniger Standorten sein.

¹⁹ Öfner-Velano, D: KA-AZG ohne Zusatzregelungen aus der Sicht der Chirurgie, Innsbruck 2017

4.5 Planung der stationären Versorgung nach Fächern und nach Krankenhausstandorten 2020/2025

4.5.1 Planungshorizont 2020

Ausgangspunkt für die Planungen 2020 ist der derzeit gültige RSG Vorarlberg 2015 gemäß Verordnung der Landesregierung über den Regionalen Strukturplan Gesundheit 2015, intramuraler Bereich, in der Fassung vom 21. 2. 2017. Gemäß § 2 Absatz 1 enthält die Anlage (vgl. Tabelle 3 im Anhang) Planungsvorgaben für die einzelnen Krankenanstalten hinsichtlich

- a) Organisationsform der einzelnen Sonderfächer,
- b) höchstzulässiger Bettenzahl je Sonderfach,
- c) höchstzulässiger Bettenzahlen in Intensivbehandlungs- und Intensivüberwachungsbereichen,
- d) der Referenzzentren und der besonderen Leistungsbereiche und
- e) hinsichtlich zulässiger Ausstattung mit medizinisch-technischen Großgeräten.

In § 2 Absatz 2 wird das Jahr 2015 als Zielhorizont definiert.

Seit dem Jahr 2015 wurden bis dato folgende Strukturveränderungen im stationären Bereich vollzogen:

- » KH Mehrerau: Als privates gemeinnütziges Krankenhaus (u. a. PRIKRAF finanziert) im März 2015 aufgelassen und umgewandelt in ein Hospizzentrum mit 10 Hospizbetten (Inbetriebnahme im Dezember 2017 geplant)
- » Betrieb des privaten gemeinnützigen KH Carina („Heilpädagogisches Zentrum“) in Feldkirch eingestellt und Kinder-/Jugendpsychiatrie im LKH Rankweil neu eingerichtet (dislozierter Standort im Herz-Jesu-Heim Rankweil)
- » Innere Medizin im LKH Feldkirch neu strukturiert durch künftige Aufteilung in folgende Organisationseinheiten:
 - » Abteilung für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Kardiologie (inklusive interventio-nelle Kardiologie), Angiologie und kardiologische Intensivmedizin sowie Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen; angebunden ist das Department für Remobilisa-tion/Nachsorge Maria Rast in Schruns.
 - » Abteilung für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Onkologie, Hämatologie, Gastro-enterologie und Rheumatologie (inkl. Interne E im Landeskrankenhaus Rankweil)
 - » Abteilung für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Nephrologie und Dialyse

Bis zum **Planungshorizont 2020** sind folgende Strukturveränderungen²⁰ im stationären Bereich vorgesehen (vgl. Tabelle 3, Zeile *RSG 2020*, im Anhang):

²⁰ Die hier angeführten Bettenzahl-Veränderungen pro KA bis zum Jahr 2020 finden sich in Tabelle 3 (im Anhang) in der Zeile *RSG 2020*.

- » Standortübergreifende Abteilung für Chirurgie an den KA-Standorten Feldkirch und Bludenz durch folgende Einzelmaßnahmen:
 - » Abbau von zwei Betten im LKH Bludenz
 - » eventuell zusätzlich Umwandlung von stationären Betten in tageschirurgische Betten
 - » Schwerpunkt im KH Bludenz werden Tageschirurgie sowie Spezial Eingriffe (insbesondere Hernien-Operationen, Proktologie, Varizenentfernung ...).
- » Kooperation im Bereich Endoprothetik zwischen der orthopädischen Abteilung im LKH Feldkirch und dem Department für Unfallchirurgie im LKH Bludenz. Die Organisationsform dieser Kooperation wird sich an den im ÖSG 2017 definierten Organisationsformen orientieren.
- » Kooperation im Bereich der Abteilungen für Gynäkologie an den KA-Standorten LKH Feldkirch und LKH Bludenz mit dem Ziel einer effizienteren Nutzung der Operationskapazitäten im LKH Bludenz. Weiters ist der Abbau von zwei GGH-Betten im LKH Bludenz vorgesehen.
- » Neustrukturierung im LKH Feldkirch in den folgenden Bereichen:
 - » Internistische und Notfall-Ambulanz
 - » Erweiterung der Intensivkapazität um sechs IMCU-Betten
 - » Trennen von anästhesiologische und internistische Intensivbetten im Intensiv-Betten-Behandlungsbereich
 - » Erweiterung der Stroke-Unit-Kapazitäten von vier auf acht Betten
 - » Erweiterung der neonatologischen/pädiatrischen Intensivstation um drei Betten
- » Erweiterung der Palliativstation im LKH Hohenems um sechs Betten gegenüber dem Ist-Stand
- » Reduktion der Abteilung für Pädiatrie im LKH Bregenz um zwei Betten
- » Darüber hinaus sollen alle Landeskrankenhäuser zu einem Mehr-Standorte-Krankenhaus zusammengefasst werden.

4.5.2 Planungshorizont 2025 (quellbezogene Kapazitätsabschätzung)

Auf Basis der gut abgesicherten Daten zur Epidemiologie bzw. aus der Diagnosen- und Leistungs-dokumentation (DLD) und der Krankenanstaltdokumentation (KDok) können in Verbindung mit den Planungs-Richtwerten des ÖSG 2012 für den akutstationären Bereich in einem ersten Schritt im Rahmen eines makroanalytischen Ansatzes quellbezogene Bettenäquivalente ermittelt werden.

Als Rahmenvorgabe und somit Leistungsmengenbasis für das Jahr 2025 wird im ÖSG-Simulationsmodell die Versorgungsmatrix²¹ des derzeit gültigen ÖSG 2012 herangezogen. Auf

²¹ Die Versorgungsmatrix legt pro MHG unter anderem auf Ebene der Versorgungsregionen Richtwerte für die Anzahl der stationären Aufenthalte in den Akut-krankenanstalten (also in Fonds-KA, UKH und SAN) fest, die bei Annahme idealtypischer Verhältnisse aus der Region heraus „entstehen“ sollten („quellbezogene“ Darstellung, d. h. Zuordnung der stationären Aufenthalte zu den Regionen entsprechend dem Wohnort der Patientinnen/Patienten).

Basis der in der Versorgungsmatrix pro MHG²² ausgewiesenen Anzahl stationärer Aufenthalte werden für den Planungshorizont 2025 jene Bettenäquivalente (BÄ) als **Richtwerte für Planbetten** ermittelt, die für die Versorgung der Bevölkerung der jeweiligen VR („Quellbevölkerung“ entsprechend der Wohnpostleitzahl) erforderlich sein werden.

Im Zuge der Berechnungen werden die MHG und die vorarlbergspezifische KHH nicht an den Bundesdurchschnitt angepasst. Das bedeutet, dass die (prognostizierte) durchschnittliche österreichische KHH (Aufenthalte/EW nach MHG, Alters- und Geschlechtsgruppe) nicht auf den (prognostizierten) regionalen (Vorarlberger) Bevölkerungsstand (je Alters- und Geschlechtsgruppe) angewendet, sondern die Vorarlberger KHH des Jahres 2014 konstant gehalten wird.

Weiters liegen der Bedarfsabschätzung 2025 für die einzelnen Rechengrößen folgende Festlegungen zugrunde:

- » Zur Festlegung der dBD pro MHG wurde die SOLL-dBD gemäß dem GÖG-Prognosemodell verwendet; für jene MHG, die in Vorarlberg im Jahr 2014 bereits eine niedrigere dBD als jene des GÖG-Prognosemodells erreichten, wurde diese verwendet. Generell wurden die Nulltagsaufenthalte bei der Berechnung der dBD für MHG mit einem NTA-Anteil über 30 Prozent exkludiert.
- » Zur Festlegung der SOLL-Anteile der Null-Tage-Aufenthalte (NTA) pro MHG wurden die SOLL-NTA-Anteile gemäß Versorgungsmatrix verwendet, die im Entwurf des ÖSG 2017 enthalten sind; für jene MHG, die in Vorarlberg im Jahr 2014 bereits einen höheren NTA-Anteil als den in der Versorgungsmatrix des ÖSG 2017 definierten SOLL-Wert erreichten, wurde der höhere Vorarlberger NTA-Anteil verwendet.
- » Die Zuteilung der MHG zu den einzelnen Fachrichtungen (Transformationsmatrix) erfolgt entsprechend der Situation in Vorarlberg im Jahr 2014. Die in Vorarlberg im Jahr 2014 nicht dokumentierten MHG werden den Fachrichtungen entsprechend der im GÖG-Prognosemodell verwendeten Werte zugeteilt.
- » Zur Abschätzung der laut Bedarf erforderlichen Bettenäquivalente wurden idealtypische fachbereichsspezifische Auslastungsgrade verwendet.

Der regionale Bettenbedarf wird auf Basis der für die jeweilige Fachrichtung relevanten MHG durch Ermittlung des Belagstage-Volumens 2025 abgeschätzt. Die für das Jahr 2025 pro MHG auf Basis der demografischen und medizinisch-technischen Entwicklung prognostizierten Aufenthaltszahl wird mit der für das Jahr 2025 angenommenen dBD multipliziert. Danach wird die idealtypische Plan-Bettenzahl für das Jahr 2025 unter Annahme der fachrichtungsspezifischen Soll-Auslastung wie folgt berechnet:

²² MHG: Überbegriff für Medizinische Einzelleistungsgruppen und Hauptdiagnose-Gruppen

$$\text{Bettenäquivalente}_{2025} = ([\text{Belagstage}]) / 365 / [\text{SOLL-Auslastung}]^{23}$$

Zu diesen quellbezogenen Bettenäquivalenten sind die vorzuhaltenden Kapazitäten für die Versorgung in- und ausländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten zu addieren (= Bettenäquivalent, das im Jahr 2014 für die Versorgung aller Gastpatienten in den Vorarlberger KA benötigt wurde). Weiters ist jenes Bettenäquivalent abzuziehen, welches für die Vorarlberger Bevölkerung in KA außerhalb Vorarlbergs im Jahr 2014 benötigt wurde. Das bedeutet, dass für die Abschätzung des Bettenbedarfs 2025 die im Jahr 2014 in den Vorarlberger Akutkrankenanstalten für die Versorgung von in- und ausländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten erforderlichen Bettenäquivalente konstant gehalten wurden.

Zur Berechnung der **Tagesklinikplätze** (TKP - im Sinne von „Norm-Plätzen“) wurde folgende Formel angewendet:

$$[\text{TKP-relevante Aufenthalte}] / ([\text{Norm-Betriebstage pro Jahr}] * [\text{Norm-Belegung pro Tag und Platz}] * [\text{Norm-Auslastung}])$$

Dabei gilt:

- » Norm-Betriebstage pro Jahr = 250
- » Norm-Belegungen pro Tag und Platz = 1,5
- » Norm-Auslastung = 90 %

Für die folgenden fünf Tagesklinik-MHG (MEL 28.05, MEL 28.06, MEL 28.07, MEL 31.01 sowie MEL 32.02) wurden anstelle der Aufenthalte die Belagstage zur Berechnung der Norm-Plätze herangezogen. Dabei handelt es sich um jene MHG, bei denen im Zuge von Behandlungszyklen mehrere tagesklinische Besuche stattfinden, diese aber nur als ein einziger Aufenthalt dokumentiert werden. Die Belagstage werden herangezogen, weil der Kapazitätsbedarf unterschätzt würde, wenn ausschließlich die Aufenthalte berücksichtigt würden.

In Tabelle 4.8 sind für Vorarlberg insgesamt die Betten entsprechend der geplanten Strukturveränderungen bis 2020 sowie der abgeschätzte Bettenbedarf für den Planungshorizont 2025 dargestellt (Angaben pro Krankenanstalt für den Planungshorizont 2020 sind Tabelle 3 im Anhang zu entnehmen).

²³ Die Formel $B\ddot{A} = ([\text{Belagstage}] + ([\text{Aufenthalte}] / 2)) / 365 / [\text{SOLL-Auslastung}]$ wird aus mehreren Gründen nicht mehr verwendet. Für die Berechnung der tagesklinischen BÄ wird eine eigene Bettenformel verwendet, wodurch Null-Tage-Aufenthalte nicht mehr Gefahr laufen, unberücksichtigt zu bleiben. Die geplante Einführung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells setzt Anreize, auf knapper werdende Personalressourcen mit neuen Versorgungsformen zu reagieren. Weiters wird in den kommenden Jahren ein zunehmender Ausbau von ambulanten Betreuungs- und Tagesklinikplätzen erwartet.

Tabelle 4.8:

Anzahl der stationären Betten in den Vorarlberger Akutkrankenanstalten 2020/2025 pro Fachrichtung

Planungshorizont	INT	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KJP	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR/TR	MKG	SRN	RNS	PAL	PSO	I-TK/GEM	HOS	Summe
2020	91	189	17	400	116	90	269	74	37	12	24	36	45	16	38	246	8	20	94	16	18	41	10	1.907
2025	86	183	17	377	86	108	271	55	50	10	24	36	43	16	38	242	8	20	99	16	18	17	10	1.830

Quellen: Planungshorizont 2020: Land Vorarlberg; Planungshorizont 2025: Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Anmerkungen zu Tabelle 4.8:

- » In den Bettenzahlen 2020/2025 sind die 85 PSY-Betten im KH Frastanz enthalten.
- » In den Bettenzahlen 2020 der „Fachrichtung“ I-TK/GEM sind u. a. neun Betten der Unfallstation Dr. Rhomberg, Lech sowie acht Betten des Sanatoriums Dr. Schenk, Schruns enthalten.
- » Die 10 HOS-Betten sind im KH Mehrerau eingerichtet.
- » In den Bettenzahlen 2025 der „Fachrichtung“ I-TK/GEM sind ausschließlich die neun Betten der Unfallstation Dr. Rhomberg, Lech, sowie die acht Betten im Sanatorium Dr. Schenk, Schruns, dargestellt. Die weiteren bis 2025 einzurichtenden TK-Plätze sind in den fachrichtungsspezifischen Bettenzahlen inkludiert und sollen im Zuge der weiterführenden zielbezogenen Standortplanungen extra ausgewiesen werden.
- » Bezugnehmend auf das gegenwärtig und zukünftig starke Anwachsen der älteren Bevölkerungsgruppen in Vorarlberg ist auch zu empfehlen, Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) zu etablieren. Kapazitäten für AG/R entstehen vorzugsweise durch Umwidmung von Betten der IM bzw. der NEU, in Vorarlberg gegebenenfalls auch aus Betten der RSN. Durch eine ebenfalls mögliche Direktaufnahme in die AG/R sind frühzeitig geriatricspezifische Interventionen möglich, welche zukünftige Krankenhaus-Aufenthalte vermeiden/aufschieben bzw. deutlich kürzer werden lassen als die Aufenthalte jener Patientinnen/Patienten, die (nach An- bzw. Erstbehandlung in anderen Fachbereichen) transferiert oder zugewiesen wurden²⁴. Zudem werden die bisher primär versorgenden Fachbereiche entlastet.

²⁴ ÖSG 2017 Entwurfsfassung, Stand: 13.3.2017 definiert Patientinnen/Patienten mit alterstypischer Multimorbidität und/oder Frailty-Syndrom

4.5.3 Planungshorizont 2025 (zielbezogene Standortplanung)

Die aus der Grobabschätzung resultierenden quellbezogenen Bettenrichtwerte bilden die Grundlage für eine noch durchzuführende Zuordnung der Bettenkapazitäten auf die einzelnen KA-Standorte. Im Rahmen eines mikroanalytischen Planungsansatzes wird der Betten- und Leistungsbedarf – mit Bezug auf Realisierung kostengünstiger Umsetzungsvarianten – mit folgenden Mitteln differenziert:

- » Wahl von unterschiedlichen zweckmäßigen Betriebsformen (Tagesklinik, Wochenklinik, Aufnahme- und Entlassungsstationen) für die erforderlichen Organisationseinheiten
- » Einsatz von dafür spezifischen Planungsparametern (z. B. Auslastungsgrade in Abhängigkeit von der Höhe des Anteils planbarer Leistungen bzw. erforderlicher Notfallpuffer, MHG-spezifische Verweildauer, tatsächliche jährliche/wöchentliche/tageszeitliche Betriebszeiten)
- » Nutzung interdisziplinärer Versorgungseinheiten und Annahme eines optimierten KH-Belegungsmanagements

Insbesondere die zunehmende Fokussierung auf den NTA- bzw. TK-Bereich (Stichwort: *spitals-ambulant*es Bepunktungsmodell) bildet die Grundlage für eine weitere Differenzierung, da dieser sowohl gegenüber dem ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung als auch gegenüber dem vollstationären Bereich abzugrenzen ist. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Bettenbelegungs-Management unter Nutzung von Aufnahme- und Entlassungsstationen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements optimiert, überproportionale KHH vermieden und die dBD unter Absicherung der Patientenversorgung bei längerer Rekonvaleszenz im Bedarfsfall reduziert werden. Planungsziel ist dabei, eine bedarfsorientierte und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung abzusichern.

Als zielbezogene Feinjustierung sind weiters die Fachrichtungs- und Kapazitätsfestlegungen je KA-Standort auf die jeweils verfügbare bauliche (Stationsgliederung, OP-Kapazität) und (haus)technische sowie medizinisch-technische Infrastruktur (inkl. Großgeräte) und die darauf angepassten Leistungsbündel (unter Einhaltung von Qualitätskriterien und Leistungsmengen-Vorgaben) abzustimmen. Sollten Leistungen aus dem Leistungsbild einzelner Standorte herausfallen, weil dort die Qualitätskriterien fehlen, sind diese Leistungen andernorts regionspezifisch oder überregional ergänzend zuzuordnen – und der daraus resultierende Änderungsbedarf entsprechend zu berücksichtigen.

Dieser finale Planungsschritt einer Feinabstimmung muss die Rahmenbedingungen vor Ort berücksichtigen und wird daher sinnvollerweise in Abstimmung mit den „regionalen Stakeholdern“ erfolgen.

4.6 Weitere Empfehlungen zu Restrukturierungsmaßnahmen

Die im ÖSG enthaltenen Planungsziele betreffend die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung und Integration in Allgemein öffentliche Krankenanstalten sowie das Etablieren des einschlägigen Angebots von Akutgeriatrie/Remobilisation für geriatrische Patientinnen und Patienten. sollten Gegenstand weiterer Betrachtungen sein.

Die **Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung (PSY)** als ein besonders wichtiger Teil der Psychiatriereform ist im ÖSG verankert und in den meisten Bundesländern weitgehend abgeschlossen. Die Integration psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern bietet große Vorteile: Die psychiatrischen Patientinnen und Patienten können bei Bedarf im Haus somatisch abgeklärt und behandelt werden, umgekehrt profitieren die somatischen Fächer von der psychiatrischen und psychosomatischen (Mit-)Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Das Führen von PSY-Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern wirkt darüber hinaus der Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen effektiv entgegen.

Dezentrale psychiatrische Abteilungen decken das gesamte Leistungsspektrum der Psychiatrie gemäß ÖSG ab. Durch die Wohnortnähe weisen dezentrale PSY-Abteilungen ein höheres Tagesklinik-Potenzial auf – im Vergleich zu psychiatrischen Großkrankenhäusern als „Stand-alone“-Lösungen – wie in Rankweil zumeist außerhalb von Ballungsräumen mit entsprechend erschwerter Zugänglichkeit. Zusätzlich sollten ausreichende ambulante Versorgungsstrukturen in Wohnortnähe eingerichtet und mit den dezentralen PSY-Abteilungen für eine durchgängige Betreuung psychiatrischer Patientinnen und Patienten vernetzt werden (nach Möglichkeit durch idente Betreuungsteams zum Erhalt der Bezugspersonen für die psychiatrisch Erkrankten). Die Umsetzungsmöglichkeiten für eine dezentralisierte Psychiatrie mit jeweils einer PSY-Abteilung an einem Standort eines Allgemeinkrankenhauses in der VR 81 sowie auch in der VR 82 sollten im Zuge der Restrukturierung der Gesundheitsversorgung im RSG V 2025 tiefgehend geprüft werden.

Mit der Einführung des Angebots der Geriatrischen Remobilisation im Jahr 2017 zunächst in zwei Pflegeheimen wurde das Erfordernis einer verstärkten geriatricspezifischen Orientierung in der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten erkannt. Um ergänzend zur Nachsorge von unfallchirurgisch/traumatologisch und neurologischen erkrankten geriatrischen Patientinnen und Patienten auch eine Akutversorgung (auch bei anderen v. a. internistischen Erkrankungen) mit frühestmöglicher geriatricspezifischer Behandlung zu gewährleisten, wäre bezugnehmend auf den gegenwärtig und zukünftig starken Zuwachs in den älteren Bevölkerungsgruppen in Vorarlberg auch das **Etablieren der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)** zu empfehlen.

Eine auf geriatrische Patientinnen und Patienten spezialisierte Versorgungsstruktur (mit ganzheitlichem Versorgungsansatz im jeweiligen (akuten) Anlassfall eines KA-Aufenthalts) wäre der Versorgung innerhalb der (allgemeinen) Inneren Medizin vorzuziehen.

Das in Vorarlberg verhältnismäßig breit eingeführte Konzept der Remobilisation und Nachsorge (RNS) richtet sich zwar auf die weiterführende schwerpunktmäßig auf Therapie und Pflege fokus-

sierte Nachsorge von Patientinnen und Patienten (jeden, auch höheren Alters) mit längerer Rekonvaleszenz infolge eines akut-stationären Aufenthalts. RNS beinhaltet aber nicht die geriatricspezifische interdisziplinäre und multiprofessionelle Expertise zur gesamthaften Versorgung (inkl. Beachtung der Behandlungserfordernisse aufgrund der Grunderkrankung(en) und möglicher Wechsel- und Folgewirkungen im Zusammenhang mit der Versorgung des akuten Behandlungsbedarfs mit dem Erfordernis einer stationären Aufnahme).

In der Akutgeriatrie/Remobilisation können in Abstimmung mit anderen Fachbereichen (v. a. IM, NEU) geriatrische Patientinnen und Patienten direkt aufgenommen werden, wodurch bereits frühzeitige geriatricspezifische Interventionen die Krankenhaus-Aufenthalte im Vergleich zu jenen von – nach An- bzw. Erstbehandlung in anderen Fachbereichen – übernommenen Patientinnen/Patienten insgesamt verkürzen. Zudem werden die bisher primär versorgenden Fachbereiche entlastet. Durch den frühestmöglichen Einsatz geriatricspezifischer multidimensionaler Interventionen (somatisch, psychisch, sozial) kann der weitere Verlust funktioneller Fähigkeiten verhindert werden und der Bedarf an funktionsfördernden Maßnahmen im besten Fall gar nicht erst entstehen.

In einigen Bundesländern hat – nach anfänglicher Konkurrenz zwischen AG/R und RNS – die Entwicklung und Erfahrung gezeigt, dass Bedarf an beiden Angeboten für unterschiedlichen Zielgruppen besteht und sie sich – wenn innerhalb eines KA geführt – synergetisch ergänzen. Beide Versorgungsformen entlasten durch stabilisierte Behandlungserfolge und erhöhte Autonomiegrade der Patientinnen und Patienten die Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialbereich längerfristig. Im Krankenanstaltenbereich wären AG/R-Angebote durch die Umwidmung von Betten der Inneren Medizin, ggf. der Neurologie und auch der RNS-Einheiten vorzusehen (da in Vorarlberg RNS tlw. in Ersatz zu AG/R ausgebaut). Als Einstieg wäre die Einrichtung zunächst eines Departments im Rahmen einer Abteilung für Innere Medizin als deren spezialisierter Teil zu empfehlen.

4.7 Überregionale Versorgung und Versorgungsplanung laut ÖSG

Die Abstimmung der Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung ausgewählter hochspezialisierter komplexer Leistungen ist durch die überregionale Versorgungsplanung (ÜRVP) sicherzustellen. Im Rahmen der ÜRVP werden bundesweit Leistungsstandorte für folgende Versorgungsbereiche definiert:

- » Ausgewählte Referenzzentren im Sinne der Leistungsmatrix (z. B. HCH, TXC)
- » Spezialzentren (z. B. Zentren für Medizinische Genetik, Schwerbrandverletzten-Versorgung)
- » Expertise-Zentren für Seltene Erkrankungen gemäß Designationsprozess
- » Besondere Versorgungsbereiche (z. B. Neurochirurgie akut)

Darüber hinaus gilt auch für Referenz- oder Spezialzentren, die nicht in der ÜRVP abgebildet sind, weiterhin die Versorgungsverpflichtung im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

In der ÜRVP werden die Leistungsstandorte mit ihrer Zuständigkeit für Versorgungsgebiete (auf Ebene der VR), zum Teil auch inkl. Richtwerte, zur Kapazitätsplanung definiert.

Dabei gilt der Planungsgrundsatz, dass für die Planung von Leistungs- und Kapazitätsmengen in ÜRVP-relevanten Bereichen nicht zwischen inländischen Gastpatientinnen/Gastpatienten und Patientinnen/Patienten mit Wohnsitz im eigenen Bundesland unterschieden wird. Die Soll-Leistungsstandorte übernehmen verpflichtend die spezialisierten Versorgungsfunktionen primär für ihre jeweiligen Versorgungsgebiete, unabhängig von räumlich-administrativen Grenzen. Im Bedarfsfall sind inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten an jedem ÜRVP-Leistungsstandort zu versorgen.

Die ÜRVP werden – je nach Notwendigkeit aus medizinischer Sicht – differenziert nach Alters- und Bevölkerungsgruppen (Kinder, Erwachsene bzw. Bevölkerung insgesamt) festgelegt.

Entsprechend ihrer Planbarkeit werden die der ÜRVP unterlegten Versorgungsbereiche in drei Gruppen (vgl. Tabelle 4.9) gegliedert:

5. ÜRVP-Bereiche, für die im ÖSG die SOLL-Leistungsstandorte und deren zugehörige Versorgungsgebiete sowie die Kapazitätsplanung für Österreich insgesamt festgelegt werden (rot hinterlegter Bereich)
6. ÜRVP-Bereiche, für die im ÖSG lediglich die SOLL-Leistungsstandorte festgelegt werden (gelb hinterlegter Bereich)
7. ÜRVP-Bereiche, für die im ÖSG die SOLL-Leistungsstandorte mit Kapazitätswerten und den zugehörigen Versorgungsgebieten sowie die Kapazitätsplanung für Österreich insgesamt festgelegt werden (blau hinterlegter Bereich)

Tabelle 4.9:
Übersicht über ÜRVP-Themen

Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Kinder/Jugendliche und Erwachsene
<ul style="list-style-type: none"> o Herzchirurgie o Transplantationschirurgie o Neurochirurgie – akut 	<ul style="list-style-type: none"> o Kinder-Herzzentren (Herz-CH und Kardiologie) o Pädiatrische onkologische Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> o Zentren für medizinische Genetik (inkl. BRCA) o Expertise-Zentrum für seltene pädiatrische onkologische Erkrankungen mit Schwerpunkt auf Hämatologischer Onkologie o Expertise-Zentren für seltene genetisch bedingte Hauterkrankungen (Genodermatosen) mit Schwerpunkt auf Epidermolysis bullosa (EB)
<ul style="list-style-type: none"> o Schwerbrandverletzten-Versorgung o Stammzell-Transplantation allogene 	<ul style="list-style-type: none"> o Kinder-Schwerbrandverletzten-Versorgung o Kinder-Stammzell-Transplantation allogene 	<ul style="list-style-type: none"> o Sonderisolerstationen für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE)

- 1. Planung der Standorte/Versorgungsgebiete & Kapazitätsplanung für Österreich insgesamt
- 2. Planung der Standorte; keine Kapazitätsplanung
- 3. Planung der Standorte/Versorgungsgebiete & Kapazitätsplanung pro KA-Standort

Quelle: ÖSG 2017 Entwurfsfassung, Stand: 13.3.2017

Für die ÜRV-Gruppen 1 und 3 wird die Bettenkapazität im Ist-Stand in Form von „Bettenäquivalenten (BÄ)“ auf Basis der tatsächlichen Inanspruchnahme – unter Berücksichtigung einer Soll-Auslastung (i. d. R. 85 Prozent; BRA 75 Prozent) und unter Annahme von bis zum Jahr 2020 unveränderten Patientenströmen zwischen den Bundesländern – ermittelt. Der spezifische Bettenbedarf des Jahres 2020 wird auf Basis der beobachteten Inanspruchnahme-Entwicklung im Zeitraum 2002–2014 festgelegt und inkludiert anteilig auch die Intensivbetten-Kapazität.

Diese im ÖSG dokumentierten bundesweiten Festlegungen sind als integraler Bestandteil der regionalen Detailplanungen in den RSG in nachvollziehbarer Weise zu berücksichtigen.

Für die im ÖSG genannten hochspezialisierten komplexen Leistungen sieht der ÖSG 2017 für die beiden Vorarlberger VR folgende Festlegungen vor (vgl. Tabelle 4.10):

Tabelle 4.10:
Überregionale Versorgungsplanung – Standort-/Kapazitätsplanung (Kinder/Jugendliche und Erwachsene) gemäß ÖSG 2017 (Entwurf, 13. 3. 2017)

Überregionale Versorgungsplanung-Thema	VR Rheintal-Bregenzerwald	VR Vorarlberg Süd
Kinder-/Jugendlichen-Herzchirurgie	K470 KUK Linz K901 AKH Wien	K470 KUK Linz K901 AKH Wien
Kinder-/Jugendlichen-Kardiologie	K470 KUK Linz K706 Innsbruck LKH	K706 Innsbruck LKH
Kinder-/Jugendlichen-Schwerbrandverletzten-Versorgung	K612 Graz LKH K956 Wien SMZ OST	K612 Graz LKH K956 Wien SMZ OST
Pädiatrische onkologische Versorgung	K706 Innsbruck LKH	K706 Innsbruck LKH
Kinder-/Jugendlichen-Stammzelltransplantation allogene	K612 Graz LKH	K612 Graz LKH
Erwachsenen-Herzchirurgie	K524 Salzburg LKA K706 Innsbruck LKH	K524 Salzburg LKA K706 Innsbruck LKH
Erwachsenen-Transplantationschirurgie	K706 Innsbruck LKH	K706 Innsbruck LKH
Erwachsenen-Neurochirurgie akut	K830 Feldkirch LKH	K830 Feldkirch LKH
Erwachsenen-Schwerbrandverletzten-Versorgung in BRA-Einheit	K706 Innsbruck LKH	K706 Innsbruck LKH
Erwachsenen-Stammzelltransplantation allogene	K706 Innsbruck LKH	K706 Innsbruck LKH

Quelle: ÖSG 2017 Entwurfsfassung, Stand: 13.3.2017; Darstellung: GÖ FP

5 Sonderbereiche

5.1 Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene

5.1.1 Methode und Datengrundlagen

Im vorliegenden Kapitel werden die Angebote der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung in Vorarlberg skizziert und Quantitäten zum Stand 2015 dargestellt. Derzeit enthält der ÖSG 2012 sowie der derzeitige Stand des ÖSG 2017 keine verbindlichen Bedarfskennzahlen oder Planungsrichtwerte; Prognose-Werte ergeben sich in Form von Empfehlungen aus der GÖG-Broschüre zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung²⁵ (GÖG 2014).

Den Bedarf an den Versorgungsangeboten exakt zu beziffern ist aus heutiger Sicht schwierig, nicht zuletzt deshalb, weil es sich um einen Versorgungsbereich handelt, der sich nach wie vor im Aufbau befindet und zu dem in Österreich keine langjährigen Erfahrungswerte vorliegen (GÖG 2014).

Die hier vorgestellte quantitative Darstellung beruht schwerpunktmäßig auf den Datenquellen des Dachverbands Hospiz Österreich (DVHÖ) aus den Ergebnissen der Datenerhebungen für das Jahr 2015 (z. B. Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter/innen und Teams) und von Hospiz Vorarlberg (2016): Jahresbericht 2015 (z. B. Angaben zur Anzahl der Einsatzstunden und Einsätze).

5.1.2 Versorgungssituation

Hospiz- und Palliative Care sind insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen gesellschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen zu sehen. Bereits 2006 bestätigten Bund, Länder, Sozialversicherung und Ärztekammer das Konzept zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung. Zwischenzeitlich wurden die Bedarfszahlen und Qualitätskriterien überarbeitet und aktualisiert, sodass jetzt auf Bundesebene Prognose-Werte bis zum Jahr 2020 vorliegen (GÖG 2014). Gemäß ÖSG 2012 (BGK 2012) soll die Hospiz- und Palliativversorgung abhängig von regionalen Rahmenbedingungen entwickelt werden.

Das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ermöglicht die adäquate Versorgung von Palliativpatienten/-patientinnen in verschiedenen Settings. Darin übernehmen **Palliativstationen** die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste

²⁵ Broschüre „Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene“ Wien 2014, herunterzuladen unter www.goeg.at/de/BerichtDetail/Abgestufte-Hospiz-und-Palliativversorgung-fuer-Erwachsene-Broschuere-2014.html

nicht oder nur schwer bewältigt werden können. „Ziel der Behandlung und Betreuung ist das bestmögliche Lindern der oft vielfältigen Symptome. Eine Entlassung der Patientinnen/Patienten wird angestrebt (nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung“ (GÖG 2014). **Palliativkonsiliardienste** und **mobile Palliativteams** unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung mit spezialisiertem Hospiz- und Palliative-Care-Fachwissen. In **stationären Hospizen** werden Betroffene in besonders komplexen Situationen, in denen die pflegerische und psychosoziale Betreuung im Vordergrund steht, versorgt. **Tageshospize** betreuen Palliativpatientinnen/-patienten tagsüber und entlasten damit das betreuende Umfeld. Die **Hospizteams** bieten Palliativpatientinnen und -patienten und deren An- und Zugehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung sowie Trauerbegleitung an.

Wesentlich ist, dass laut derzeitigem Stand des ÖSG 2017 keine zwingende Umsetzung aller Angebote der spezialisierten Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bundesländern vorgesehen ist.

Ziel ist es, dass unheilbar kranke Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort (Krankenhaus, Pflegeheim, Zuhause) Zugang zu spezialisierter Hospiz- und Palliativversorgung erhalten (GÖG 2014).

Stationäre und mobile Hospiz- und Palliativangebote

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung ergänzt mit ihren spezialisierten Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister in der Grundversorgung (vgl. Abbildung 5.1). Die adäquate Betreuung von betroffenen Patientinnen/Patienten mit Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung entlastet den Akutbereich – sowohl was Dauer als auch Häufigkeit von Akutaufenthalten betrifft. Beispielsweise werden in stationären Hospizen Palliativpatientinnen und -patienten betreut, bei denen eine Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim nicht möglich ist. Wenn diese Angebotsstruktur nicht vorhanden ist, müssen diese Patientinnen/Patienten im Krankenhaus versorgt werden (vgl. Kapitel 5.1.5).

Abbildung 5.1:
Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativversorgung				
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
Einrichtung/ Dienstleister		Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote	
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-Konsiliardienste	
Langzeitbereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Familienbereich/ Zuhause	Niedergelassene (Fach)–Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...			Tageshospize
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle		

Quellen: Hospiz Österreich, ÖBIG 2004

In Vorarlberg ist im Jahr 2015 im stationären Bereich eine Palliativstation (vgl. Abschnitt 5.1.5) mit insgesamt zehn Palliativbetten aktiv, das sind 0,3 Einrichtungen pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner bzw. 2,6 Betten pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner. Derzeit steht der Bevölkerung noch kein stationäres Hospiz zur Verfügung (vgl. Kapitel 5.1.5).

Im mobilen Bereich bestehen für die Versorgung der Vorarlberger Bevölkerung insgesamt ein mobiles Palliativteam (das sind 0,3 Teams pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner) und sechs Hospizteams (das sind 1,6 Teams pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner): im mobilen Palliativteam sind 2,9 Vollzeitäquivalente beschäftigt (das sind 0,8 VZÄ pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner), in den Hospizteams 4,7 vollzeitbeschäftigte hauptamtliche Koordinationspersonen (das sind 1,2 VZÄ pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner). Palliativkonsiliardienste sind bislang nicht eingerichtet.

Entsprechend der EntschlieÙung des Nationalrates vom 18. Juni 2015 betreffend Umsetzung der Empfehlungen der parlamentarischen Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ (91/E XXV.GP) und der qualitativen Vorgaben des derzeitigen Standes des ÖSG 2017, der noch keine verbindlichen Bedarfskennzahlen oder Planungsrichtwerte enthält, ist ein weiterer Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung geplant und im Gange (vgl. Abschnitt 5.1.5). Begleitend sollte eine Evaluierung der bisher gesetzten sowie im Aufbau befindlichen Maßnahmen durchgeführt und daran anschließend der Bedarf eines weiteren Ausbaus geprüft werden.

5.1.3 Hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen und Einsätze

Die Hospiz- und Palliativversorgung zeichnet sich durch enge Zusammenarbeit verschiedener Professionen aus, die als wesentliche Voraussetzung gilt, um auf die vielfältigen Wünsche und Bedürfnisse von unheilbar kranken und sterbenden Menschen eingehen zu können. Zu den Professionen zählen die Gesundheitsfachberufe ebenso wie die ehrenamtlich tätigen Hospizbegleiter/innen ohne spezielle Berufsausbildung im Gesundheitsbereich.

Im *Konzept zur Abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene* (vgl. GÖG 2014) wurden u. a. Qualitätskriterien für Berufsgruppen und Personalausstattung in den einzelnen Versorgungsangeboten definiert.

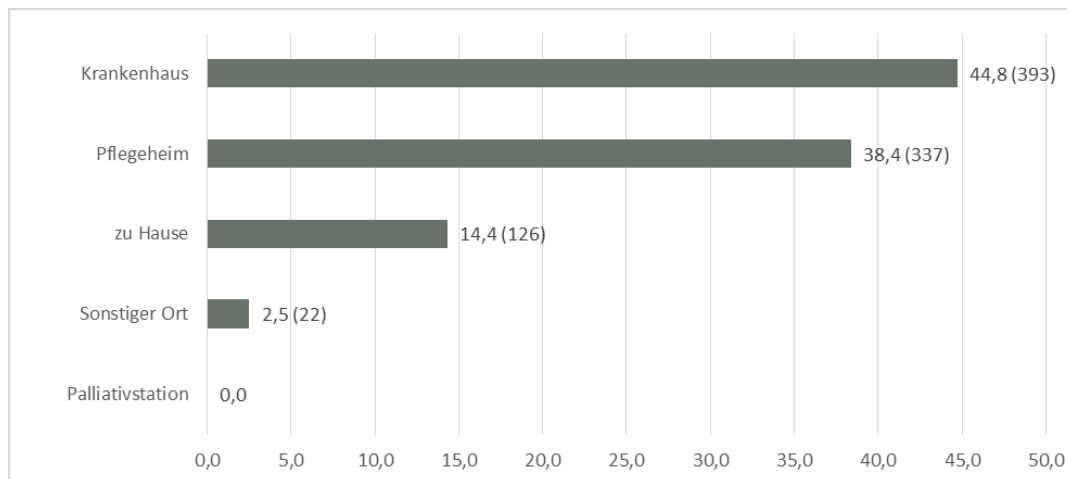
Hospizteams

Die 212 Hospiz-Begleiter/innen der **Hospizteams** in Vorarlberg stellten im Berichtsjahr 2015 **33.071** Stunden für ihr Engagement bei Hospiz Vorarlberg zur Verfügung. Die Ehrenamtlichen sind mit 88 Prozent fast ausschließlich Frauen. Der größte Teil dieser Zeit war der **unmittelbaren Begleitung** von Patientinnen/Patienten und Angehörigen gewidmet. Diese Tätigkeit wird nur von qualifizierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern durchgeführt, die nach den Standards von Hospiz Österreich ausgebildet sind. Aber auch die regelmäßige Reflexion im Rahmen von Monatstreffen, Supervision, Aus- und Weiterbildung und Bereitschaft erforderten den Zeiteinsatz der Ehrenamtlichen (vgl. Bitschnau 2016).

Insgesamt leistete Hospiz Vorarlberg im Berichtsjahr im Bereich der Hospizbegleitung **25.312 Einsatzstunden** und **1.128 Einsätze** (+ 5 Prozent gegenüber dem Vorjahr; inkl. Hospizbegleitung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit 1.015 Einsatzstunden (HOKI, vgl. Hospiz Vorarlberg (2016): Jahresbericht 2015). Der Hauptort der Begleitung war bei fast jeder zweiten Patientin/jedem zweiten Patienten das Krankenhaus (vgl. Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2:

Hospizteams: Anzahl der Patientinnen/Patienten nach Hauptort der Begleitung (in Prozent; Absolutzahlen) im Jahr 2015 in Vorarlberg



n = 878

Anmerkung: Wurde eine Patientin/ein Patient an mehreren Orten begleitet, ist jeweils nur der vorwiegende Ort der Begleitung angeführt.

Quelle: DVHÖ 2016; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Mobile Palliativteams

Das Mobile Palliativteam ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das sich in erster Linie an die Betreuenden von Palliativpatientinnen und -patienten zu Hause oder im Pflegeheim wendet. Es berät, leitet an und stellt seine Expertise in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung zur Verfügung. Die Zielgruppe des Mobilen Palliativteams sind demnach professionelle Betreuerinnen/Betreuer und betreuende Dienste vor Ort, das sind insbesondere Hausärztinnen/Hausärzte, Hauskrankenpflege, Pflegepersonal im Pflegeheim (vgl. GÖG 2014).

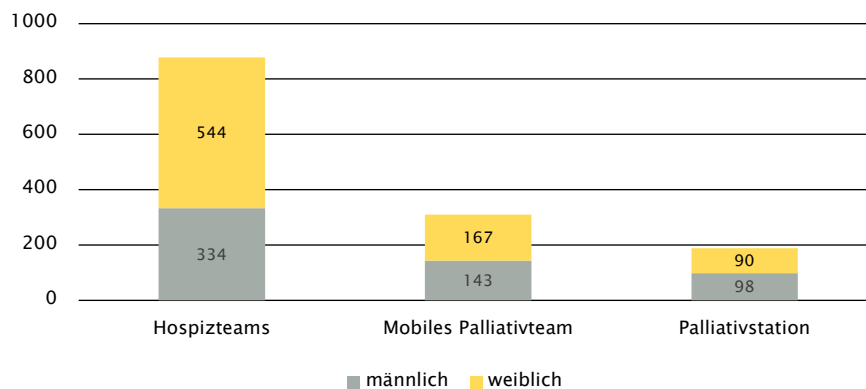
Das **Mobile Palliativteam** unterstützte die Regelversorgung im Berichtsjahr in der Betreuung von 317 Patientinnen/Patienten (davon 56 Prozent Frauen). Dafür waren insgesamt **819 Einsätze** von insgesamt zehn Personen unterschiedlicher Berufsgruppen (2,9 VZÄ) notwendig. Rund ein Viertel der Einsatzenfragen (26 Prozent) kamen von Angehörigen, worauf sich das Mobile Palliativteam jeweils mit der Hauskrankenpflege bzw. der Hausärztin / dem Hausarzt in Verbindung setzte. 16 Prozent der Einsätze waren „Folgeeinsätze“, also geplante wiederholte Einsätze z. B. bei Punktionen. 13 Prozent der Einsatzenfragen kamen von Hausärztinnen/Hausärzten, je 12 Prozent von der Hauskrankenpflege und von Akutkrankenhäusern, 11 Prozent von Pflegeheimen, 4 Prozent von der Palliativstation und je 3 Prozent von Casemanagerinnen/Casemanagern und von Patientinnen/Patienten (vgl. Bitschnau 2016).

5.1.4 Palliativpatientinnen und -patienten²⁶

Hospiz- und Palliative Care richtet sich nach den Bedürfnissen unheilbar kranker Patientinnen und Patienten und deren An- und Zugehörigen und nicht nach Diagnosen, einem bestimmten Krankheitsstadium oder der prognostizierten verbleibenden Lebenszeit. Es geht um bestmögliche Lebensqualität, Schmerzerfassung und Behandlung auf allen Ebenen (physisch, psychisch, sozial, seelisch, spirituell), um Symptomlinderung und um multiprofessionelle Betreuung und Begleitung. Kausale kurative Therapien stehen nicht mehr im Zentrum der Versorgung. Deshalb kann Hospiz- und Palliative Care nicht nur Sterbenden, sondern auch schwerkranken Patientinnen und Patienten bereits zu einem früheren Zeitpunkt der Erkrankung eine große Unterstützung sein.

Die Anzahl an im Jahr 2015 von den Einrichtungen und Diensten der Hospiz- und Palliativversorgung in Vorarlberg betreuten Patientinnen und Patienten ist in Abbildung 5.3 ersichtlich. Da Palliativpatientinnen und -patienten erfahrungsgemäß gleichzeitig und/oder im Zeitverlauf unterschiedliche Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, sind Mehrfachzählungen wahrscheinlich. Speziell im Bereich der Hospizbegleitung ist die Anzahl der insgesamt zu betreuenden Personen um ein Vielfaches höher als die Anzahl der betroffenen Patientinnen/Patienten selbst, da hier Begleitung und Unterstützung das gesamte Familienumfeld miteinschließen.

Abbildung 5.3:
Patientinnen/Patienten der Hospiz- und Palliativversorgung in Vorarlberg, 2015



Anmerkung Mobiles Palliativteam: Betreute Patientinnen/Patienten: 317
Angaben zum Geschlecht liegen für 310 Personen vor

Quelle: DVHÖ, Datenerhebung 2016;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

²⁶ Menschen mit einer unheilbaren, progredienten (fortschreitenden) Erkrankung. Kurative (heilende) Therapien sind nicht mehr möglich und die Lebenserwartung ist begrenzt. Es kann sich um Personen mit onkologischen, internistischen, neurologischen und psychiatrischen sowie neurodegenerative Erkrankungen z. B. Demenz handeln.

Demnach wurden vom **Mobilen Palliativteam (MPT) 317**, von den Hospizteams (HOST) **878 Patientinnen/Patienten** betreut: der Anteil an betreuten Frauen ist höher (MPT: 54 %, HOST: 62 %), lediglich in der Palliativstation befanden sich mit 52 Prozent mehr männliche als weibliche Patientinnen/Patienten in einer Betreuungssituation.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten liegt in diesen drei spezialisierten Angeboten zwischen 67 und rund 78 Jahren, wobei das Durchschnittsalter in der Palliativstation deutlich unter jenem in den beiden mobilen Angeboten liegt (Palliativstation: 67 Jahre; MPT: 73 Jahre, HOST: 78 Jahre).

Hospiz-palliative Behandlungsangebote sind nicht nur auf Krebspatienten/-patientinnen, sondern auch auf Menschen mit fortgeschrittenen nicht onkologischen Erkrankungen mit hoher Symptombelastung ausgerichtet. Angaben zu dieser Fragestellung liegen zu Patientinnen/Patienten, die vom Mobilen Palliativteam und der Palliativstation 2015 betreut wurden, vor: 74 Prozent der betreuten Patientinnen und Patienten litten an einer Krebserkrankung.

5.1.5 Maßnahmen

Nachfolgende Maßnahmen repräsentieren Initiativen (Auszug), die im Bereich Hospiz- und Palliativversorgung in Vorarlberg umgesetzt bzw. geplant sind.

Kapazitätsausweitung

Nach dem Grundsatzbeschluss der Vorarlberger Landesregierung, das ehemalige Sanatorium Mehrerau für die Einrichtung eines Hospizzentrums zu adaptieren, wurde ein Umbauprojektteam beauftragt, eine Machbarkeitsstudie auszuarbeiten. Die Projektleitung liegt bei der Abteilung Hochbau des Landes Vorarlberg. Als Eröffnungstermin wird Ende 2017 angepeilt. Das Stationäre Hospiz „Hospiz am See“ befindet sich im Vorarlberger Hospizzentrum, welches neben dem Stationären Hospiz auch Räumlichkeiten und Angebote für das Mobile Palliativteam, die Hospizteams und die Hospizbegleitung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bietet. Insgesamt werden 4,7 Millionen Euro in den Umbau investiert (vgl. Pressemitteilung 2017). Betreiber des Stationären Hospizes ist Hospiz Vorarlberg mit der Caritas Vorarlberg als Trägerin (vgl. Bitschnau 2016).

Fast zeitgleich starteten Anfang Februar auch die Bauarbeiten zur Erweiterung der Palliativstation im Landeskrankenhaus Hohenems. Bis Februar 2018 soll die Palliativstation fertiggestellt sein. Die erweiterte Abteilung wird über insgesamt 16 Betten verfügen (2015: 10 Betten). Geplant sind jeweils zwei Zweibett-Zimmer sowie vier Einbett-Zimmer. Die umgebaute Fläche beträgt rund 900 Quadratmeter, die geschätzten Gesamtkosten liegen laut Krankenhaus-Betriebsgesellschaft bei etwa 2,6 Millionen Euro (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung 2017).

Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH)

HPCPH ist ein Qualitätsentwicklungsprojekt, das seit 2008 besteht und österreichweit in über 100 Heimen umgesetzt wird.

Bei der Aufnahme einer Bewohnerin / eines Bewohners in einem Alten- und Pflegeheim muss Hospiz- und Palliative Care beginnen und den gesamten Zeitraum der besonderen Bedürftigkeit der alten, oft an Demenz erkrankten und meist multimorbiden Menschen umfassen. Hospiz- und Palliative Care beinhaltet alle pflegerischen, medizinischen, therapeutischen und psycho-sozialen Maßnahmen, die (schmerz)lindernd eingesetzt werden, nimmt sich ethisch schwieriger Situationen an, bezieht An- und Zugehörige von Beginn an ein und ist immer von interdisziplinärer Zusammenarbeit geprägt. Sterbebegleitung und Abschiedskultur sind ein Teilaspekt von Hospizkultur und Palliative Care im Alten- und Pflegeheim (vgl. DVHÖ 2015).

Hospiz Österreich trägt sich seit 2006 mit dem Gedanken Hospiz- und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen umzusetzen. Damit hat die Hospiz- und Palliativbewegung auf die Tatsache reagiert, dass palliativpflegerisches und palliativmedizinisches Wissen und Erfahrung in Alten- und Pflegeheimen dringend benötigt werden, nicht erst beim Sterben, sondern schon lange davor. Eine wichtige Vorreiterrolle nimmt in diesem Zusammenhang die Hospizbewegung in Vorarlberg ein, die bereits seit 2004/2005 Hospiz- und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen pilotiert, getragen vom Land Vorarlberg und der Hospizbewegung (vgl. DVHÖ 2015).

Allen Pionierprojekten gemeinsam ist – als zentrales Element – ein Organisationsentwicklungsprozess zu Hospiz- und Palliative Care, im Wissen, dass nur durch Veränderung der Organisationsstrukturen Qualität nachhaltig gesichert werden kann (vgl. DVHÖ 2015). Neben dem Qualitätsentwicklungs-Teil beinhaltet das Projekt die Basisschulung Palliative Geriatrie für alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der beteiligten Alten- und Pflegeheime (vgl. Bitschnau 2016).

Grundprinzipien sind:

- » Ganzheitliche Betreuung, Behandlung und Begleitung von allen Bewohnerinnen und Bewohnern, die es brauchen, um ihnen ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen sowie Begleitung und Betreuung ihren Angehörigen/Vertrauenspersonen
- » Erkennen und Lindern von *körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen* unter besonderer Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern, die an Demenz erkrankt sind
- » Interprofessionelle Zusammenarbeit
- » Achtung der Autonomie aller Betroffenen
- » Anerkennen des Sterbens und der Trauer als ein Teil des Lebens
- » Einbeziehen von qualifizierten Ehrenamtlichen in der Lebens- und Sterbebegleitung
- » Begleitung und Beistand (<http://www.hospiz.at>, adaptierte Darstellung: GÖ FP)

Im Anhang listet die Tabelle *Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim / Vorarlberg* alle am Projekt mitwirkenden 32 Alten- und Pflegeheime auf (siehe Anhang). Erfreulich ist, dass die meisten Häuser auch nach Abschluss der Projektphase weiter an der Entwicklung von Hospiz- und Palliativkultur und -kompetenzen arbeiten, um so die Nachhaltigkeit des Projekts zu sichern.

Ausbildung

Alle ehrenamtlichen Hospiz-Begleiter/innen haben einen **Befähigungskurs** (aktueller Umfang: 99 Unterrichtseinheiten plus 40 Stunden Praktikum) besucht und machen regelmäßig vom umfassenden Weiterbildungsprogramm Gebrauch. 2015 wurden zwei Befähigungskurse für ehrenamtliche Hospiz-Begleiter/innen mit insgesamt 23 Teilnehmerinnen/Teilnehmern durchgeführt (vgl. Bit-schnau 2016).

Entsprechend dem Bildungsauftrag des Mobilien Palliativteams hielt das MPT im Berichtsjahr 28 Veranstaltungen, vorwiegend PCA-Schulungen und Palliativzirkel ab. Diese wurden von 521 Teilnehmerinnen/Teilnehmern besucht (vgl. Strategie Sozialfonds 2016).

Quellen:

- » DVHÖ (2015): Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH) – Projektbeschreibung, Stand März 2015
- » DVHÖ (2016): Dachverband Hospiz. Datenerhebung 2015, Wien
- » Hospiz Vorarlberg (2016): Jahresbericht 2015, Feldkirch
- » GÖG (2014): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Aktualisierung 2014. 2. Aufl., Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- » Pressemitteilung vom 28. Jänner 2017: <https://www.vn.at/lokal/vorarlberg/2017/01/30/mehr-palliativbetten-und-ein-hospiz.vn>
- » Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg, Jahresbericht 2015
- » ÖSG 2017 (derzeit in Erarbeitung, unveröffentlicht)

5.2 Dialyse

Zur Therapie chronischen Nierenversagens stehen die Verfahren Hämodialyse, Peritonealdialyse und Nieren-Transplantation zur Verfügung. Nachstehende Ausführungen befassen sich mit der Vorhaltung von Hämodialyse-Kapazitäten, wobei die Planung dieser Ressourcen in unmittelbarem Zusammenhang mit den anderen angeführten Therapieformen steht.

5.2.1 Methode und Datengrundlagen

Für die Erarbeitung bundesländerspezifischer HD-Platz-Richtwerte werden nachstehende Parameter (österreichweit sowie auf BL-Ebene) herangezogen:

- » Entwicklung der Anzahl von Patientinnen und Patienten in Nierenersatztherapie (NET; 1993 – 2014; vgl. Abbildung 5.4)
- » Differenzierung der NET-Patienten nach Behandlungsform (Hämodialyse, HD; Peritonealdialyse (PD); Patienten mit funktionierendem Nierentransplantat (NTX), vgl. Abbildung 5.4;

- » Differenzierung der NET-Patienten nach Alterskategorien (0 - 44, 45 - 64, 65 - 74 sowie >= 75 Jahre; vgl. Abbildung 5.5)

Darauf aufbauend Trendberechnung (auf BL-Ebene) der Morbiditätsrate pro Einwohner der einzelnen Altersklassen und Rückrechnung auf Absolutzahlen unter

- » Heranziehung der demographischen Entwicklung bis 2020 (inkl. 2025; vgl. Abbildung 5.5)

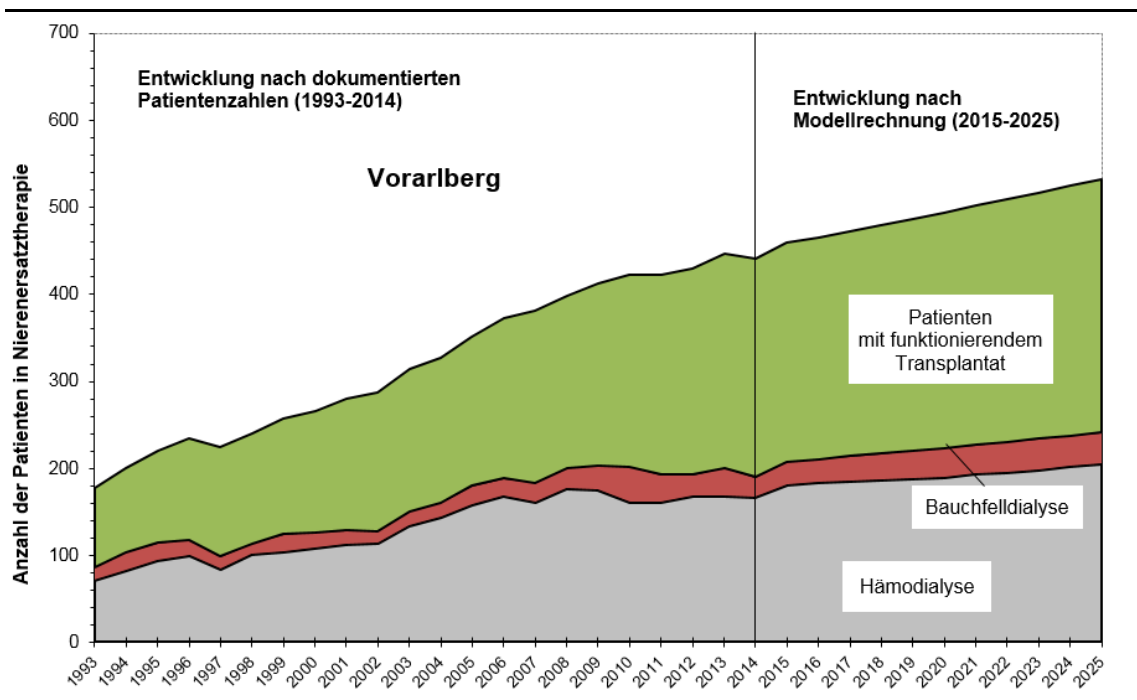
Auf Basis der prognostizierten Anzahl NET-Patienten pro Bundesland wird der HD-Platz-Richtwert berechnet unter

- » Heranziehung eines anzustrebenden 15-prozentigen PD-Anteils am Dialysegesehen (vgl. Abbildung 5.4)
- » Annahme eines 3-2-Schichtbetriebs (15 Schichten/Woche)
- » Berücksichtigung des NTX-Anteils an NET (Mittelwert der letzten 5 Jahre)

Als Datenquellen für die Berechnungen und nachfolgenden Darstellungen wurden der Jahresbericht 2015 von ÖBIG-Transplant sowie der vorläufige Jahresbericht 2015 des Österreichischen Dialyse- und Transplantationsregisters herangezogen.

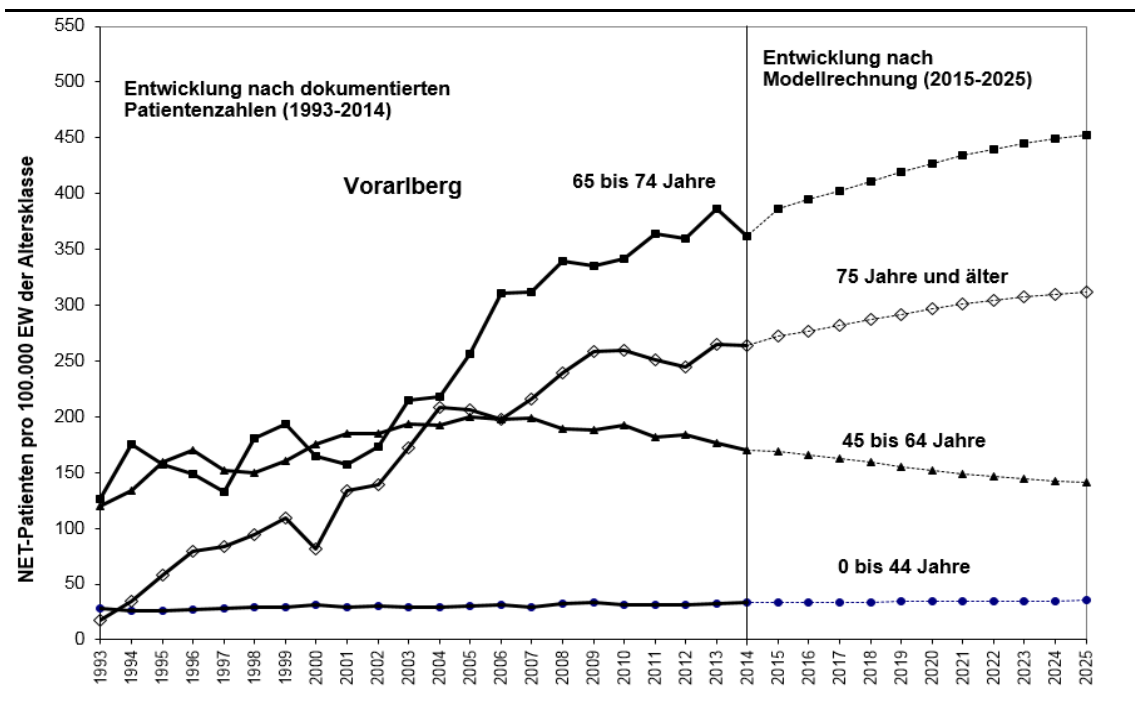
Abbildung 5.4:

NET-Patientinnen/Patienten – Trendberechnung nach Behandlungsverfahren, Vorarlberg



Quelle: ÖDTR, Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 5.5:
NET-Patienten – Trendberechnung nach Altersgruppen, Vorarlberg



Quelle: ÖDTR, Berechnung und Darstellung: GÖ FP

5.2.2 Dialyseversorgung: Standortplanung für intra- und extramuralen Bereich

Vorarlberg weist im bundesweiten Vergleich von Patientinnen und Patienten in Nierenersatztherapie die niedrigste Inzidenzrate für die Jahre 2014 und 2015 (vorläufige Daten) auf. Aus nachstehender Tabelle und Abbildung wird für das Land Vorarlberg eine überdurchschnittliche Anzahl an Patientinnen und Patienten in Nierenersatztherapie ersichtlich, dieser Wert wird vor allem durch die hohe Anzahl an Patientinnen und Patienten mit funktionierendem Transplantat erreicht.

Tabelle 5.1:

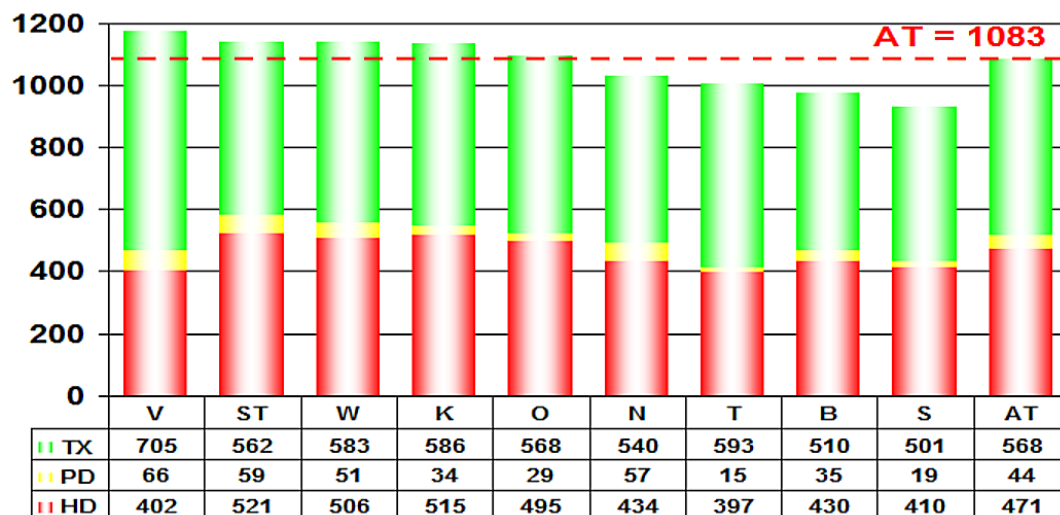
Patientinnen/Patienten in Nierenersatztherapie (NET) pro Mio. EW, Punktprävalenz 31. 12. 2014, gruppiert nach Therapieverfahren

Patientenherkunft	NET-Patienten/ -Patientinnen gesamt	Patienten/ -Patientinnen mit funktionieren- dem Transplantat	Patienten/ -Patientinnen an Peritoneal- dialyse	Patienten/ -Patientinnen an Hämo- dialyse	Patientenanteil mit funktio- nierendem Transplantat
Burgenland	985	498	45	442	51 %
Kärnten	1.144	554	50	540	48 %
Niederösterreich	991	527	54	410	53 %
Oberösterreich	1.055	561	30	464	53 %
Salzburg	887	466	28	393	53 %
Steiermark	1.156	537	66	553	47 %
Tirol	964	562	22	380	58 %
Vorarlberg	1.175	669	61	445	57 %
Wien	1.148	580	56	512	51 %
Österreich	1.066	551	47	468	52 %

Quelle: Österreichisches Dialyse- und Transplantationsregister (ÖDTR); Darstellung: ÖBIG-Transplant

Neben der grundsätzlich festzustellenden vergleichsweise hohen Prävalenz ist zu bemerken, dass der PD-Anteil im Jahr 2014 zwar leicht gesunken ist, dieser Anteil aber weiterhin über dem Bundesdurchschnitt sowie nahe dem als Berechnungsgrundlage für den HD-Platzrichtwert herangezogenen Anteil von 15 Prozent liegt. Hinsichtlich der Anzahl von Patienten mit funktionierendem Nierentransplantat wird für die Vorarlberger Bevölkerung weiterhin ein überdurchschnittlicher Wert im bundesweiten Vergleich pro Million Einwohner ersichtlich. Die Angaben für 2014 werden durch die vorläufigen Angaben des ÖDTR für das Jahr 2015 grundsätzlich bestätigt.

Abbildung 5.6:
Versorgung von NET-Patienten Prävalenz in Österreich per Dezember 2015 (pro Mio EW) –
vorläufige Daten



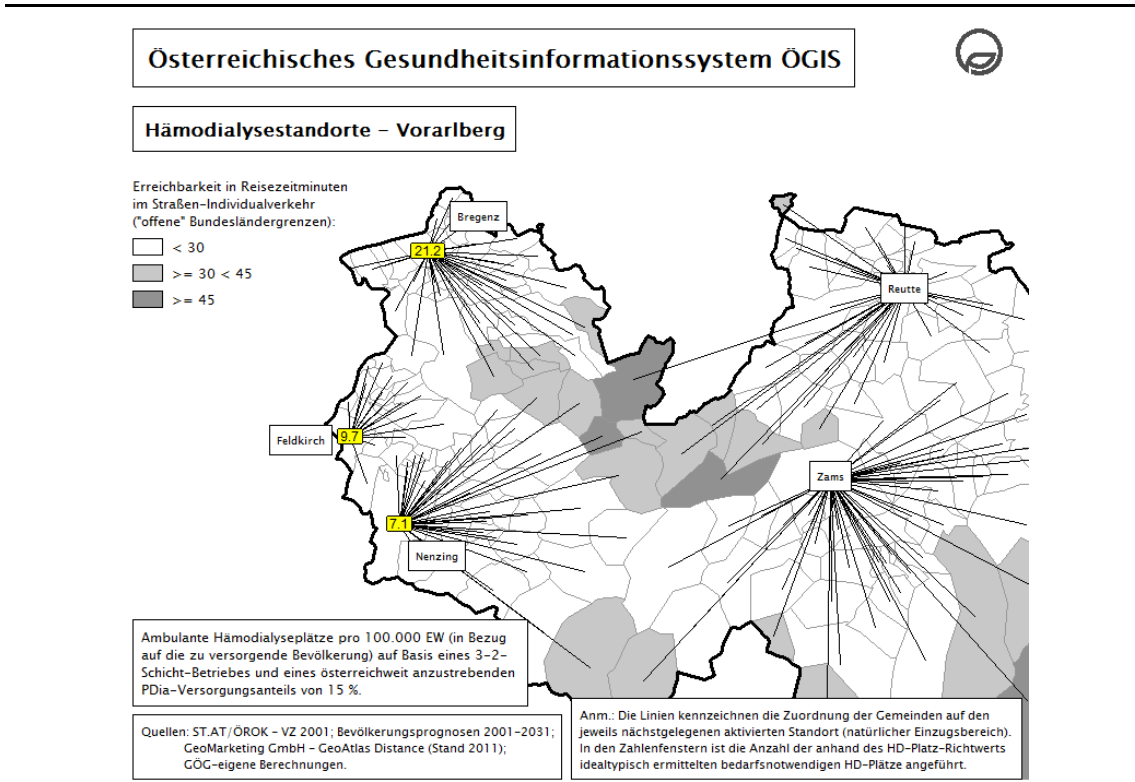
Quelle und Darstellung: Österreichisches Dialyse- und Transplantationsregister (ÖDTR)

Bedarfsprognose

Grundsätzlich ist gemäß der vorliegenden Analysen und Trends mittelfristig eine Zunahme des entsprechenden Patientenkontingents in Nierenersatztherapie zu erwarten. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass in den letzten Jahren bundesweit eine Abflachung des Anstiegs ersichtlich wurde, wobei diesbezüglich regional auch unterschiedliche Ausprägungen ersichtlich wurden.

Für die Ermittlung der im Jahr 2020 im Bundesland Vorarlberg erforderlichen HD-Plätze wurde von dem im aktuellen ÖSG 2012 angeführten Hämodialyseplatz-Richtwert abgesehen, um jenen Richtwert heranzuziehen, der für die im Frühjahr 2017 diskutierte ÖSG-Revision vorgeschlagen wird. Unter Nutzung des landesspezifischen HD-Richtwertes von 9,7 Hämodialyseplätze pro 100.000 Einwohner (in Bezug auf die zu versorgende Bevölkerung) werden untenstehende kartographische Analyseergebnisse ersichtlich.

Karte 5.1:
Hämodialyseversorgung in Vorarlberg – HD-Platzberechnung



Quellen: ÖDTR, ÖSG 2012, Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Vorhaltung von Hämodialyse-Plätzen

Hinsichtlich der Vorhaltung von HD-Plätzen ist festzuhalten, dass:

- » weiterhin ein – langfristiger – Anstieg der Anzahl an Patientinnen und Patienten mit terminalen Nierenversagen erwartbar ist (kurzfristige Reduzierungen bzw. regionale Verschiebungen von HD-Plätzen somit nicht sinnvoll)
- » bei etwaigem Nicht-Erreichen des angestrebten PD-Anteils (15 Prozent) entsprechende ergänzende HD-Kapazitäten bereitzuhalten sind und
- » eine standortspezifisch adaptierte Einteilung des Schichtbetriebes – bspw. geringerer Anzahl an Dialyseschichten bei gleichzeitig größerer Anzahl an HD-Plätzen – eine organisatorische Variabilität unter Beibehaltung der Versorgungssicherheit ermöglicht.

Bezüglich der Vorhaltung von Akut-Dialyse ist darauf hinzuweisen, dass sich der HD-Platz-Richtwert auf die chronische HD-Versorgung bezieht, Akut-Dialyseplätze sind ergänzend vorzuhalten, ebenso allfällige Plätze für Feriendialyse. Im aktuellen ÖSG wird ausgeführt, dass neben einer Kapazitätsvorhaltung gemäß dem HD-Richtwert weitere Reservekapazitäten (15 Prozent) als Back-Up-Funktion vorgesehen werden sollen. Diese Reservekapazitäten sind für HD-Patienten er-

forderlich, die grundsätzlich zwar einen komplikationsfreien Verlauf aufweisen, jedoch in Zusammenhang mit auftretenden Komplikationen eine – zumindest – kurzfristige Behandlung im intramuralen Bereich benötigen.

Gemäß den vorgenommenen Analysen kann davon ausgegangen werden, dass die aktuelle Vorhaltesituation von HD-Platzkapazitäten für Vorarlberg in Hinblick auf den Planungshorizont 2020 als ausreichend betrachtet werden kann. Zwar wird im Vergleich der kartographischen Analyse mit dem tatsächlichen IST-Stand ersichtlich, dass in Hinblick auf die Anzahl an Einwohnern zum nächstgelegenen HD-Standort idealtypisch eine alternative Verteilung der Kapazitäten eine zwischen den Standorten Feldkirch und Bregenz argumentieren ließe. Gleichzeitig werden in Vorarlberg allein am Standort Feldkirch Kapazitäten für Akutdialysen und stationäre Dialysepatienten vorgehalten und auch ambulante Patienten behandelt, die aufgrund von Komplikationen nicht an den Einheiten in Bregenz oder Nenzing dialysiert werden (können). Nachdem die bestehenden Einrichtungen unter Einhaltung des Erreichbarkeitsrichtwerts von 45 Minuten erreichbar sind, kann eine grundsätzliche Beibehaltung der aktuellen HD-Platzzahl gemäß der aktuellen Standortverteilung – bzw. eine standortbezogene Aufstockung von HD-Plätzen bei gleichzeitiger Anpassung des Schichtbetriebs – empfohlen werden.

Tabelle 5.2:

Hämodialyseversorgung in Vorarlberg, IST-Stand 2015 inkl. Planungsempfehlung 2020

Standorte	HD-Plätze IST-Stand	Schichtbetrieb pro Woche (IST)	HD-Plätze SOLL	Schichtbetrieb pro Woche (SOLL)
LKH Feldkirch	19	15	19	15
Dialyse Nenzing	17	9	17	9
Dialyse Bregenz	11	15	14	12

Quelle: Amt der Vorarlberger Landesregierung, Darstellung: GÖ FP

Auch für einen Planungshorizont 2025 ist davon auszugehen, dass die vorgehaltenen HD-Plätze für eine Versorgung der Dialysepatienten an den bestehenden Vorarlberger HD-Einrichtungen grundsätzlich ausreichen. Mittelfristig wird zu prüfen sein, inwieweit eine ggf. schrittweise Ausweitung des Schichtbetriebs erforderlich sein wird. Dabei wird die quantitative Auswirkung der sogenannten „Babyboomer“, die in das erfahrungsgemäß typische Dialysealter kommen, ebenso zu beobachten sein wie die Auswirkungen des seit Mitte 2010 laufenden Projekts „Mobile Peritonealdialyse“ sowie des im März 2017 gestarteten Programms „Gesunde Niere Vorarlberg“ zur Früherkennung von chronischen Nierenerkrankungen.

Ebenso wird entsprechende kurz- bis mittelfristige Evaluierung der Planungsvorhaben anhand des tatsächlichen Leistungsgeschehens sowie der daraufhin ggf. anzupassenden Richtwerte empfohlen.

5.3 Psychosoziale Versorgung

Datengrundlagen:

- » Vorarlberger *Psychiatriekonzept 2015 bis 2025* und ergänzender Materialienband, verfügbar auf:
http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesellschaft_soziales/soziales/sozialpsychiatrieundsucht/start.htm
- » *Psychiatriebericht 2016*

Schwer psychisch erkrankte Menschen benötigen häufig Unterstützung zur Bewältigung ihres Alltags. Diese Unterstützungsleistungen werden überwiegend vom Vorarlberger Sozialfonds finanziert im Unterschied zur stationären Spitalsversorgung (vgl. Kapitel 4) und der fachärztlichen Versorgung (vgl. Kapitel 3), die von den Landesgesundheitsfonds und den Sozialversicherungs-Trägern finanziert werden. Über das vorhandene Leistungsangebot und die Inanspruchnahme informiert der jährlich erscheinende *Vorarlberger Psychiatriebericht*. Folgende Beratungs- und Betreuungsbereiche werden abgedeckt:

- » Psychosoziale Beratung
- » Klinisch-psychologische Diagnostik
- » Unterstützung bei Wohnen und Selbstversorgung (aufsuchende Dienste, Plätze in Wohngemeinschaften)
- » Beschäftigungsprojekte und Berufsrehabilitationsmaßnahmen sowie Freizeitangebote
- » Suchthilfe (Beratung, Substitution)
- » Psychotherapie-Angebote
- » Unterschiedliche therapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche
- » Maßnahmen der Gesundheitsförderung
- » Unterstützung der Selbsthilfe-Organisationen *hpe* und *Omnibus*

Planung und Steuerung der genannten Hilfsangebote sind Aufgabe der Abteilung für Gesellschaft, Soziales und Integration im Amt der Vorarlberger Landesregierung. Anfang 2014 wurde das *Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 bis 2025* veröffentlicht, das die Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung zum Inhalt hat.

Das Psychiatriekonzept orientiert sich an folgenden Planungsgrundsätzen:

- » Inklusion: Selbstbestimmung und volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben werden gefördert.
- » Prävention: Alle Maßnahmen sollen die seelische Gesundheit fördern und der Prävention psychischer Erkrankung dienen.
- » Planung und Evaluation: Verantwortlichkeiten und Aufgaben werden genau definiert. Zielerreichung und Wirtschaftlichkeit werden überprüft.
- » Differenzierung und Integration: Abgestufte Behandlungskonzepte und integrierte Versorgungsmodelle sollen etabliert werden.

Das Psychiatriekonzept wurde in einem Zeitraum von rund zwei Jahren erarbeitet und Anfang 2014 veröffentlicht. Der Erarbeitung ging die Evaluation des Psychiatriekonzepts aus dem 2002 voraus.

In die Entstehung des aktuellen Konzepts waren die relevanten Systempartner involviert. Die ambulante fachärztliche Versorgung sowie die stationäre psychiatrische Versorgung sind nicht Gegenstand des Psychiatriekonzepts.

Die Umsetzung der einzelnen Projekte läuft zeitlich nach einem einheitlichen Schema ab: Die Vorbereitungszeit beträgt ein Jahr, im zweiten Jahr folgt die Umsetzung. Nach drei Jahren Laufzeit (ohne Vorbereitungszeit) ist eine Evaluation vorgesehen. Danach bleibt ein Jahr Zeit, um anhand der Evaluationsergebnisse darüber zu entscheiden, ob das Projekt in den Regelbetrieb übergeführt, adaptiert oder mangels Erfolg beendet wird. Die gesamte Projektlaufzeit beträgt somit fünf Jahre. Zehn Projekte sind bis 2025 umzusetzen:

- » Sozialpsychiatrische Dienste auf Bezirksebene
- » Ambulant betreutes Wohnen
- » Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche
- » Aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe
- » Arbeitsrehabilitation für psychisch erkrankte Menschen
- » Integrative Beschäftigungsprogramme
- » Seelische Gesundheit für Kinder und Jugendliche
- » Integrierte Suchtberatungsstellen
- » Gerontopsychiatrische Kompetenzteams auf Bezirksebene
- » Psychotherapie in Prävention und Rehabilitation

Über den jeweiligen Projektinhalt und den Stand der Umsetzung der einzelnen Projekte informieren die *Vorarlberger Psychiatrieberichte* aus dem Jahr 2015 und 2016.

Sozialpsychiatrische Dienste auf Bezirksebene (Entwicklungsprojekt 1)

Der sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) auf Bezirksebene ist ein wichtiges Projekt des *Psychiatriekonzepts 2015 bis 2025*, das bereits ab Herbst 2017 in zwei Bezirken starten wird. Die vier sozialpsychiatrischen Dienste sollen im Endausbau folgende Aufgaben leisten:

- » Niederschwellige Beratung und nachgehende Betreuung für Betroffene und Angehörige sowie Koordination von Leistungen
- » Krisenintervention und aufsuchende Notfallhilfe und Mitwirkung am geplanten psychiatrischen Kriseninterventionsdienst außerhalb der normalen Dienstzeiten
- » Vorhaltung sozialpsychiatrischer Konsiliar- und Liaison-Dienste
- » Koordination des Netzwerks der Dienste und Einrichtungen im sozialpsychiatrischen Verbund
- » Mitwirkung an Aktivitäten zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen.

Ambulant betreutes Wohnen (Entwicklungsprojekt 5)

Mit einem flächendeckenden Angebot an ambulant betreuten Wohnmöglichkeiten sollen auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eigenständig wohnen und das Leben stärker

selbst gestalten können. Unter Umständen können Krankenhausaufenthalte dadurch verkürzt oder vermieden werden.

Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche (Entwicklungsprojekt 3)

Ziel ist je eine multidisziplinär tätige Spezialambulanz im Unter- und im Oberland. Die vorbereitenden Arbeiten sollen bis Ende 2017 abgeschlossen werden, 2018 sollen die Ambulanzen ihren Betrieb aufnehmen. Folgende Eckpunkte sind vorgesehen:

- » Problemabklärung und Diagnostik, Vermittlung weiterer Hilfen
- » Mitwirkung an der Feststellung des Hilfebedarfs, der Planung und Evaluation von Hilfen
- » Einzelfall-übergreifend kollegiale Beratung und Fortbildung auf Anforderung von Einrichtungen, die psychisch kranke Kinder und Jugendliche betreuen (Liaison-Funktion)
- » Mitwirkung im Netzwerk der Dienste und Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund auf Bezirks- und Landesebene
- » Mitwirkung an der Planung, Durchführung und Evaluation allgemeiner und selektiver präventiver Aktivitäten.

Aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe (Entwicklungsprojekt 10)

Ein flächendeckender Not- und Krisendienst wird in Vorarlberg schon seit einiger Zeit diskutiert. Die Grundzüge eines aufsuchenden Not- und Krisendienstes für Menschen in psychischen Notlagen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- » Rund um die Uhr verfügbarer Dienst, der organisatorisch verbunden ist mit dem sozialpsychiatrischen Dienst
- » Der Krisendienst hilft in schwierigsten psychosozialen Notlagen mit dem Ziel, Handlungsperspektiven für den Klienten / die Klientin zu eröffnen, auch unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt.
- » Intensive Kooperation mit den anderen Leistungserbringern
- » Möglichkeit der Beiziehung einer Fachperson zur Krisenbegleitung

Arbeitsrehabilitation für psychisch erkrankte Menschen (Entwicklungsprojekt 6) und Integrative Beschäftigungsprogramme (Entwicklungsprojekt 7)

Dieses Entwicklungsprojekt verfolgt das Ziel, die Erwerbsfähigkeit von Betroffenen auf dem Arbeitsmarkt zu erhalten oder wieder zu erlangen. Dazu bedarf es mehrstufiger Programme und differenzierter Unterstützungsmaßnahmen. Mehrere sozialpsychiatrische Anbieter betreiben in Vorarlberg bereits einige hervorragende Projekte, ein quantitativer Ausbau wäre wünschenswert.

Im Unterschied zum EP 6 zielen integrative Beschäftigungsprogramme (Entwicklungsprojekt 7) überwiegend auf soziale Teilhabe und die Möglichkeit einer sinnvollen Beschäftigung für schwer psychisch kranke Menschen ab. Die Integration am ersten Arbeitsmarkt ist nicht das vorrangige Ziel.

Seelische Gesundheit für Kinder und Jugendliche (Entwicklungsprojekt 9)

Die Präventionsaktivitäten im Bereich seelische Gesundheit für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sollen ausgebaut werden. Es geht dabei auch um das Koordinieren sämtlicher Förder-Maßnahmen und -Programme durch die Systempartner. Erstrebenswert ist das Integrieren von inhaltlich einander ergänzenden Ansätzen. Zu differenzieren ist das Angebot hinsichtlich Lebensalter, sozialer Merkmale (Bildungsniveau, Einkommen der Familie, ...) und individueller Beeinträchtigungen.

Integrierte Suchtberatungsstellen (Entwicklungsprojekt 2)

Die bestehenden Angebote der Suchthilfe sollen an vier Anlaufstellen (je eine pro Bezirk) gebündelt werden und folgende Leistungen anbieten:

- » Niederschwellige Beratung und nachgehende Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen, sofern diese Problematik im Vordergrund steht.
- » Krisenintervention und aufsuchende Notfallhilfe bei schweren akuten Suchtproblemen
- » Mitwirken im Netzwerk der Dienste und Einrichtungen im sozialpsychiatrischen Verbund auf Bezirks- und Landesebene
- » Mitwirken an gemeinsamen Aktivitäten, um seelische Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen zu fördern

Gerontopsychiatrische Kompetenzteams auf Bezirksebene (Entwicklungsprojekt 4)

In jedem der vier Bezirke soll ein multidisziplinär tätiger Konsiliar- und Liaison-Dienst entstehen. Das Thema der gerontopsychiatrischen Pflege wird intensiv vom Fachbereich Pflege der Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) und dem Unternehmen connexia bearbeitet, das sich im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung in zwei Projekten engagiert und damit die Umsetzung dieses Projekts aus dem Psychatriekonzept betreibt (vgl. in den Kapiteln *Ambulante gerontopsychiatrische Hauskrankenpflege*, *Gerontopsychiatrische Kompetenz in den Einrichtungen der Tagesbetreuung* sowie *Pflegeheime*).

Psychotherapie in Prävention und Rehabilitation (Entwicklungsprojekt 8)

Für die vom Land bzw. von Land und SV-Trägern gemeinsam finanzierte Psychotherapie soll ein Drei-Säulen-Modell etabliert werden:

- » Säule 1: Kurzfristige Hilfen zur Prävention
- » Säule 2: Kurative psychotherapeutische Behandlung
- » Säule 3: Längerfristige Hilfen zur Rehabilitation

Wichtig in der Umsetzung ist ein einfacher Zugang, insbesondere für Menschen in sozialen Notlagen und dringendem Hilfebedarf, die sorgfältige Planung und regelmäßige Evaluation längerfristiger Psychotherapie und das Vorhalten von möglichst gemeindenahen Gruppenangeboten zur Informationsvermittlung und zur Stärkung der Selbsthilfe-Kompetenz.

6 Großgeräteplanung

Als Großgeräte im Sinne des ÖSG 2012 gelten Computertomographiegeräte (CT), Magnetresonanztomographiegeräte (MR), Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze; COR), Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR), Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT) und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT).

Der Großgeräteplan (GGP) enthält die Planung der Gesamtanzahl von CT, MR und ECT im intra- und extramuralen Bereich. Dabei werden Planungsaussagen für Fonds-Krankenanstellen unter Berücksichtigung der Geräteausstattung von „Nicht-Fonds-Krankenanstellen“ und des extramuralen Sektors getroffen, Empfehlungen zur Geräteausstattung für „Nicht-Fonds-Krankenanstellen“ sowie des extramuralen Sektors in Bezug auf die maximale Anzahl an Großgeräten unter §-2-Kassenverträgen. Die Großgerätearten COR, STR und PET sind gemäß ÖSG 2012 ausschließlich im intramuralen Bereich zu betreiben.

6.1 Methoden und Datengrundlagen

Als Datengrundlage wurden die bei GÖ FP vorliegenden Großgerätedaten bis inkl. 2015 (BMG, KDok) für den intramuralen Sektor, für den extramuralen Sektor Daten per 31. 12. 2015 aus der Großgeräteerhebung im extramuralen Bereich (gemeinsam durchgeführt von HVSVT und GÖG/ÖBIG) sowie regional vorliegende Informationen herangezogen.

Zielbezogene Analyse

Bei der Erarbeitung der Empfehlungen im Rahmen des GGP wird gem. ÖSG-Vorgaben unter anderem auf folgenden allgemeinen Planungsgrundsätzen aufgebaut:

- » Medizinisch-technische Großgeräte sollen in jenen KA eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergebenden medizinischen Anforderungen benötigen (Qualitätskriterium).
- » Die Versorgung der Bevölkerung soll durch optimale Standortwahl für Großgeräte regional möglichst gleichmäßig und bestmöglich erreichbar (Kriterium der Versorgungsgerechtigkeit), aber auch wirtschaftlich erfolgen (Wirtschaftlichkeitskriterium).
- » Dem Wirtschaftlichkeitskriterium Rechnung tragend, werden bei der Erarbeitung von Standortempfehlungen die Versorgungswirksamkeit des extramuralen Sektors sowie Kooperationspotenziale zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich mit einbezogen.

Zielbezogene integrative Rahmenplanung

Zur Berechnung des Großgerätebedarfes werden pro Großgeräteart Einwohnerrichtwerte (Sollbereiche zur Anzahl der Einwohner/innen je Großgerät) und Erreichbarkeitsrichtwerte herangezogen (vgl. Tabelle 6.1), wobei die bestehenden bzw. geplanten Großgeräte sowohl im intramuralen wie auch im extramuralen Bereich berücksichtigt werden.

Neben den erwähnten Planungsrichtwerten können für allfällige Anpassungen des GGP weitere Faktoren wie Leistungsspektren in Krankenanstalten, Geräteauslastungen sowie organisatorische oder betriebs-/gesamtwirtschaftliche Gründe inkl. entsprechender Kostenbewertungen als zusätzliche Kriterien für die Großgeräteplanung herangezogen werden.

Tabelle 6.1:
Großgeräteplanung – Planungsrichtwerte

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

Quelle: ÖSG 2012

6.2 Medizinisch-technische Großgeräte: Standortplanung für intra- und extramuralen Bereich

Grundsätzlich können für die oben angeführten Großgerätekategorien die aktuellen Vorgaben des GGP im ÖSG 2012 planerisch bestätigt werden. Angaben zum IST-Stand (Spalte GG, s. u.) wurden aktualisiert, was Anzahl der Geräte bzw. deren sektorale Zuordnung betrifft, wobei nachstehend nur solche Geräte im IST-Stand abgebildet werden, die planungskonform bzw. gesundheitspolitisch steuerungsrelevant sind. Die Planungsempfehlungen des GGP beziehen sich auf den Planungshorizont 2020. Aufgrund der gerätetechnischen Entwicklungen wird von der Erarbeitung von Empfehlung für einen längeren Planungshorizont – wie 2025 – abgesehen. Nachstehend werden pro Großgerätekategorie die getroffenen Empfehlungen dargestellt und begründet:

Für CT wird die Beibehaltung des derzeit vorgesehenen Versorgungsniveaus vorgeschlagen. Dass damit das Einwohnerrichtwert-Intervall (30.000 - 50.000 EW/CT) mit rd. 56.000 EW/CT nicht eingehalten wird, kann damit begründet werden, dass anhand der zu Verfügung stehenden Leistungsdokumentation (KDok) im bundesweiten Vergleich keine überdurchschnittliche Auslastungssituation der CT-Geräte in Vorarlbergs Akut-KA ersichtlich wird. Es wird ergänzend empfohlen, in der VR 81 Rheintal-Bregenzerwald für die intramural vorgehaltenen CT-Geräte auch allfällige Kooperationsmöglichkeiten mit extramuralen Anbietern zu prüfen, ggf. auch durch direkte Verrechnungsabkommen mit den entsprechenden SV-Trägern. Damit soll der Zugang für extramurale Patienten zu entsprechenden Leistungen sichergestellt werden.

Hinsichtlich MR wird die gemäß aktuellem GGP des ÖSG vorgesehene Erhöhung gegenüber dem IST-Stand Geräte im intramuralen Bereich (Fonds-KA: KH Dornbirn; Anm.: zwischenzeitlich eingerichtet) bestätigt.

Für COR wird die im GGP des ÖSG 2012 bereits abgebildete Aufstockung um ein Gerät am Standort des LKH Feldkirch bestätigt. Damit soll künftig die gemäß KDok im bundesweiten Vergleich überdurchschnittliche Auslastungssituation der bestehenden COR-Anlage in Hinblick auf Coronarangiographie sowie PTCA entsprechend ausgeglichen werden. Die Versorgungsdichte liegt nach Umsetzung nahezu an der Untergrenze des entsprechenden Einwohnerrichtwert-Intervalls.

Zur STR wurde die im GGP des ÖSG abgebildete Erhöhung um 1 Gerät bereits realisiert. Damit wird die Voraussetzung für neue und zeitaufwändige Bestrahlungstechniken, deren Übernahme in die (erweiterte) Routineversorgung von Tumorpatienten zu erwarten ist, geschaffen. Darüber hinaus verhilft dieses weitere Gerät organisationsintern zu einer erhöhten Flexibilität in Bezug auf die Einsatzzeiten (Stichwort: Schichtbetrieb). In Hinblick auf erforderliche Bettenvorhaltung ist auf die gemäß ÖSG KA-intern organisatorisch sicherzustellende Bereitstellung entsprechender Bettenkapazitäten hinzuweisen, womit auch Betten anderer Fachrichtungen – wie bereits aktuell der Fall – für die Versorgung betroffener Patienten herangezogen werden können.

In Hinblick auf die nuklearmedizinischen Großgeräte ECT und PET werden die bisherigen Aussagen des GGP im ÖSG 2012 bestätigt und somit die Aufstockung um ein ECT-Gerät sowie für PET die Beibehaltung des IST-Stands empfohlen. Das bedeutet zwar, dass für ECT der EW-Richtwert des ÖSG nicht eingehalten wird, wie dies auch in anderen Bundesländern der Fall ist. Es ist jedoch in gemeinsamer Betrachtung dieser Gerätearten darauf hinzuweisen, dass in Vorarlberg durch die PET-Vorhaltung das EW-Richtwert-Intervall eingehalten wird, was – mit einer weiteren Ausnahme – sonst in keinem anderen Bundesland erreicht wird und somit aktuell eine entsprechenden gegenseitige Kompensation vermutet werden kann. Anhand der Leistungsangaben gemäß KDok wird im bundesweiten Vergleich bereits eine überdurchschnittliche Geräteauslastung für ECT ersichtlich, weshalb eine zeitnahe Umsetzung der im GGP verankerten Aufstockung empfohlen wird.

In Tabelle 6.2 werden IST-Stand und Planungsvorgaben des GGP für Vorarlberg auf Standortebene sowie für das Bundesland gesamt dargestellt.

Tabelle 6.2:

GGP in Vorarlberg, IST-Stand 2015 und Planungsempfehlungen auf Ebene der KA-Standorte und für Vorarlberg gesamt

Vorarlberg - GGP ¹	CT		MR ^{2,3}		ECT		STR		COR		PET	
	GG	GGP	GG	GGP	GG	GGP	GG	GGP	GG	GGP	GG	GGP
GG in Fonds-KA insgesamt ⁴	6	6	3	4	2	3	3	3	1	2	1	1
K802 Bludenz LKH ^{2*}	1	1	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K803 Bregenz LKH	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
K807 Dornbirn KH	1	1	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-
K816 Hohenems LKH	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K824 Rankweil LKH	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
K830 Feldkirch LKH	2	2	1	1	2	3	3	3	1	2	1	1
GG in sonstigen Akut-KA insgesamt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GG in Rehabilitationszentren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GG im extram. Bereich	1	1	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Bludenz ² A80101	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Bregenz A80204	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Dornbirn A80303	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Feldkirch A80401	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	x	x	x	x								
GG im Bundesland insgesamt ³	7	7	7	8	2	3	3	3	1	2	1	1

Legende:

GG 2015: Großgeräte-IST-Stand mit 31.12.2015, sofern planungskonform bzw. gesundheitspolitisch steuerungsrelevant.
GGP: Vorgabe gemäß Großgeräteplan für Vorarlberg; für Krankenanstalten: Geräte-Höchststand laut Großgeräteplan für den extramuralen Sektor: maximale Anzahl an Großgeräten unter Kassenvertrag

Quelle: ÖSG 2017 Entwurfsfassung, Stand: 13.3.2017; Darstellung: GÖ FP

- ¹ Spalte GG: IST-Stand (2015) für med.-techn. Großgeräte, sofern planungskonform vorgehalten bzw. gesundheitspolitisch steuerungsrelevant.
Darstellung extramuraler Anbieter gem. A-Nr.: Ambulatoriumsnummer gem. Liste der selbstständigen Ambulatorien in Österreichs, BMGF
- ² MR im intram. Bereich: exklusive 1 Kooperation mit extramuralem Betreiber
- ³ Stand 2016, ergänzende Information:
Der gem. GGP vorgesehenen MR am Standort KH Dornbirn, K807, ist eingerichtet.
Zusätzliche, nicht planungskonform vorgehaltene bzw. gesundheitspolitisch nicht steuerungsrelevante MR-Geräte sind an den Standorten Schruns (1 MR) und Lech (2 MR) eingerichtet.

7 Medizinische Rehabilitation

7.1 Datengrundlagen und Methoden

Zur Beschreibung der IST-Situation in der stationären und ambulanten Erwachsenen-Rehabilitation in Vorarlberg bzw. in der Versorgungszone West stehen grundsätzlich folgende Daten- und Informationsquellen zur Verfügung:

- » BMGF/GÖG – *Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen KA 2014/2015* (eingeschlossen das Versorgungsgeschehen in stationären Rehabilitationszentren mit Ausnahme der *selbständigen Ambulatorien mit angeschlossenem Beherbergungsbetrieb in der PSY-Rehabilitation*; außerdem exkl. Aufenthalte in ausländischen RZ)
- » HVB/GÖG – Erhebungsergebnisse zum *Rehabilitationsplan 2016 (RP 2016)*, (Erhebungen bei den SVT sowie bei den leistungserbringenden Rehabilitationseinrichtungen 2014/2015)
- » GÖG – *Rehabilitationsevidenz* (tagesaktuell auf Basis der Einmeldungen von BMGF, HVB, SVT und Landesregierungen).

Weitere Informationen zur Sondersituation in Vorarlberg bezüglich der seit Jahren bestehenden Einrichtungen der ambulanten neurologischen Rehabilitation (*SMO Neurologische Rehabilitation GmbH* seit 1987 sowie *aks gesundheit GmbH* seit 1974) wurden vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt.

Die Bestandsanalyse zur IST-Versorgungssituation sowie die Bedarfsschätzung zur Abbildung der SOLL-Kapazitäten in der stationären und ambulanten Rehabilitation der Phase II bis zum Jahr 2020 erfolgte entsprechend den im *Rehabilitationsplan 2016* angewandten Methoden (vgl. [hier](#), S. 139–151).

7.2 Versorgungssituation nach Indikationsgruppen

7.2.1 Stationärer Rehabilitationsbereich

Im Jahr 2015 unterzogen sich gemäß DLD insgesamt rund 2.850 in Vorarlberg wohnhafte Patientinnen/Patienten einem stationären Rehabilitationsverfahren, die meisten dieser Verfahren fielen in den Rehabilitations-Indikationsgruppen (RIG) BSR, HKE, NEU und UCNC an. Die „quellbezogene“ (auf die in Vorarlberg wohnhafte Bevölkerung bezogene) „stationäre Rehabilitationshäufigkeit“ lag bei 48,7 Prozent des Bundesdurchschnitts, wobei diese Häufigkeit in den RIG ONK und PSY mit jeweils rund 22 Prozent des Bundesdurchschnitts besonders niedrig lag (vgl. Tabelle 7.1 sowie Karte 7.1).

In Vorarlberg ist derzeit – im Gegensatz zu allen anderen Bundesländern – aktuell nur ein stationäres RZ in Betrieb (Rehabilitationsklinik Schruns/Montafon, mit Versorgungswirkung in den RIG

BSR, HKE und NEU, vgl. Tabelle 7.1). Im Nachbar-Bundesland Tirol haben sich in den letzten Jahren – über das schon seit Jahrzehnten versorgungswirksame RZ Bad Häring hinaus – mehrere RZ entwickelt, sodass innerhalb der VZ West grundsätzlich für alle RIG ein stationäres Rehabilitationsangebot besteht, das allerdings noch nicht bedarfsgerecht ausgebaut ist. Aus diesem Grund werden Rehabilitandinnen/Rehabilitanden aus Vorarlberg in überproportionalem Ausmaß an Rehabilitationseinrichtungen im benachbarten Ausland zugewiesen. Berücksichtigt man diese (laut Auskünften der VGKK und der PVA mit einer Größenordnung von rund 650 Patientinnen/Patienten pro Jahr abzuschätzenden) Versorgungswirkung der ausländischen RZ, so erhöht sich die „quellbezogene stationäre Rehabilitationshäufigkeit“ der Vorarlberger Bevölkerung auf rund 60 Prozent des Bundesdurchschnitts.

Aktuell sind in Vorarlberg laut *GÖG-Rehabilitationsevidenz* Erweiterungs-Bestrebungen in Bezug auf das RZ in Schruns (60 Betten NEU und 35 Betten PSY mit positiver Vorabfeststellung des Bedarfs, weitere 45 Betten PSY mit Antrag auf Bedarfsfeststellung) sowie in Bezug auf ein neues RZ in Rankweil (40 Betten NEU und 30 Betten PSY mit Antrag auf Bedarfsfeststellung) bekannt. Analog werden auch in den RZ Münster und Lans in Tirol Erweiterungen angestrebt. Die Vorhaben in Tirol sind insofern auch für Vorarlberg von Relevanz, als eine entsprechende Abstimmung der Ausbauplanen zwischen den Bundesländern in der VZ West geboten ist.

Gemäß *Rehabilitationsplan 2016* bzw. unter Berücksichtigung der *GÖG-Rehabilitationsevidenz* besteht in der VZ West insgesamt noch ein Ausbaubedarf von rund 600 Rehabilitationsbetten (v. a. in den RIG BSR und PSY, vgl. Tabelle 7.1), wobei allerdings darüber hinaus zu beachten ist, dass der für Österreich insgesamt pro RIG ausgewiesene Gesamt-Bettenbedarf pro RIG nicht zu überschreiten ist. Aus der Tatsache, dass in Vorarlberg – anders als in den anderen Bundesländern – gut ausgebaute ambulante Strukturen bestehen, in denen ambulante neurologische Rehabilitationsbehandlungen erbracht und z.T. auch Patientinnen/Patienten der Stufe B mit versorgt werden, ist abzuleiten, dass dieser ambulante Rehabilitationsbereich vermutlich bereits in hohem Maße „stationäre Rehabilitation ersetzend“ wirkt (vgl. auch u.s. Kapitel 7.2.2). Somit könnte de facto in der RIG NEU in Vorarlberg bzw. in der VZ West durchaus auch ein etwas geringerer Ausbaubedarf an stationären Rehabilitationsbetten bestehen als im *RP 2016* ausgewiesen (rechnerischer Ausbaubedarf rund 75 Betten in der RIG NEU, vgl. Tabelle 7.1). Analog wäre im Zuge von Detailanalysen zu klären, inwieweit die in Vorarlberg bereits bestehende Versorgung durch niedergelassene Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten allenfalls den im *RP 2016* rechnerisch ermittelten Ausbaubedarf für Einrichtungen der Phase II – insbesondere in der RIG BSR – relativieren könnte.

7.2.2 Ambulanter Rehabilitationsbereich

Im Gegensatz zur stationären Rehabilitation sind für die ambulante Rehabilitation mangels systematischer Information über die Patienten-Wohnorte keine quellbezogenen Indikatoren zur Beschreibung der IST-Situation verfügbar. In der zielbezogenen Betrachtung zeigt sich, dass in Vorarlberg – abgesehen von der seit Jahren etablierten ambulanten neurologischen Rehabilitation ("SMO Neurologische Rehabilitation GmbH" bzw. "aks gesundheit GmbH"; Finanzierung im Wege des Landes Vorarlberg, d.h. nicht nach den Grundlagen im ASVG, mit rund 5 Millionen Euro im

Jahr 2015) – derzeit noch kaum Strukturen für ambulante Rehabilitation der Phase II gemäß den Vorgaben des *Rehabilitationsplans 2016* existieren. Dessen ungeachtet besteht in Vorarlberg eine hohe Dichte an niedergelassenen Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten, die besonders im Bereich BSR entsprechende (auch rehabilitative) Leistungen anbieten. Allerdings sind laut *GÖG-Rehabilitationsevidenz* in den letzten Jahren auch Ausbaubestrebungen in verschiedenen RIG (v.a. BSR, HKE und PSY) erkennbar.

Die „*SMO Neurologische Rehabilitation GmbH*“ bietet ambulante neurologische Rehabilitation an vier Standorten (Bregenz, Dornbirn, Feldkirch, Bludenz/Bürs) an, die „*aks gesundheit GmbH*“ an sechs Standorten (Bregenz, Dornbirn, Götzis, Bürs, Egg und Hirschegg, vgl. Karte 7.1, grüne Markierungen in verschiedenen Schattierungen). Die beiden Einrichtungen können stichwortartig wie folgt beschrieben werden:

- » *SMO Neurologische Rehabilitation GmbH*: Intensiv ambulante und tagesklinische (= vom morgens bis abends erfolgende) Betreuung von Patientinnen/Patienten in den vier o.e. SMO-Zentren (Einzel- und Gruppentherapien), darüber hinaus von diesen Zentren aus auch mobile Rehabilitation in Form von Hausbesuchen (jeweils in Abhängigkeit vom Zustand der Patientinnen/Patienten); rund 1.500 versorgte Patientinnen/Patienten im Jahr 2015, davon 9 % in Stufe B, 32 % in Stufe C und 59 % in Stufe D; in der Logopädie und Ergotherapie auch begleitende Versorgung in den KH Bregenz, Dornbirn, Hohenems und Bludenz; Mischfinanzierung (Vorarlberger Sozialfonds, SV-Träger, Selbstbehalte).
- » *aks gesundheit GmbH*: Wohnortnahe Therapie in Form von Hausbesuchen und an den sechs o.e. Standorten (in den dortigen Praxisräumlichkeiten auch Therapie mit speziellen Geräten; Anteil der Therapien im Rahmen von Hausbesuchen 75 %); rund 700 versorgte Patientinnen/Patienten im Jahr 2015 (in den Stufen C und D); Arbeit in interdisziplinären Teams, in denen die Fachgebiete fließend ineinander übergehen.

Im *Rehabilitationsplan 2016* werden zum ambulanten Rehabilitationsbereich Planungsaussagen zum SOLL-Stand nicht nur auf Ebene der VZ, sondern auch auf Ebene der Bundesländer getroffen. Diesen zufolge besteht bis zum Jahr 2020 in Vorarlberg ein Ausbaubedarf von insgesamt rund 50 ambulanten Therapieplätzen für die ambulante Rehabilitation der Phase II (v.a. in den RIG BSR und PSY, vgl. Tabelle 7.1).

Im Zuge des Ausbaus der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sind die Vorgaben des *RP 2016* in Bezug auf Eignungsstandorte (in Vorarlberg Bregenz und Feldkirch, Anm.) und Eignungszonen zu beachten. Hinsichtlich der neurologischen ambulanten Rehabilitation der Phase II ist aus der hypothetischen Hochrechnung der jährlichen Patientenzahlen von *SMO* und *aks* erkennbar, dass der rechnerische Bedarf an Kapazitäten weit mehr als gedeckt ist (sofern die Einrichtungen von *SMO* und *aks* tatsächlich als Äquivalente zur ambulanten Rehabilitation im Sinne des ASVG gewertet werden können).

Hinsichtlich der ambulanten Rehabilitation der Phase III ist aus der *GÖG-Rehabilitationsevidenz* erkennbar, dass diesbezüglich in Vorarlberg aktuell v.a. die RIG HKE und NEU abgedeckt werden. Darüber hinaus werden in den Publikationen zur Rehabilitationsplanung (*RP 2016*, *ÖSG 2012*) derzeit keine Aussagen zum IST-Stand und zum SOLL-Stand in der ambulanten Rehabilitation der Phase III getroffen.

7.2.3 Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Hinsichtlich der stationären Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation gelten weiterhin die Planungsaussagen gemäß *ÖSG 2012* (vgl. Tabelle R2 im Anhang im *ÖSG 2012*, diese wurden auch unverändert aus dem *RP 2012* in den *RP 2016* übernommen). Das entsprechend vom HVB in die Wege geleitete Ausschreibungsverfahren zu diesem Bereich ist in allen VZ mit Ausnahme der VZ West bereits abgeschlossen und steht auch in der VZ West kurz vor dem Abschluss.

Tabelle 7.1:

Indikatoren zur stationären und ambulanten Rehabilitation in Vorarlberg und in der VZ West 2014/2017 bzw. 2020

Indikatoren zur stationären und ambulanten Rehabilitation in Vorarlberg und in der VZ West 2014/2017 bzw. 2020

Stationäre Rehabilitation	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	insg.
Stationäre Aufenthalte in RZ 2015 (Vorarlberg; Q)	754	566	37	485	64	63	146	279	451	2845
Stationäre "Rehabilitationshäufigkeit" in % BD 2015 (Vorarlberg; Q)	34,3	65,2	55,4	66,5	22,8	22,4	51,7	69,9	64,6	48,7
IST-Stand Bettenäquivalente (BÄ) in RZ 2014 Vorarlberg (Z)	82	36	0	35	0	0	0	0	0	153
IST-Stand systemisierte Betten in RZ Vorarlberg 2014/2016 (Z)*	81	51	0	21	0	0	0	0	0	153
IST-Stand Bettenäquivalente (BÄ) in RZ VZ West 2014/2016 (Z)**	212	137	40	142	16	101	61	1	133	843
IST-Stand systemisierte Betten in RZ VZ West 2016/2017 (Z)***	151	136	49	141	30	100	65	0	186	858
SOLL-Stand systemisierte Betten in RZ VZ West 2020 (Z)**	522	214	14	216	76	195	65	80	71	1453
SOLL-Stand 2020 minus IST-Stand BÄ VZ West 2016/2017 (Z)***	-371	-78	35	-75	-46	-95	0	-80	115	-595
SOLL-Stand 2020 minus IST-Stand syst. B. VZ West 2016/2017 (Z)**	-310	-77	26	-74	-60	-94	-4	-79	62	-610

Legende:

(Q) = quellbezogen (d.h. auf den Patienten/-innen-Wohnort bezogen); (Z) = zielbezogen (d.h. auf den Standort der RZ bezogen)

* gemäß aktuellem Stand GÖG-Rehabilitationsevidenz (RZ Schruns/Montafon; exkl. 60 Betten NEU und 35 Betten PSY in diesem RZ mit positiver Vorabfeststellung des Bedarfs; exkl. 40 Betten NEU und 30 Betten PSY im RZ Rankweil mit Antrag auf Errichtungsbewilligung)

** gemäß Rehabilitationsplan 2016; exkl. Betten für Patienten/-innen < 18 a und für Aufenthalte mit BD < 8 Tage (vgl. ebenda, Tab. 9a im Anhang)

*** gemäß aktuellem Stand GÖG-Rehabilitationsevidenz (inkl. in Betrieb mit aufrechter Betriebsbewilligung)

Quellen: HVSVT/GÖG – Rehabilitationsplan 2016: BMGF – Diagnosen-/Leistungsdokumentation der österr. KA 2015; GÖG – Rehabilitationsevidenz (02/2017)

Ambulante Rehabilitation Phase II – Bundesland Vorarlberg	BSR	HKE	LYMPH	NEU	ONK	PSY	PUL	STV	UCNC	insg.
IST-Stand ambulante Rehabilitationsverfahren Phase II 2014/2016 (Z)*	0	74	0	0	0	0	0	0	0	74
IST-Stand ambulante Therapieplätze Phase II 2015/2016 (Z)*	0	9	0	0	0	0	0	0	0	9
SOLL-Stand ambulante Rehabilitationsverfahren Phase II 2020 (Q)*	187	74	0	19	19	113	33	29	0	474
SOLL-Stand ambulante Therapieplätze Phase II 2020 (Z)*	23	9	0	2	2	14	4	3	0	57
SOLL-Stand minus IST-Stand amb. Rehab.verfahren Phase II 2020 (Q)*	-187	0	0	-19	-19	-113	-33	-29	0	-400
SOLL-Stand minus IST-Stand amb. Therapieplätze Phase II 2020 (Q)*	-23	0	0	-2	-2	-14	-4	-3	0	-48
IST-Stand ambulante Rehabilitationsverfahren Phase II 2014/2016 (Z)**	0	74	0	1789	0	0	0	0	0	1863
IST-Stand ambulante Therapieplätze Phase II 2014/2016 (Z)**	0	9	0	217	0	0	0	0	0	226

Legende:

(Q) = quellbezogen (d.h. auf den Patientinnen/Patienten-Wohnort bezogen); (Z) = zielbezogen (d.h. auf den Standort der RZ bezogen)

* gemäß Rehabilitationsplan 2016 (vgl. ebenda, Tab. 9c im Anhang)

** Schätzung inkl. bestehender Einrichtungen der "SMO Neurologische Rehabilitation GmbH" (seit 2005) und der "aks gesundheit GmbH" (seit 1974)

Quellen: HVSVT/GÖG – Rehabilitationsplan 2016: SMO und aks – Informationsbroschüren 2015/2016; GÖG – Rehabilitationsevidenz (Stand 02/2017)

Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Karte 7.1:

Stationäre Rehabilitation 2015 (inkl. Kennzeichnung der Standorte für ambulante Rehabilitation der Phase II)

Österreichisches Gesundheitssystem ÖGIS

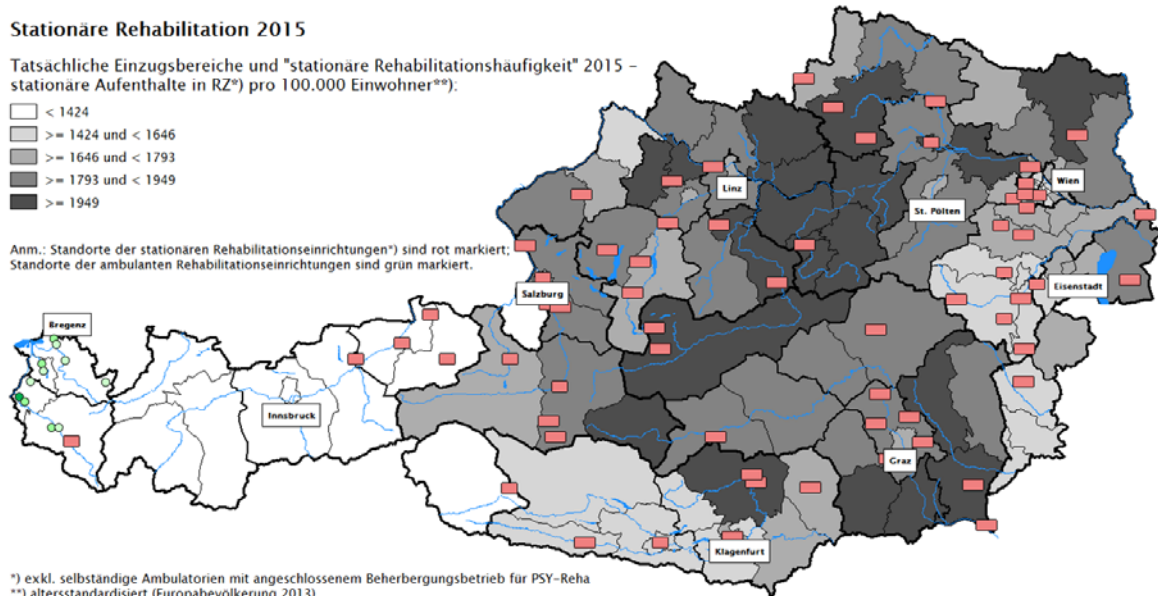


Stationäre Rehabilitation 2015

Tatsächliche Einzugsbereiche und "stationäre Rehabilitationshäufigkeit" 2015 – stationäre Aufenthalte in RZ*) pro 100.000 Einwohner**):

- < 1424
- >= 1424 und < 1646
- >= 1646 und < 1793
- >= 1793 und < 1949
- >= 1949

Anm.: Standorte der stationären Rehabilitationseinrichtungen*) sind rot markiert; Standorte der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sind grün markiert.



*) exkl. selbständige Ambulatorien mit angeschlossenem Beherbergungsbetrieb für PSY-Reha
**) altersstandardisiert (Europabevölkerung 2013)

Quellen: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2015;
ST.AT/OROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
GÖG – eigene Berechnungen.

Karte 1

Berechnung und Darstellung: GÖ FP

8 Betreuung und Pflege

Im Bereich der Betreuung und Pflege stehen in den kommenden Jahren grundlegende Veränderungen bevor. Neben der demografischen Alterung und der zu erwartenden Zunahme an betreuungs- und/oder pflegebedürftigen Personen, insbesondere von Menschen mit dementiellen Beeinträchtigungen sind auch strukturelle Veränderungen zu erwarten. Um entsprechend dem künftigen Pflegebedarf eine sowohl aus quantitativer als auch qualitativer Sicht ausreichende Versorgung in Betreuung und Pflege sicherstellen zu können, gilt es bereits jetzt, Vorkehrungen zu treffen.

Die in den einzelnen Angebotsformen dargestellte Anzahl an *betreuten Klientinnen/Klienten* bzw. Patientinnen/Patienten bzw. Gäste bezieht sich auf Personen, die im Jahr 2015 im Rahmen der Mindestsicherung bzw. auf Selbstkosten (= Selbstzahler) Dienste in Anspruch nahmen. Im Unterschied dazu werden zur Charakterisierung der betreuten Klientinnen/Klienten bzw. Patientinnen/Patienten bzw. Gäste nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegeldstufe jene Personen herangezogen, die zum Stichtag 31. 12. 2015 (Ausnahme: Mobile Hilfsdienste) Betreuungs- und Pflegeangebote in Anspruch nahmen und von der Mindestsicherung unterstützt wurden (exklusive Selbstzahlerinnen/Selbstzahler).

Zur Prognose des Mobilen Hilfsdienstes, Hauskrankenpflege, Tagesbetreuung, betreute Wohngemeinschaften und Pflegeheimplätzen für die Jahre 2020 und 2025 wurde der *Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP)* für die Jahre 2020 und 2025 vom Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) herangezogen und die Ergebnisse in den dargestellten Abschnitten übernommen. Die Planungen des Sozialfonds erfolgen durch die Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa). Die Ergebnisse dieser Planungen werden im gegenständlichen Bericht dargestellt. Für den Sozialbereich ist hingegen der Bedarfs und Entwicklungsplan (BEP) die verbindliche Grundlage.

Im Folgenden werden Angebote der nachstehenden Bereiche beschrieben (Bezeichnung gemäß dem Pflegefondsgesetz):

- » Mobile Betreuungs- und Pflegedienste
- » Teilstationäre Tagesbetreuung
- » Alternative Wohnformen
- » Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste
- » Innovative/integrierte Versorgungsformen
- » 24h-Betreuung
- » Stationäre und teilstationäre Dienste für Menschen mit Behinderung

Im Folgenden wird die Strategie des Sozialfonds 2020 hinsichtlich Herausforderungen 2020 und strategischen Zielen 2020 wiedergegeben (Strategie Sozialfonds 2020, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)):

Herausforderungen

- » Steigende Zahl an alten Menschen auf Grund der demographischen Entwicklung: Für die Anzahl an 75+Jährigen in Vorarlberg ist im Zeitraum 2013 bis 2020 ein Anstieg von über 7.000 Personen zu erwarten
- » Veränderungen bei den familiären Strukturen: Single-Haushalte werden zunehmen und die Situation bei pflegenden Angehörigen wird sich verändern.
- » Umgang mit der unterschiedlichen Finanzierungen bei den Betreuungs- und Pflegeangeboten: Die Transparenz der tatsächlichen Kosten ist verwirrend (Kosten/h für Mobile Hilfsdienste vs. Kosten/h für Hauskrankenpflege, Kosten im Pflegeheim und 24 h Betreuung).

Strategische Ziele 2020

Grundsatz: So viel wie möglich ambulant, so viel wie nötig stationär.

Betreuung und Pflege orientieren sich am Menschen. Eine angemessene Pflege zuhause, auch mit höheren Pflegestufen soll verstärkt unterstützt werden.

- » Solange wie möglich zu Hause wohnen, wird unterstützt.
- » Auch Menschen in höheren Pflegestufen sollen zu Hause gepflegt werden können. Die durchschnittliche Pflegestufe der Menschen die in Pflegeheimen gepflegt werden, wird höher.
- » Die Angebote der Betreuung und Pflege sind individuell und werden gut aufeinander abgestimmt. Die Angebote orientieren sich am Nahraum.
- » Das Care Management soll bis 2020 flächendeckend in 19 Regionen eingeführt sein.
- » Pflegeheimplätze (für Daueraufnahme und Kurzzeitpflege) sind in notwendiger Zahl verfügbar, die Qualität bleibt gesichert.
- » Der angespannten Personalsituation wird entgegengewirkt: Ausbildungsplätze stehen ausreichend zur Verfügung und es gibt genügend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Arbeitsmarkt.

Zur Vergleichbarkeit wird von GÖ FP die Kennzahl *Anzahl der beschäftigten Personen bzw. Vollzeitäquivalente, oder Plätze oder Anzahl der betreuten Personen zur Anzahl der ab 75-jährigen Einwohnerinnen/Einwohner in Vorarlberg* im Jahr 2015 dargestellt. Als Einwohnerzahl wird der Jahresanfangswert 2015 der Statistik des Bevölkerungsstandes von Statistik Austria herangezogen. Diese Altersgruppe ist die primäre Zielgruppe dieser Angebote (ausgenommen die Angebote für behinderte Menschen, vgl. Kapitel 15). Leistungen im Betreuungs- und Pflegebereich sind auf Basis des Leistungsorts und nicht auf Basis des Herkunftsorts der Leistungsempfänger dargestellt.

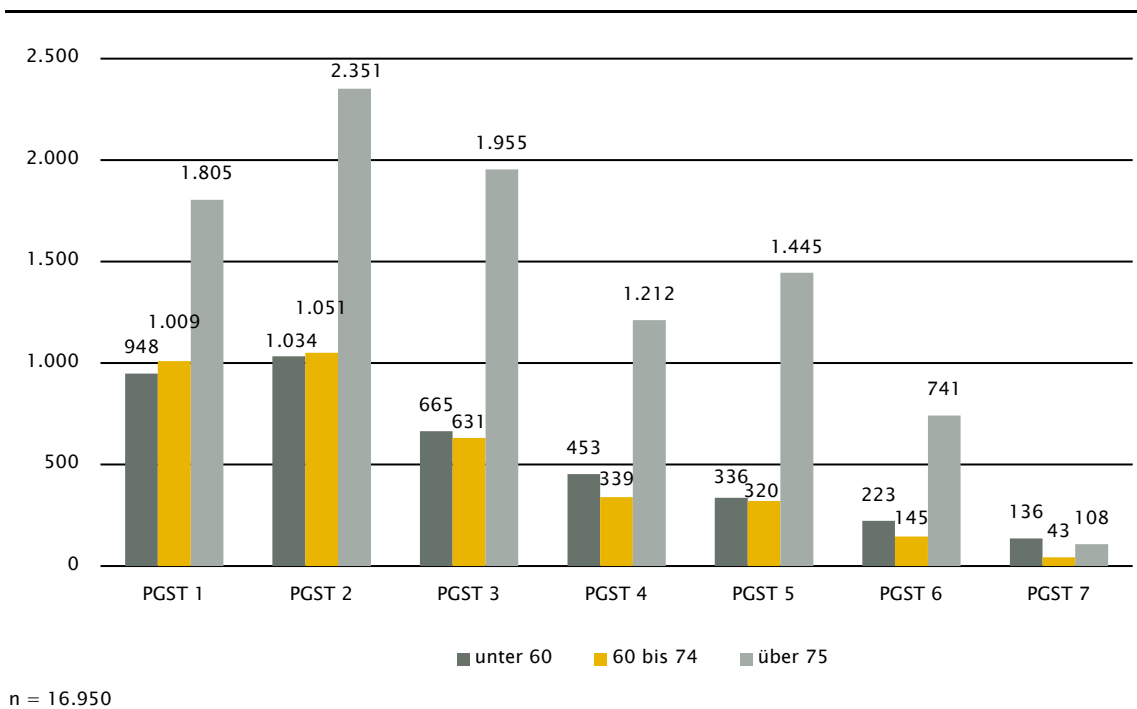
8.1 Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher in Vorarlberg

Das System der Langzeitbetreuung und/oder -pflege wird aufgrund der demografischen Entwicklung in den kommenden Jahren vor der Herausforderung stehen einer steigenden Nachfrage gerecht zu werden. Zur Anzahl von betreuungs- und/oder pflegebedürftigen Personen in Österreich kann als Orientierungsgröße die Anzahl der Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher herangezogen werden.

Mit Stand Dezember 2015 wurde in Vorarlberg Pflegegeld von 16.950 Menschen bezogen, das entspricht einem Anteil von 4,5 Prozent aller Einwohnerinnen/Einwohner und 58,6 Prozent der Menschen ab 75 Jahren (vgl. Abbildung 8.1 und Abbildung 8.2):

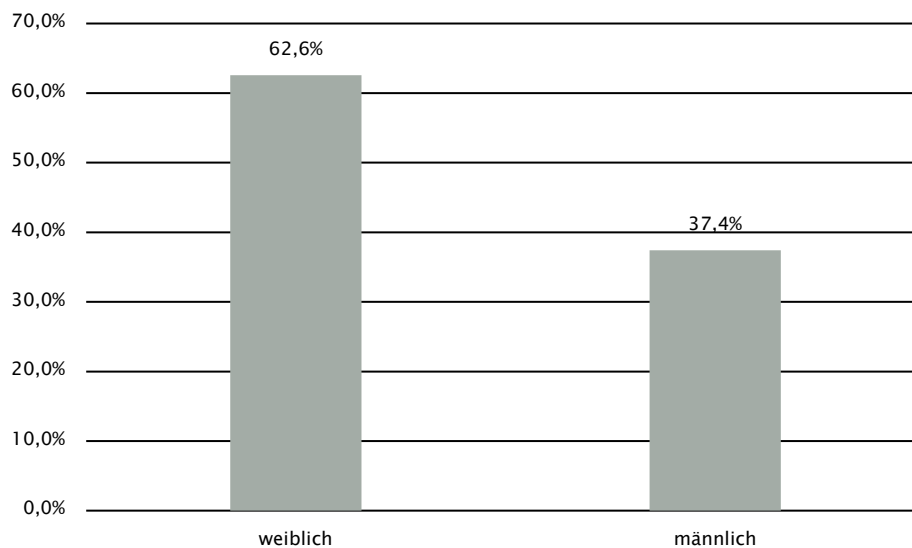
- » Mehr als zwei Drittel der Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher (67,5 Prozent) beziehen Pflegegeld der Stufen 1 bis 3 (= 11.449).
- » Pflegegeld der mittleren Stufen (4 + 5) beziehen rund ein Viertel aller Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher (24,2 Prozent; 4.105). Demnach wird Pflegegeld der beiden höchsten Pflegegeldstufen an 8,2 Prozent ausbezahlt (1.396).
- » 43,2 Prozent (7.333) der Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher sind jünger als 75 Jahre.
- » Die Mehrheit der Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher ist jedoch älter und zwar ab 75 Jahre (56,7 Prozent; 9.617)
- » Rund zwei Drittel der Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher (62,6 Prozent) sind weiblich.

Abbildung 8.1:
Anspruchsberechtigte Personen von Pflegegeld nach Pflegegeldstufen und Altersgruppen in Vorarlberg in Prozent, Auszahlungsmonat Dezember 2015



Quelle: Pflegegeldstatistik des Hauptverbands 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 8.2:
Pflegegeld-ananspruchsberechtigte Personen nach Geschlecht in Vorarlberg,
Auszahlungsmonat Dezember 2015



n = 16.950

Quelle: Pflegegeldstatistik des Hauptverbands 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

8.2 Mobile Betreuungs- und Pflegedienste

Im Kapitel Mobile Betreuungs- und Pflegedienste werden die beiden Leistungsbereiche *Mobile Hilfsdienste* und *Hauskrankenpflege Vorarlberg* dargestellt.

8.2.1 Mobile Hilfsdienste

8.2.1.1 Datengrundlagen

Zur Beschreibung der Mobilien Hilfsdienste wurden seitens des Amts der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) folgende Datengrundlagen zur Verfügung gestellt:

- » ARGE Mobile Hilfsdienste: Jahresbericht 2015, Feldkirch 2016
- » Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg, Berichtsjahr 2015
- » Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg, Jahresbericht 2015
- » Wegbegleiter zur Pflege daheim für das Jahr 2015.

- » Bericht: Prognose des Bedarfs an Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung – *Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) für die Jahre 2020 und 2025*, Vorarlberg 2016
- » Zusatzinformationen: bereitgestellt durch das Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa).

8.2.1.2 Versorgungssituation

Die Aufgabe des Mobilen Hilfsdienstes besteht darin, älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit zu bieten, bis ins hohe Alter in ihrer gewohnten Umgebung zu leben und jene persönliche Betreuung zu erhalten, die sie wünschen und benötigen (www.mohi.at).

Die Dienstleistungen können in folgende Bereiche unterteilt werden (www.mohi.at):

- » Betreuerische Hilfen
 - » mitmenschliche Begleitung wie zuhören, spazieren gehen, vorlesen, etc.
 - » Aktivieren und unterstützen von Eigeninitiativen, Fähigkeiten fördern
 - » Kommunikation im sozialen Umfeld
 - » Behördengänge, Besorgungen, Fahrdienste.
- » Hauswirtschaftliche Hilfen
 - » Reinigung des genutzten Wohnbereichs
 - » Wäsche in Ordnung halten (waschen, bügeln)
 - » Zubereiten von kleinen Mahlzeiten – den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend
 - » Einkaufen – wenn möglich, gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten
- » Hilfestellungen
 - » Unterstützung, einfache Handreichungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens – Hilfe zur Selbsthilfe in der Pflege – nach Anordnung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger.

Mit 51 örtlichen Mobilen Hilfsdiensten wird Mobile Hilfe nahezu flächendeckend angeboten (zwei sehr kleine Gemeinden im Bregenzerwald können bei Bedarf von der Einrichtung in der Nachbarschaftshilfe mit betreut werden). Fünf Mobile Hilfsdienste sind als eigener Verein konstituiert. 32 Mobile Hilfsdienste (63 Prozent) sind dem örtlichen Krankenpflegeverein angegliedert, sechs Anbieter (12 Prozent) haben die Gemeinde oder eine gemeindeeigene Einrichtung als Träger. Die restlichen Mobilen Hilfsdienste sind einem Sozialsprengel, einem Sozialzentrum oder einem anderen Verein angeschlossen (vgl. *connexia, Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg Jahresbericht 2015*).

Von den 2.002 Helferinnen/Helfern sind 65 Prozent neue Selbständige im Vermittlungsvertrag, 33 Prozent freie Dienstnehmer/innen (bei der VGKK angemeldet) und zwei Prozent mit Festanstellung (vgl. *connexia, Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg Jahresbericht 2015*).

Insgesamt haben im Jahr 2015 2.002 Helfer/innen im Bereich der Mobilien Hilfsdienste (das sind rund 70 Personen pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren) rund 596.400 Betreuungsstunden geleistet, das entspricht rund 20.600 Betreuungsstunden pro 1.000 EW ab 75 Jahren (vgl. Tabelle 8.1). Pro Klient/in wurden rund 118 Betreuungsstunden geleistet.

Im Berichtszeitraum wurden insgesamt rund 5.000 Klientinnen/Klienten betreut, das entspricht rund 175 Klientinnen/Klienten pro 1.000 Einwohner/innen. Die Betrachtung des Verhältnisses Klient/in pro Helfer/in (Kopf) zeigt, dass eine Helferin / ein Helfer im Durchschnitt 2,5 Klientinnen/Klienten betreut.

Der Bezirk, in dem die geringste Summe an Betreuungsstunden pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren in Anspruch genommen wird, ist der Bezirk Bregenz, hier werden um rund 30 Prozent weniger Mobile Hilfe-Betreuungsstunden geleistet als im Bezirk Feldkirch.

Tabelle 8.1:

Mobile Hilfsdienste: Klientinnen/Klienten, Betreuungsstunden, Helferinnen/Helfer pro Bezirk absolut und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren im Jahr 2015

Bezirk	Klientinnen/Klienten		Betreuungsstunden		Helferinnen/Helfer	
	absolut	pro 1000 EW 75+	absolut	pro 1000 EW 75+	absolut	pro 1000 EW 75+
(801) Bludenz	945	183,8	112.698,8	21.921,6	429	83,4
(802) Bregenz	1.860	187,2	182.135,8	18.334,6	636	64,0
(803) Dornbirn	955	147,9	126.285,5	19.551,9	360	55,7
(804) Feldkirch	1.286	174,6	175.280,8	23.795,9	577	78,3
Vorarlberg	5.046	174,6	596.400,8	20.636,7	2.002	69,3

Anmerkungen: In der Pflegegeldstatistik Vorarlberg 2015 wurden 4.733 betreute Klientinnen/Klienten für das Berichtsjahr angeführt. Es handelt sich um die Anzahl der im Rahmen der Sozialen Dienste betreuten Personen im Berichtszeitraum 1.1.–31.12.2015, die von der Mindestsicherung unterstützt wurden (vgl. § 2 Z 7 PDStV²⁷ 2012). Selbstzahler/innen sind hier nicht erfasst.

Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren wurde von GÖ FP berechnet.

Quelle: Tabelle *Mobile Hilfsdienste Betreuungsumfang 2015* zur Verfügung gestellt vom Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa); Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015) Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Betreute Klientinnen/Klienten

Über zwei Drittel der von den Mobilien Hilfsdiensten betreuten Klientinnen/Klienten sind weiblich (rund 71 % bzw. 3.270) und fast derselbe Anteil an Klientinnen/Klienten ist 75 Jahre und älter (rund 72 %, 3.312). Von den betreuten Klientinnen/Klienten, für die eine PflegegeldEinstufung bekannt ist, liegen rund 72 Prozent in den Pflegegeldstufen 1 bis 3 (= 1.692), vgl. Abbildung 8.3 bis Abbildung 8.5).

²⁷ PDStV = Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung

Abbildung 8.3:

Mobile Hilfsdienste: Anzahl der Klientinnen und Klienten in Prozent differenziert nach Geschlecht 1.1. bis 31.12.2015

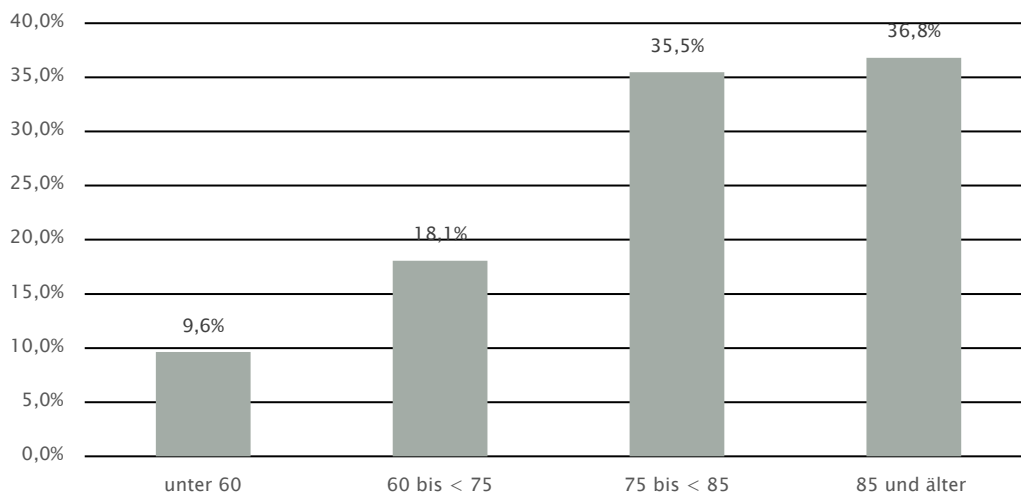


n = 4.582

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 8.4:

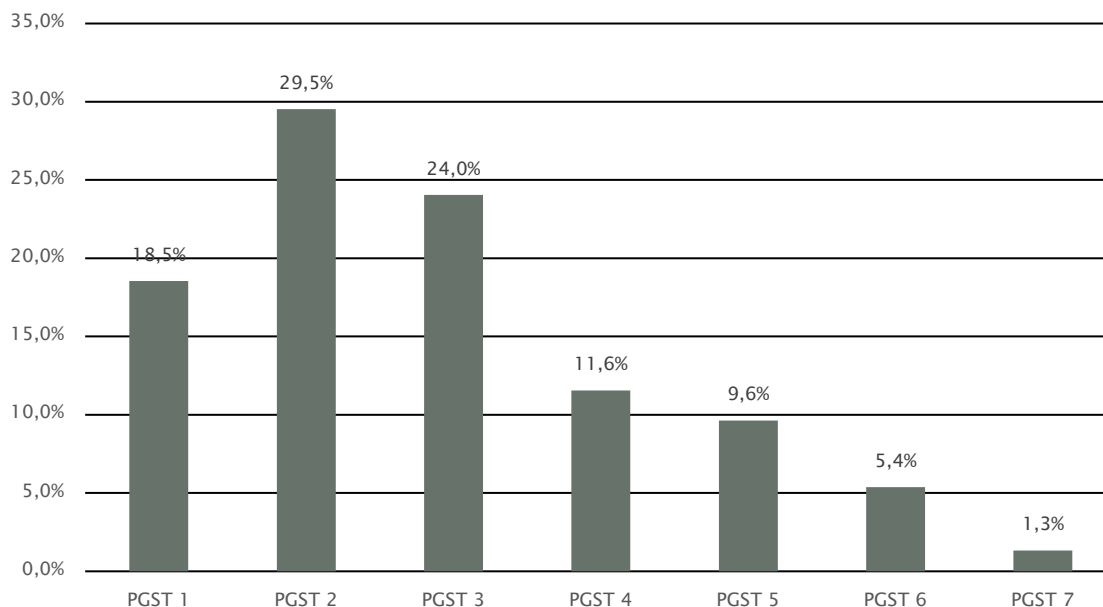
Mobile Hilfsdienste: Anzahl der Klientinnen und Klienten in Prozent differenziert nach Altersgruppen 1.1. bis 31.12.2015



n = 4.582

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 8.5:
Mobile Hilfsdienste: Anzahl der Klientinnen und Klienten in Prozent differenziert nach
Pflegegeldstufe 1.1. bis 31.12.2015



n = 2.346; Pflegegeldstufe „0“: 2.236

Anmerkung: Pflegegeldstufe „0“: Jene betreuten Personen, für die keine Pflegegeldstufenzuordnung vorliegt (weil sie z.B. kein Pflegegeld erhalten oder das Pflegegeldverfahren noch läuft), vgl. PDStV²⁸ 2012.

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

8.2.1.3 Qualifizierung

Mit Stichtag 1. 1. 2016 arbeiten 152 Heimhelfer/innen im Mobilien Hilfsdienst, das entspricht einem Anteil von neun Prozent an allen Helferinnen und Helfern. Das Ziel besteht darin, dass rund zehn Prozent aller Helfer/innen über eine Heimhelfer/innen-Ausbildung verfügen (vgl. *Arbeitsgemeinschaft Mobile Hilfsdienste, Jahresbericht 2015*; *connexia, Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg Jahresbericht 2015*).

Neben den alten und kranken Menschen werden vom Mobilien Hilfsdienst vermehrt Personen mit anderen Anforderungen und Erwartungen betreut, z. B. vermehrt junge Menschen mit Behinderung, Menschen mit psychischen Krankheiten wie z. B. Demenz, Depression, Suchtverhalten. Als Reaktion auf diese neuen Herausforderungen werden Informationsabende gemeinsam mit der

²⁸ PDStV = Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung

Aids-Hilfe zum Thema *HIV-positiv/Aids* oder Vorträge mit Workshops zum Thema *Begleitung depressiver Menschen* angeboten. Eine eigene Arbeitsgruppe evaluiert das Angebot laufend und passt es den neuen Anforderungen und Erwartungen an (vgl. *Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg Jahresbericht 2015*).

8.2.1.4 Ad-Hoc-Prognose

Nähere Ausführungen dazu im Kapitel 11 Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste.

Gemäß dem Grundsatz „So viel wie möglich ambulant, so viel wie nötig stationär“ werden ambulante und teilstationäre Betreuungs- und Pflegeleistungen in Zukunft im Rahmen des Vorarlberg-Monitorings und bei der Bedarfs-Prognose intensiv Berücksichtigung finden. Im Rahmen der Ad-Hoc-Prognose erfolgt auf Basis der demografischen Entwicklung eine Weiterrechnung der IST-Situation im Jahr 2015 auf die Jahre 2020 und 2025. Die Basis der Prognose im Bereich der Mobilen Hilfsdienste bildet die Anzahl an Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher der Pflegegeldstufe 3 bis 7, unter der Annahme einer gleichbleibenden Betreuungsintensität und Verweildauer und dem Szenario der relativen Kompression²⁹.

Tabelle 8.2 bildet die Anzahl der von den Mobilen Hilfsdiensten betreuten Klientinnen/Klienten im Dezember 2015 sowie das Ergebnis der Ad-hoc Prognose für die Jahre 2020 und 2025 ab. Die Ad-Hoc-Prognose erfolgt für Vorarlberg insgesamt. Zwischen dem Ist-Stand 2015 und dem Jahr 2025 wird ein Anstieg an betreuten Klientinnen/Klienten um mindestens rund 16 Prozent angenommen.

²⁹ Szenario relative Kompression der Pflegebedürftigkeit entspricht der Kompressionshypothese, nach dieser tritt der Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit in einem höheren Alter auf. Der spätere Zeitpunkt wird mit der gesteigerten Lebenserwartung bemessen. Die Dauer der Pflegebedürftigkeit bleibt gleich, die Pflegebedürftigkeit verschiebt sich nach hinten (Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung – *Bedarfs- und Entwicklungsplan* (BEP) für die Jahre 2020 und 2025, Vorarlberg 2016). Dies kann in besonderem Maße für die Gruppe der 75- bis 79-Jährigen gelten. Diese Gruppe ist in diesem Zusammenhang auch deshalb von Bedeutung, da sie im Jahr 2025 bei den 75+-Jährigen mit knapp 40 Prozent den größten Anteil darstellt.

Tabelle 8.2:

Mobile Hilfsdienste: Anzahl der Klientinnen/Klienten im Gesamtjahr 2015 und Ad-hoc-Prognose zur Anzahl der Klientinnen/Klienten für die Jahre 2020 und 2025

Anzahl Klientinnen/Klienten		
Ist-Stand	Ad-hoc-Prognose	
2015	2020	2025
4.582	rund 5.000	rund 5.300

Quelle: Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung, Bedarfs und Entwicklungsplan (BEP) für die Jahre 2020 und 2025; Darstellung: GÖ FP

8.3 Hauskrankenpflege

8.3.1 Datengrundlagen

Zur Beschreibung der Hauskrankenpflege stellte das Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) folgende Datengrundlagen zur Verfügung:

- » Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg, Berichtsjahr 2015
- » Hauskrankenpflege Vorarlberg, Jahresbericht 2015
- » Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2015
- » Wegbegleiter zur Pflege daheim für das Jahr 2015
- » Perspektiven- und Entwicklungskonzept 2025 für die Krankenpflegevereine in Vorarlberg
- » Amt der Vorarlberger Landesregierung: Sicherungs-, Aus- und Aufbaupläne 2017 (Bericht 15. 8. 2016)
- » Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung, 2016
- » Richtlinie Hauskrankenpflege, Version 1.3. (ab 1.1.2014)
- » Zusatzauswertungen: organisiert und bereitgestellt vom Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)

8.3.2 Versorgungssituation

Die Hauskrankenpflege ist ein organisierter mobiler Fachdienst von medizinisch ausgebildeten Pflegepersonen, mit der Aufgabe, für kranke und pflegebedürftige Menschen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung die notwendige fachlich qualifizierte Pflege zu leisten und sicherzustellen. Neben der (haus-)ärztlichen Betreuung bildet die Hauskrankenpflege eine Grundvoraussetzung für die Pflege zu Hause und die Hilfe zur Selbsthilfe.

Unter medizinisch ausgebildeten Pflegepersonen sind Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu verstehen. Unter deren Anleitung und Aufsicht können auch Pflegeassistentinnen/-assistenten (aktualisiert durch GÖ FP) bzw. Angehörige der Sozialbetreuungsberufe mit Pflegeassistentenabschluss in der Hauskrankenpflege eingesetzt werden (Quelle: *Richtlinie Hauskrankenpflege*, Version 1.3. (ab 1.1.2014)).

Die Aufgaben umfassen (Quelle: *Richtlinie Hauskrankenpflege*, Version 1.3. (ab 1.1.2014))

- » fachliche Beratung und Begleitung in Gesundheitsfragen
- » Anleitung und Begleitung für pflegende Angehörige
- » Pflegeleistungen
- » Zusammenarbeit mit Hausärztinnen/Hausärzten bei der medizinischen Pflege
- » Bereitstellung oder Vermittlung von Pflegebehelfen
- » Bereitstellung oder Vermittlung von verschiedenen Hilfs- und Fachdiensten.

Der Landesverband Hauskrankenpflege ist der Dachverband für 66 Krankenpflegevereine in Vorarlberg (Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2015). Voraussetzung für die Arbeit in der mobilen Pflege sind neben der Fachkompetenz eine hohe Flexibilität, Kommunikationsfähigkeit und Einfühlungsvermögen.

Von den insgesamt 180,3 vollzeitbeschäftigten Pflegepersonen waren im Jahr 2015 insgesamt 86 Prozent diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (vgl. Tabelle 8.3). 6,2 Pflegepersonen pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren stehen der Vorarlberger Bevölkerung für Mobile Hauskrankenpflege zur Verfügung. Zwischen den Bezirken bzw. Versorgungsregionen herrscht beinahe punktgenau Ausgewogenheit. Im Jahr 2015 leisteten die Pflegepersonen 297.594 Betreuungsstunden (Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015), das entspricht rund 10.300 Leistungsstunden pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren. Insgesamt wurden im Berichtszeitraum 8.340 Patientinnen/Patienten betreut (Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015). Pro Klientin/Klient wurden durchschnittlich rund 35 Betreuungsstunden geleistet.

Tabelle 8.3:

Hauskrankenpflege: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und Pflegeassistent/innen pro Bezirk (absolut und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren im Jahr 2015)

Bezirk	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen	Pflegeassistent/-innen	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und Pflegeassistent/-innen	
	VZÄ	VZÄ	VZÄ	Pro 1.000 EW 75+
(801) Bludenz	28,5	3,2	31,7	6,2
(802) Bregenz	57,6	6,8	64,5	6,5
(803) Dornbirn	26,4	12,9	39,2	6,1
(804) Feldkirch	41,8	3,1	44,9	6,1
Vorarlberg	154,3	26,0	180,3	6,2

Anmerkungen:

VZÄ = Vollzeitäquivalent

Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren wurde von GÖ FP berechnet.

Quellen: Tabelle "Hauskrankenpflege", 20.2.2017;

Weiterführende Informationen vom Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa);

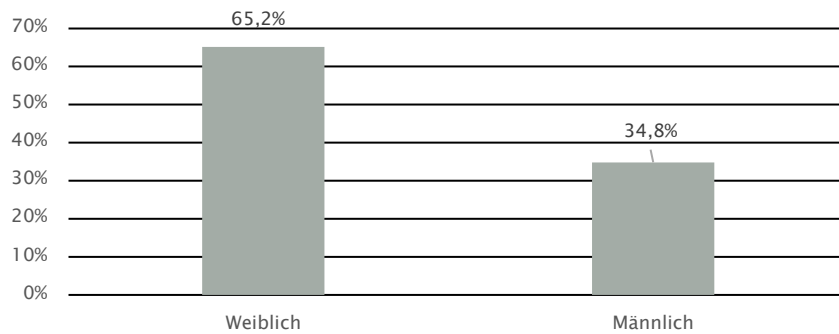
Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015)

Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Betreute Patientinnen/Patienten

Rund zwei Drittel der betreuten Patientinnen/Patienten in der Hauskrankenpflege sind weiblich (rund 65 Prozent bzw. 3.102), rund 79 Prozent der Patientinnen/Patienten sind 75 Jahre und älter (78,8 Prozent, 3.754). Von den betreuten Patientinnen/Patienten, für die eine PflegegeldEinstufung bekannt ist, sind rund 68 Prozent in den PflegegeldEinstufen 1 bis 3 (= 1.084), vgl. Abbildung 8.6 bis Abbildung 8.8). Im Vergleich zu den Mobilien Hilfsdiensten betreut die Hauskrankenpflege tendenziell sowohl ältere Patientinnen/Patienten und entsprechend den fachlichen Pflegeleistungen Menschen mit höherem Pflegebedarf (Mobile Hilfsdienste: Betreute Patientinnen/Patienten 72 Prozent Pflegegeldstufe 1 bis 3).

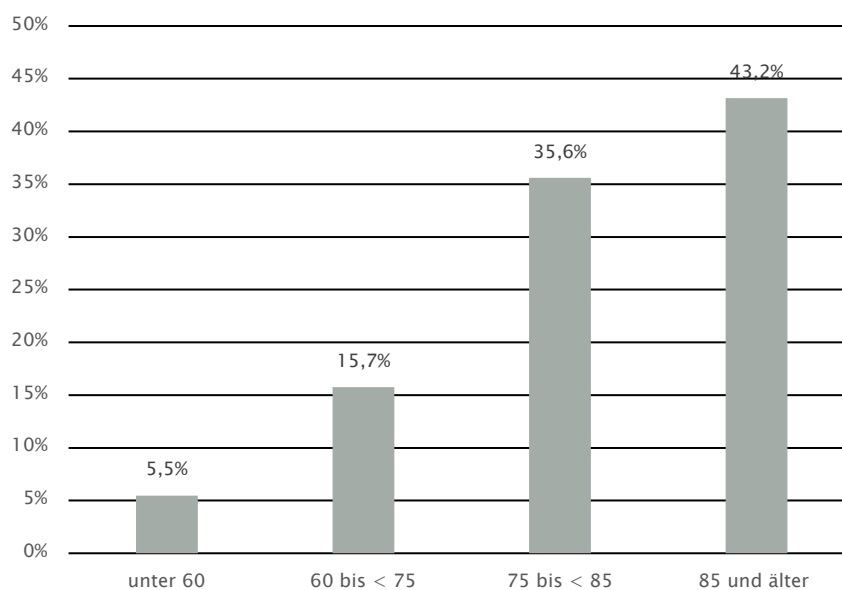
Abbildung 8.6:
 Hauskrankenpflege: Anzahl der Patientinnen/Patienten in Prozent nach Geschlecht im Monat
 Dezember 2015



n = 4.765

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
 Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 8.7:
 Hauskrankenpflege: Anzahl der Patientinnen/Patienten in Prozent nach Altersgruppen im Monat
 Dezember 2015

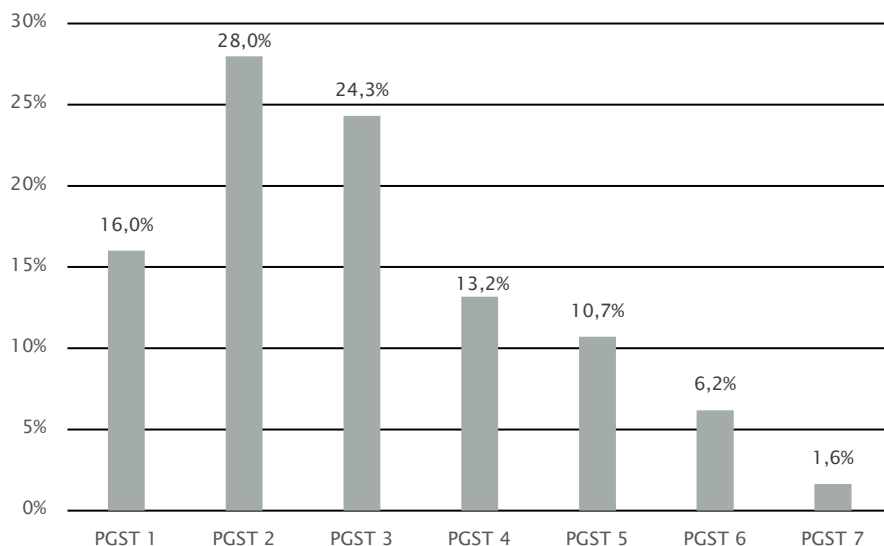


n = 4.765

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
 Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 8.8:

Hauskrankenpflege: Anzahl der Patientinnen/Patienten in Prozent nach Pflegegeldstufen (PGST) im Monat Dezember 2015



n = 1.333; Pflegegeldstufe „0“: 3.178

Anmerkung: Pflegegeldstufe „0“: Jene betreuten Personen, für die keine Pflegegeldstufenzuordnung vorliegt (weil sie z.B. kein Pflegegeld erhalten oder das Pflegegeldverfahren noch läuft), vgl. PDStV³⁰ 2012.

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

8.3.3 Medizinische Hauskrankenpflege

Die medizinische Hauskrankenpflege ist eine krankenhauseretzende Maßnahme. Im § 151 des ASVG ist gesetzlich definiert und geregelt, dass die Sozialversicherungsträger zur Finanzierung dieser medizinisch-pflegerischen Maßnahmen verpflichtet sind. Sie umfasst ausschließlich Pflegeleistungen, die von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen erbracht werden, wie z. B. Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung oder Verbandswechsel (BMG 2009)³¹.

Die Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege werden seitens der soz. Krankenversicherungsträger in Vorarlberg dem Landesverband der Vorarlberger Hauskrankenpflegevereine mit Hilfe eines Punktwerts nach einem besonderen Berechnungsmodell jährlich pauschal vergütet. Außerdem erhält der Landesverband jährlich eine freiwillige Förderung und wird den Vereinen seitens der KV-Träger Pflegematerial kostenlos zur Verfügung gestellt. Von 2010 bis 2015 zeigt sich eine Aufwandssteigerung der direkten Abgeltung um 42 Prozent. Diese Steigerung ist sowohl

³⁰ PDStV = Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung

³¹ BMG 2009: Interdisziplinäres Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“

auf die Erhöhung des Punktwertes für die erbrachten Leistungen als auch auf die Zunahme der gepflegten Patientinnen und Patienten bzw. der erbrachten Leistungen zurückzuführen³².

8.3.4 Perspektiven und Entwicklungskonzept 2025

Der Erarbeitungsprozess zum Perspektiven- und Entwicklungskonzept 2025 für die Krankenpflegevereine fand im Mai 2016 einen vorläufigen Abschluss. Das normative Konzept und die formulierten Strategien werden in den nächsten Jahren Orientierung für die Maßnahmenplanungen bieten.

Im Folgenden werden einzelne Strategien, insbesondere inhaltliche Ausrichtungen aus dem Perspektiven- und Entwicklungskonzept herausgegriffen:

- » Die Hauskrankenpflege entwickelt sich auf Grundlage des Konzeptes *Family Health Nurse* – lt. Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – hin zur *Familiengesundheitspflege*.
- » Die gerontopsychiatrische Pflege steht als spezifisches Angebot landesweit zur Verfügung.
- » Die palliative Pflege (Palliative Care) ist in der nötigen Qualität und Quantität als Grundleistung in der Hauskrankenpflege integriert.
- » Im Rahmen der Entwicklung der Zentren für Primary Health Care (PHC-Zentren) thematisieren die Krankenpflegevereine den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich und stehen als eigenständige Kooperationspartner zur Verfügung (noch offen).
- » Die laufende Evaluierung (mind. alle zwei Jahre) anhand der Qualitätsstandards als wesentliche Grundlage für die Qualitätssicherung in der Hauskrankenpflege wird verbindlich von allen Krankenpflegevereinen umgesetzt (ab 2017).
- » Für die Pflegeleitung ist eine Qualifizierung für die Führungs- und Leitungsaufgaben verbindlich (ab 2020).
- » In größeren Krankenpflegevereinen und bei entsprechenden Rahmenbedingungen stehen für die Hauskrankenpflege Mitarbeitende mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus zur Verfügung, wobei der Anteil des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals – bezogen auf die Vollzeitäquivalente – mindestens zwei Drittel des Pflegepersonals beträgt (laufend).
- » Die Dienstleistungen der Hauskrankenpflege stehen bei Bedarf täglich (Montag bis Sonntag) von 7 bis 19 Uhr zur Verfügung ⇒ Modellprojekt in zwei Regionen ab 2018
- » Bei Krankenhausentlassungen führen die Krankenpflegevereine ein standardisiertes Aufnahmemanagement durch ⇒ Konzeptentwicklung: Aufnahmemanagement bis Ende 2018
- » Eine Bedarfsabklärung (Assessment) zur Erhebung der individuellen Bedarfslage bildet die Basis für die Pflegeplanung und stellt die nötige Transparenz für die Leistungserbringung (quantitativ und qualitativ) sicher ⇒ ab 2018.

³² Geschäftsbericht 2015 der Vorarlberger Gebietskrankenkasse

8.3.5 Ad-Hoc-Prognose

Nähere Ausführungen dazu im Kapitel 11 Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste.

Gemäß dem Prinzip „So viel wie möglich ambulant, so viel wie nötig stationär“ werden ambulante und teilstationäre Betreuungs- und Pflegeleistungen in Zukunft im Rahmen des Vorarlberg-Monitorings und bei der Bedarfs-Prognose intensiv Berücksichtigung finden. Im Rahmen der Ad-Hoc-Prognose erfolgt auf Basis der demografischen Entwicklung eine Weiterrechnung der IST-Situation im Jahr 2015 auf die Jahre 2020 und 2025. Die Basis der Ad-hoc-Prognose bildet die Anzahl an Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher der Pflegegeldstufe 3 bis 7 ab – unter der Annahme einer gleichbleibenden Pflegeintensität und Verweildauer und dem Szenario der relativen Kompression³³.

Tabelle 8.4 bildet die Anzahl betreuter Patientinnen/Patienten in der Hauskrankenpflege im Monat Dezember 2015 sowie die Ad-Hoc-Prognose für die Jahre 2020 und 2025 ab. Die Ad-Hoc-Prognose erfolgt für Vorarlberg insgesamt Zwischen dem Ist-Stand 2015 (Stichtag) und dem Jahr 2025 wird ein Anstieg an Patientinnen/Patienten um rund 17 Prozent angenommen.

Tabelle 8.4:

Hauskrankenpflege: Anzahl der Patientinnen/Patienten im Monat Dezember 2015 und Ad-hoc-Prognose zur Anzahl der Patientinnen/Patienten für die Jahre 2020 und 2025

Patientinnen/Patienten		
Ist-Stand	Ad-hoc-Prognose	
2015	2020	2025
4.808	5.260	5.600

Anmerkung:

In der Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015 wurden 4.765 Patientinnen/Patienten im Monat Dezember 2015 angeführt.

Quelle: Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung, Bedarfs und Entwicklungsplan (BEP) für die Jahre 2020 und 2025; Darstellung: GÖ FP

Gemäß *Sicherungs-, Aus- und Aufbaupläne 2017* des Amtes der Vorarlberger Landesregierung (Bericht 15. 8. 2016) werden zur Hauskrankenpflege folgende Pläne dargestellt:

³³ Szenario relative Kompression der Pflegebedürftigkeit entspricht der Kompressionshypothese, nach dieser tritt der Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit in einem höheren Alter auf. Der spätere Zeitpunkt wird mit der gesteigerten Lebenserwartung bemessen. Die Dauer der Pflegebedürftigkeit bleibt gleich, die Pflegebedürftigkeit verschiebt sich nach hinten (Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung – Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) für die Jahre 2020 und 2025, Vorarlberg 2016). Dies kann in besonderem Maße für die Gruppe der 75- bis 79-Jährigen gelten. Diese Gruppe ist in diesem Zusammenhang auch deshalb von Bedeutung, da sie im Jahr 2025 bei den 75+-Jährigen mit knapp 40 Prozent den größten Anteil darstellt.

Als Kriterium zur Ermittlung der notwendigen Anzahl an Pflegepersonen pro Krankenpflegeverein bzw. Region wurde vom Landesverband *Hauskrankenpflege Vorarlberg* ein Personalschlüssel ermittelt. Das ermittelte Soll an Dienstposten lt. Richtlinie beschreibt einerseits das quantitative Entwicklungsziel des Leistungsangebots und ist andererseits ein begrenzter Rahmen für die Förderung der Personalkosten.

Ziel dieser Förderung ist:

- » Sicherstellung eines verlässlichen und kontinuierlichen Angebots der Hauskrankenpflege auf regionaler Ebene
- » Aus- und Weiterbildung der Pflegepersonen
- » Verbesserung der Pflegebehelfsausstattung der Vereine
- » Ausbau der Zusammenarbeit mit Laiendiensten und anderen Fachdiensten zur Sicherung der ganzheitlichen Betreuung in der näheren Umgebung (insbesondere Abklärung, Koordination, Beratung von Angehörigen im Einzelfall)
- » Initiierung und Mitwirkung beim Aufbau organisierter Laiendienste durch Schulung von Laien
- » Verstärkung der regionalen Zusammenarbeit der Krankenpflegevereine zur Sicherung der Dienstleistung an Tagesrandzeiten (Abend, Nachtdienstbereitschaften), an Wochenenden (Bereitschaftsdienst), in Urlaubszeiten und bei länger dauernder Krankheit von Pflegekräften
- » Fachliche Beratung betreffend Pflege und Betreuung im Einzugsgebiet der Krankenpflegevereine

8.4 Mobile Sonderbereiche

8.4.1 Datengrundlagen

Zur Beschreibung der beiden Angebotsformen *Mobile Kinderkrankenpflege* und *Ambulante gerontopsychiatrische Hauskrankenpflege* stellte das Amt der Vorarlberger Landesregierung folgende Datengrundlagen zur Verfügung:

- » *Mobile Kinderkrankenpflege, connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH Vorarlberg, Jahresbericht 2015*
- » Projekt „*Kinderkrankenpflege Jänner 2001 bis August 2013*“, Sitzungsunterlage zu Tagesordnungspunkt 13 der 20. Sitzung der LGP am 16.12.2013
- » *Ambulante gerontopsychiatrische Pflege, connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege, Jahresbericht 2015*
- » *Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg Berichtsjahr 2015*

8.4.2 Mobile Kinderkrankenpflege

Die *Mobile Kinderkrankenpflege* ermöglicht schwerkranken Kindern und Jugendlichen eine ambulante Pflege. Die diplomierten Kinderkrankenschwestern stellen die häusliche medizinische Pflege und Fachkrankenpflege sicher³⁴.

Die Aufgaben der *mobilen Kinderkrankenpflege* sind:

- » Fachkundige Abklärung der Situation
- » Professionelle Betreuung und Pflege
- » Beratung und Unterstützung
- » Anleitung und Stärkung der Eltern bzw. der pflegenden Angehörigen
- » Überleitungspflege, Entlassungsmanagement
- » Kooperation mit und Vermittlung an andere Institutionen.

Zur Zielgruppe der Mobilen Kinderkrankenpflege zählen:

- » Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr
- » Kinder mit akuten bzw. chronischen Erkrankungen
- » Kinder mit Krebserkrankungen
- » Frühgeborene Kinder
- » Sterbende Kinder
- » und deren Eltern bzw. Betreuungspersonen.

Im Rahmen des Projekts *Mobile Kinderkrankenpflege* wurden die folgenden Projektziele festgelegt:

1. Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Kinder und Familien
2. Reibungsloser Übergang von der Spitalpflege in die häusliche Pflege
3. Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten
4. Sicherstellung einer häuslichen Fachkrankenpflege für Kinder und Jugendliche
5. Flächendeckendes Angebot der Mobilen Kinderkrankenpflege aus einer Hand zur Sicherung der landesweiten Versorgung in Vorarlberg.

Seit 2005 hat sich die Zahl der betreuten Kinder mehr als verdreifacht. Im Jahr 2015 wurden im Rahmen der Mobilen Kinderkrankenpflege 105 Kinder und Jugendliche in ganz Vorarlberg gepflegt (vgl. Tabelle 8.5)³⁵.

³⁴ Projekt „Kinderkrankenpflege Jänner 2011 bis August 2013“, Sitzungsunterlage zu Tagesordnungspunkt 13 der 20. Sitzung der LGP am 16.12.2013

³⁵ Quelle: *Mobile Kinderkrankenpflege, connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH Vorarlberg, Jahresbericht 2015*

Tabelle 8.5:

Mobile Kinderkrankenpflege: Anzahl betreute Kinder pro Bezirk 2015

Bezirk	Anzahl betreute Kinder
(801) Bludenz	13
(802) Bregenz	38
(803) Dornbirn	19
(804) Feldkirch	35
Vorarlberg	105

Quelle: Mobile Kinderkrankenpflege, Jahresbericht 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

44 Kinder wurden neu in die Betreuung aufgenommen, für 47 Kinder endete der Einsatz 2015. Davon sind vier Patienten verstorben, für 39 Patientinnen und Patienten war keine weitere Betreuung mehr nötig. Von den betreuten Kindern waren zu Betreuungsbeginn 44 Säuglinge, 36 Kinder waren ein bis zehn Jahre alt, 24 Patientinnen und Patienten waren über zehn Jahre alt, ein Patient war über 18 Jahre.

8.4.3 Ambulante gerontopsychiatrische Pflege

Das Projekt *Ambulante gerontopsychiatrische Pflege* ermöglicht gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen ein weitgehend selbstbestimmtes und selbständiges Leben im gewohnten Umfeld. Darüber hinaus sind Anleitung und Unterstützung der Angehörigen, der Betreuungs- und Pflegepersonen und der Fachkräfte in Sozial- und Gesundheitsdiensten von wesentlicher Bedeutung. Damit sollen die ambulante Versorgung von (älteren) Menschen mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung verbessert und stationäre Aufenthalte aufgrund unzureichender ambulanter Versorgung verhindert bzw. verkürzt werden³⁶. Entsprechend ausgebildetes Fachpersonal steht hierfür zusätzlich zur Verfügung. Derzeit läuft Projektphase 2 (bis 30. Juni 2017), der Rollout ist bis 2022 geplant³⁷.

Im Jahr 2015 wurden in insgesamt elf Gemeinden insgesamt 124 Klientinnen und Klienten betreut. Von Bedeutung ist, dass die Anzahl der Neuzugänge im Jahr 2015 doppelt so hoch war wie die Zahl der Abschlüsse im selben Jahr. Das bedeutet, dass sich per 31. 12. 2015 mehr als doppelt so viele Klientinnen und Klienten in Betreuung befanden als zum Stichtag des 31.12.2014 (vgl. Tabelle 8.6)³⁸.

³⁶ Vgl. Jahresbericht 2015 *Ambulante gerontopsychiatrische Pflege*, connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege

³⁷ *Pflegedienstleistungsstatistik Vorarlberg 2015*

³⁸ Vgl. Jahresbericht 2015 *Ambulante gerontopsychiatrische Pflege*, connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege

Tabelle 8.6:

Ambulante gerontopsychiatrische Pflege: Anzahl der betreuten Klientinnen und Klienten pro Bezirk 2014/2015

Bezirk	Stand 31. 12. 2014	Neuzugänge 2015	Betreute Klientin- nen/Klienten 2015	Abschlüsse 2015	Stand 31. 12. 2015
(803) Dornbirn	11	21	32	22	10
(804) Feldkirch	27	65	92	21	71
Vorarlberg	38	86	124	43	81

Quelle: Ambulante gerontopsychiatrische Pflege, Jahresbericht 2015, connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

9 Teilstationäre Tagesbetreuung

9.1 Datengrundlagen

Zur Beschreibung der Tagesbetreuung stellte das Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) folgende Datengrundlagen zur Verfügung:

- » Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg, Berichtsjahr 2015
- » Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg Jahresbericht 2015
- » connexia: Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf: Bericht 2015
- » Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung – Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) für die Jahre 2020 und 2025, Vorarlberg 2016

9.2 Versorgungssituation

Das Land Vorarlberg vertritt seit Jahren den Grundsatz „So viel wie möglich ambulant, so viel wie nötig stationär“. Damit wird auch dem Wunsch eines Großteils der Vorarlberger Bevölkerung entsprochen, so lange wie möglich mit ambulanter Unterstützung zu Hause leben zu können. Einen wichtigen Schritt in der Betreuungs- und Pflegepyramide zur Umsetzung dieses Grundsatzes bilden die teilstationären Tagesbetreuungen, die pflegenden Angehörigen entlasten (vgl. connexia 2016e).

Besucher/innen werden während des Tages betreut, wobei je nach Intensität bzw. Organisation der Tagesbetreuung qualifiziertes Pflegepersonal zumindest im Hintergrund zur Verfügung steht. Ziel dieser Tagesbetreuung soll es sein, einerseits den pflegenden Angehörigen Tagesfreizeit zu verschaffen und andererseits den betroffenen Personen einen abwechslungsreichen Tag mit Tagesstruktur zu bieten. Es wird zwischen zwei Arten der Tagesbetreuung unterschieden: jene, welche von ambulanten Dienstleistern (Mobiler Hilfsdienst, Krankenpflegeverein) angeboten wird und jene, welche von einer stationären Einrichtung (Pflegeheim) angeboten wird (vgl. connexia 2016e).

Insgesamt werden in der Tagesbetreuung rund 13.200 Besuchstage verzeichnet und 511 Gäste im Jahr 2015 betreut (vgl. Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015).

Rund 41 Prozent der erbrachten rund 105.860 Leistungsstunden in der Tagesbetreuung werden von Pflegeheimen, rund 27 Prozent von Sozialsprengeln, Sozialdiensten, Gemeinden durchgeführt, die übrigen rund 32 Prozent ungefähr je zur Hälfte von Mobilien Hilfsdiensten und Krankenpflegevereinen (vgl. connexia 2016e).

Im Segment Tagesbetreuung zeigen sich große regionale Unterschiede: während im Bezirk Feldkirch beispielsweise rund 5.900 Leistungsstunden pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren erbracht werden, sind dies in Bludenz nur 1.340 Leistungsstunden (vgl. Tabelle 9.1 bis Tabelle 9.3).

Tabelle 9.1:
Tagesbetreuung: Besuchstage pro Bezirk im Jahr 2015

Bezirk	Besuchstage	Besuchstage pro 1.000 EW 75+
(801) Bludenz	333	64,8
(802) Bregenz	1.822	183,4
(803) Dornbirn	1.152	178,3
(804) Feldkirch	9.926	1.347,5
Vorarlberg	13.232	457,9

Anmerkung:
Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren wurde von GÖ FP berechnet.

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015)
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 9.2:
Tagesbetreuung: Anzahl der Besucher/innen pro Bezirk 2015

Bezirk	Besucher/innen	Besucher/innen pro 1.000 EW 75+
(801) Bludenz	58	11,3
(802) Bregenz	138	13,9
(803) Dornbirn	91	14,1
(804) Feldkirch	224	30,4
Vorarlberg	511	17,7

Anmerkung:
Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren wurde von GÖ FP berechnet.

Quelle: connexia; Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf, Bericht 2015;
Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015)
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 9.3:

Tagesbetreuung: Anzahl der Leistungsstunden pro Bezirk 2015

Bezirk	Leistungsstunden	Leistungsstunden pro 1.000 EW 75+
(801) Bludenz	6.910,5	1.344,2
(802) Bregenz	34.653,0	3.488,3
(803) Dornbirn	20.873,3	3.231,7
(804) Feldkirch	43.422,0	5.894,9
Vorarlberg	105.858,8	3.662,9

Anmerkung:

Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren wurde von GÖ FP berechnet.

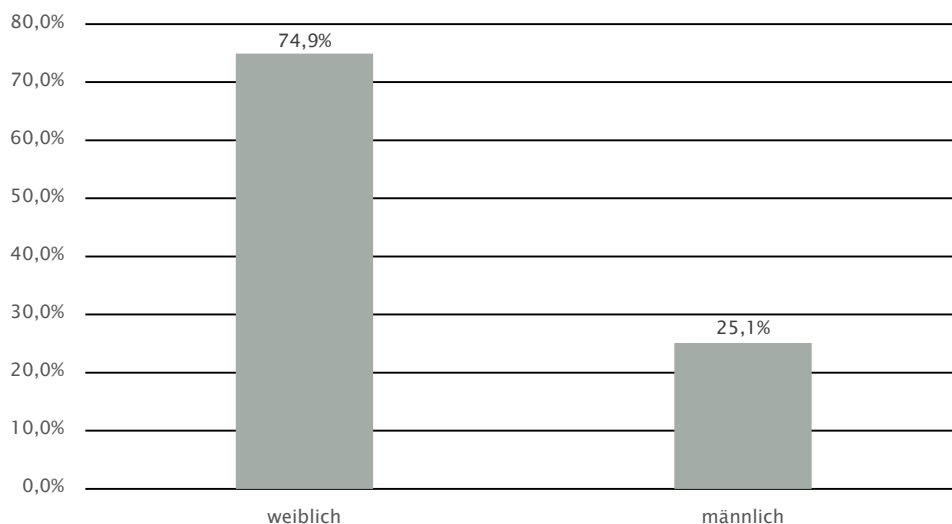
Quelle: connexia; *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*, Bericht 2015;
 Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015)
 Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Gäste

Fast drei Viertel der Gäste in der Tagesbetreuung sind weiblich (rund 75 Prozent) und 82 Prozent der Gäste sind 75 Jahre und älter. Von den Gästen, für die eine Pflegegeldeinstufung bekannt ist, sind rund 63 Prozent in den Pflegegeldeinstufen 1 bis 3 auf (=119), (vgl. Abbildung 9.1 bis Abbildung 9.3).

Abbildung 9.1:

Tagesbetreuung: Anzahl der Gäste nach Geschlecht in Prozent im Monat Dezember 2015

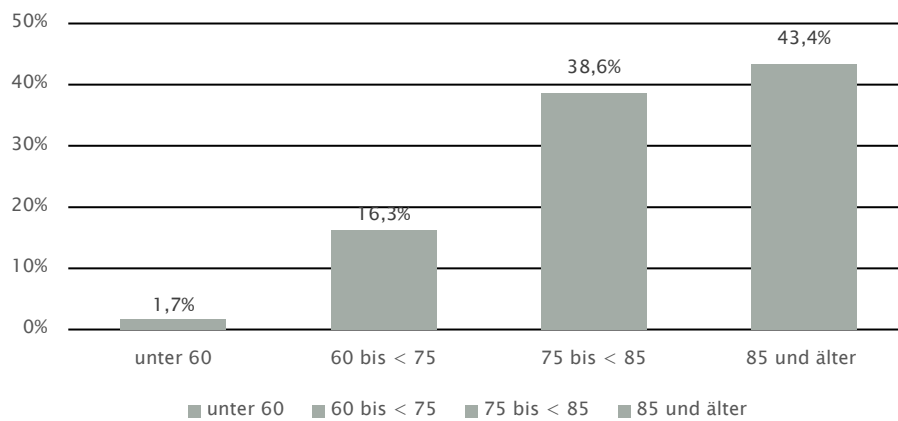


n = 295

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
 Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 9.2:

Tagesbetreuung: Anzahl der Gäste nach Altersgruppen in Prozent im Monat Dezember 2015

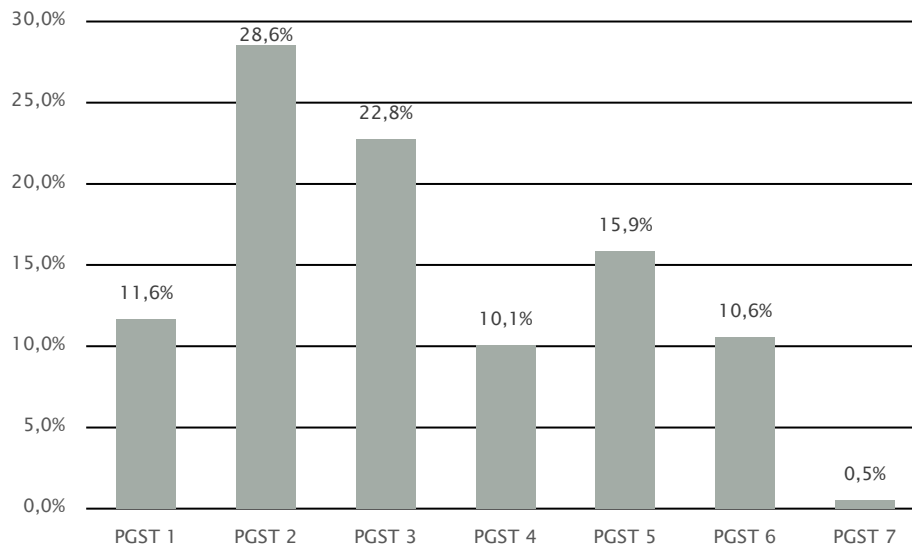


n = 295

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 9.3:

Tagesbetreuung: Anzahl der Gäste in Prozent nach Pflegegeldstufen (PGST) im Monat Dezember 2015



n = 189; Pflegegeldstufe „0“: 106

Anmerkung: Pflegegeldstufe „0“: Jene betreuten Personen, für die keine Pflegegeldstufenzuordnung vorliegt (weil sie z.B. kein Pflegegeld erhalten oder das Pflegegeldverfahren noch läuft), vgl. PDStV³⁹ 2012.

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

³⁹ PDStV = Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung

9.4 Ad-Hoc-Prognose

Nähere Ausführungen dazu im Kapitel 11 Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste.

Gemäß dem Grundsatz „So viel wie möglich ambulant, so viel wie nötig stationär“ werden ambulante und teilstationäre Betreuungs- und Pflegeleistungen in Zukunft im Rahmen des Vorarlberg-Monitorings und bei der Bedarfs-Prognose intensiv Berücksichtigung finden. Im Rahmen der Ad-Hoc-Prognose erfolgt auf Basis der demografischen Entwicklung eine Weiterrechnung der IST-Situation im Jahr 2015 auf die Jahre 2020 und 2025. Die Basis der Ad-hoc-Prognose bildet die Anzahl an Pflegegeldbezieher/innen der Pflegegeldstufen 3 bis 7, unter der Annahme eines gleichbleibenden Nachfrageverhaltens und dem Szenario der relativen Kompression⁴⁰.

Tabelle 9.4 bildet die Anzahl der Gäste in der Tagesbetreuung im Monat Dezember 2015 sowie die Prognose für die Jahre 2020 und 2025 ab. Die Ad-Hoc-Prognose erfolgt für Vorarlberg insgesamt. Zwischen dem Ist-Stand 2015 und dem Jahr 2025 wird ein Anstieg der Gäste um rund 19 Prozent angenommen.

Tabelle 9.4:
Tagesbetreuung: Anzahl Gäste im Monat Dezember 2015 sowie Prognose für die Jahre 2020/2025

Anzahl Gäste		
Ist-Stand	Ad-hoc-Prognose	
2015	2020	2025
295	330	350

Quelle: Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung *Bedarfs- und Entwicklungsplan* (BEP) für die Jahre 2020 und 2025; Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa); Darstellung: GÖ FP

⁴⁰ Szenario relative Kompression der Pflegebedürftigkeit entspricht der Kompressionshypothese, nach dieser tritt der Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit in einem höheren Alter auf. Der spätere Zeitpunkt wird mit der gesteigerten Lebenserwartung bemessen. Die Dauer der Pflegebedürftigkeit bleibt gleich, die Pflegebedürftigkeit verschiebt sich nach hinten (Bericht: *Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung - Bedarfs- und Entwicklungsplan* (BEP) für die Jahre 2020 und 2025, Vorarlberg 2016). Dies kann in besonderem Maße für die Gruppe der 75- bis 79-Jährigen gelten. Diese Gruppe ist in diesem Zusammenhang auch deshalb von Bedeutung, da sie im Jahr 2025 bei den 75+ -Jährigen mit knapp 40 Prozent den größten Anteil darstellt.

9.5 Gerontopsychiatrische Kompetenz in den Einrichtungen der Tagesbetreuung⁴¹

Aufgrund der Entwicklung der mobilen Dienste und der Hauskrankenpflege ist es in Vorarlberg möglich, den größten Teil der pflegebedürftigen Menschen zu Hause zu pflegen. Erfolgsfaktoren sind die konsequente Orientierung am Nahraum, das flächendeckende Angebot, das Solidaritätsmodell der Hauskrankenpflege sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Um dieses Angebot zu unterstützen wurde die Tagesbetreuung eingerichtet. Durch die Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Kompetenz an verschiedenen Standorten der Tagesbetreuung soll es zukünftig auch möglich sein, Menschen mit fortgeschrittenen gerontopsychiatrischen Erkrankungen am Tag zu betreuen und damit die häusliche Pflege zu unterstützen. Das Bereitstellen eines bedarfsgerechten flächendeckenden Angebotes ist geplant. Dazu ist eine Kategorisierung des Angebotes Voraussetzung. Zukünftig werden die Einrichtungen in Angebote mit

- » Bundespflegegeldstufe 3 und höher,
- » Bundespflegegeldstufe 1 bis max. 3 und
- » Angeboten mit „Freizeitcharakter“
unterteilt.

⁴¹ Quelle: Information von Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (Iva) zur Verfügung gestellt

10 Alternative Wohnformen

10.1 Datengrundlagen

Zur Beschreibung der Alternativen Wohnformen stellte das Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) folgende Datengrundlagen zur Verfügung:

- » Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg, Berichtsjahr 2015
- » Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg, Jahresbericht 2015
- » connexia: Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf, Bericht 2015
- » Informationen zu Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen in Vorarlberg, 2016
- » Wohnbauförderung Vorarlberg: Wohnungsvergaberichtlinie 2015 für integrative Miet- und Mietkaufwohnungen und betreute Wohnungen, 2015
- » Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung – Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) für die Jahre 2020 und 2025, Vorarlberg 2016

Im Folgenden werden die Angebote *Ambulant betreute Wohnungen* und *Betreute Wohngemeinschaften* beschrieben.

10.2 Versorgungssituation

Im Bereich alternative Wohnformen werden ambulant betreute Wohnungen für ältere Menschen und betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen beschrieben.

10.2.1 Ambulant betreute Wohnungen für ältere Menschen

Unter dem Leistungsangebot *ambulant betreutes Wohnen* werden in Vorarlberg Wohnungen mit unterschiedlichen Betreuungskonzepten angeboten. Im Vordergrund steht die Absicht, so lange wie möglich selbstbestimmt in der eigenen Wohnung verbleiben zu können. Die Wohnungen erfüllen Mindeststandards in der Barrierefreiheit. Ein Betreuungsvertrag schafft Verbindlichkeit für Mieterin und Mieter (vgl. connexia 2016e).

Ambulant betreutes Wohnen wird in drei verschiedenen Angebotsformen angeboten (vgl. connexia 2016e; connexia 2016d).

Ambulant betreutes Wohnen

- » Mehrgenerationen-Wohnanlagen: Junge Familien und ältere Menschen bewohnen in einem ausgewogenen Verhältnis eigene Wohnungen. Ein hoher Grad an Nachbarschaftshilfe ist möglich. Ziel ist ein lebendiges, solidarisches Zusammenleben zwischen Mieterinnen und Mietern und gegenseitige Hilfestellung, möglichst ohne professionelle Hilfeleistung.
- » Eigenständige betreute Wohnanlagen: Altersgerechte Wohnungen sind in einer Wohnanlage zusammengefasst, ergänzt durch Gemeinschaftsräumlichkeiten. Eine Bezugsperson ist regelmäßig vor Ort und berät die Bewohner/innen. Hilfe zur Selbsthilfe steht zur Verfügung, Freizeitaktivitäten werden organisiert, auch Hilfeleistungen werden vermittelt. Mit der Wohnung ist ein Angebot an Betreuungs- und Pflegeleistungen, die als Grund- und Wahlleistung angeboten werden, kombiniert. In der Regel ist in der Nacht keine Betreuung vorhanden.
- » Barrierefreies Wohnen für ältere Menschen: Es handelt sich in den meisten Fällen um Seniorenwohnungen, die Barrierefreiheit aufweisen und älteren Menschen zur Verfügung stehen. Wenn Betreuung und Pflege erforderlich sind, erfolgt dies über ambulante Dienste. Diese barrierefreien Wohnungen, welche durch die Wohnbauförderung (Förderungskredit und Anuitätenzuschüsse zur Absenkung der Mieten) für die Betroffenen leistbar sind, stellen eine Integration in ein normales Wohnumfeld sicher.

Heimgebundenes betreutes Wohnen

Darüber hinaus besteht im Segment *Ambulant betreute Wohnen für ältere Menschen* mit dem Heimgebundenen betreutem Wohnen ein weiteres Angebot (vgl. *connexia 2016e*; *connexia 2016d*).

Diese Wohn-Form unterscheidet sich vom betreuten Wohnen nur darin, dass die Verantwortung für die Wohnungen bei einem Pflegeheim liegt. Meist befinden sich die Wohnungen auch in der Nähe eines Pflegeheims. Bewohnende haben die Möglichkeit, von den Angeboten zu partizipieren, sie können gut in die Gemeinschaft einer Gesamtorganisation integriert werden. Oft werden von den Bewohnenden kleine Aufgaben im Rahmen des Heimalltags übernommen. Grund- und Wahlleistungen werden vom Pflegeheim gestellt.

Tabelle 10.1 bildet die Versorgung mit ambulant betreuten Wohnungen für ältere Menschen pro Bezirk im Jahr 2015 ab. Insgesamt stehen in den oben beschriebenen drei Angebotsformen 417 Wohnungen zur Verfügung, das sind 14,4 Wohnungen pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren. Innerhalb des Segments *ambulant betreute Wohnungen für ältere Menschen* weist das heimgebundene betreute Wohnen die höchste Versorgungsdichte auf (7,7 Wohnungen pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren).

Für den Angebotsbereich *ambulant betreute Wohnungen* stehen keine Informationen zu Bewohnerinnen/Bewohnern und zur Prognose zur Verfügung.

Tabelle 10.1:

Ambulant betreute Wohnungen für ältere Menschen: Anzahl der Wohnungen und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren pro Bezirk per 31.12.2015

Bezirk	Mehrgenerationen Wohnanlagen		Eigenständige betreute Wohnanlagen		Barrierefreies Wohnen für ältere Menschen		Heimgebundenes betreutes Wohnen		Gesamt	
	absolut	pro 1.000 EW 75 +	absolut	pro 1.000 EW 75 +	absolut	pro 1.000 EW 75 +	absolut	pro 1.000 EW 75 +	absolut	pro 1.000 EW 75 +
(801) Bludenz	20	3,9	13	2,5	12	2,3	59	11,5	104	20,2
(802) Bregenz	27	2,7	-	-	52	5,2	60	6,0	139	14,0
(803) Dornbirn	-	-	-	-	16	2,5	88	13,6	104	16,1
(804) Feldkirch	41	5,6	-	-	14	1,9	15	2,0	70	9,5
Vorarlberg	88	3,0	13	0,4	94	3,3	222	7,7	417	14,4

Anmerkung:

Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren wurde von GÖ FP berechnet.

Quelle: connexia; *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*, Bericht 2015;
 Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015)
 Berechnung und Darstellung: GÖ FP

10.2.2 Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen

Als ergänzender Teil im bedarfsgerechten differenzierten Vorarlberger Betreuungs- und Pflegeangebot wurde in den letzten Jahren das Angebot *Wohngemeinschaften für Seniorinnen und Senioren* entwickelt. In diesen Wohngemeinschaften wohnen Menschen, die nicht mehr selbständig wohnen können, aber noch keine, oder nur ganz wenig pflegerische Leistungen benötigen. Die Personalpräsenz für die Pflege ist täglich sichergestellt. Betreuungsleistung steht ganztägig – zwischen zehn und zwölf Stunden – bedarfsgerecht zur Verfügung (vgl. connexia 2016e).

In dieser Betreuungsform dürfen derzeit nur jene ältere Menschen betreut werden, deren Betreuungsbedarf in einem Pflegeheim in der Pflegeeinstufung nach ARGE Heim- und Pflegeleitung⁴² 1 bis 3, bzw. nur kurzfristig auf Grund besonderer Situationen darüber liegt. Eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit wird mit Unterstützung der Hauskrankenpflege und/oder Kooperationen mit Pflegeheimen bewerkstelligt. Bei einer länger andauernden erhöhten Pflegebedürftigkeit müssen die Seniorinnen/Senioren in ein Pflegeheim verlegt werden (vgl. connexia 2016e).

Das Angebot schließt die Lücke zwischen dem „betreuten Wohnen“ und der stationären Pflege im Pflegeheim. Es ist kombinierbar mit ambulanter Betreuung und Pflege, Tagesbetreuung, Übergangspflege und Urlaubspflege. Bei Aufnahme und Beendigung wird das Case Management einbezogen (vgl. *Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen in Vorarlberg*, 2016).

Ziele, Zielgruppen und Ausschließungspunkte können folgendermaßen zusammengefasst werden (vgl. *Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen in Vorarlberg*, 2016):

Ziele

- » Erhalt der Selbständigkeit wie auch die nachbarschaftliche Hilfestellung zu fördern und zu erreichen. Die damit verbundenen Risiken werden in Kauf genommen, weil sie dem „normalen“ Leben entsprechen.

Zielgruppe(n):

- » Menschen im Alter ab 65 Jahren (Ausnahmen sind möglich)
- » Menschen die,
 - » nicht allein sein können (keine Tagesstruktur, Verwahrlosungsgefahr, Drehtüreffekte bei Krankenhaus-Aufenthalten)
 - » keine dauerhaft angelegte professionelle Betreuung und/oder Pflege brauchen
 - » dauerhafte Unterstützung bei der Gestaltung der Tagesstruktur benötigen
 - » die Tagesorientierung großteils verloren haben,

⁴² Die Pflegeeinstufung der ARGE Heim- und Pflegeleitung in 7 Stufen der Pflegebedürftigkeit ist nicht identisch mit der 7-stufigen Skala nach dem Bundespflegegeldgesetz.

- » Pflegestufen 1 bis 3 nach ARGE Heim- und Pflegeleitungen aufweisen.

Nicht aufgenommen können Menschen werden,

- » die nachts eine Unterstützung benötigen und/oder bei welchen ein erhöhtes Sturzrisiko besteht
- » die voraussichtlich dauerhaft (über 3 Monate) in den Pflegestufen 4 bis 7 nach ARGE-Heim- & Pflegeleitungen-Einstufung eingestuft werden.

Beendigung:

- » Selbstgefährdung
- » Fremdgefährdung
- » ARGE-Stufe höher 3 und länger als 3 Monate

Tabelle 10.2 bildet die Plätze in betreuten Wohngemeinschaften für ältere Menschen im Jahr 2015 bzw. die Prognose für die Jahre 2020 und 2025 ab. Insgesamt stehen der Vorarlberger Bevölkerung 113 Plätze in betreuten Wohngemeinschaften zur Verfügung (das sind 4,8 Plätze pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren). Zwischen den Bezirken ist das Angebot relativ ausgewogen (mit Ausnahme von Bludenz, wo es im Jahr 2015 keine Plätze gab): die Spannweite reicht von 4,3 (Dornbirn) bis 5,3 Plätze pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren in Feldkirch.

Tabelle 10.2:

Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen: IST-Stand Plätze per 31.12.2015

Bezirk	Plätze 2015	
	absolut	pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren
(801) Bludenz	0	-
(802) Bregenz	46	4,6
(803) Dornbirn	28	4,3
(804) Feldkirch	39	5,3
Vorarlberg	113	4,8

Anmerkung:

Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren wurde von GÖ FP berechnet.

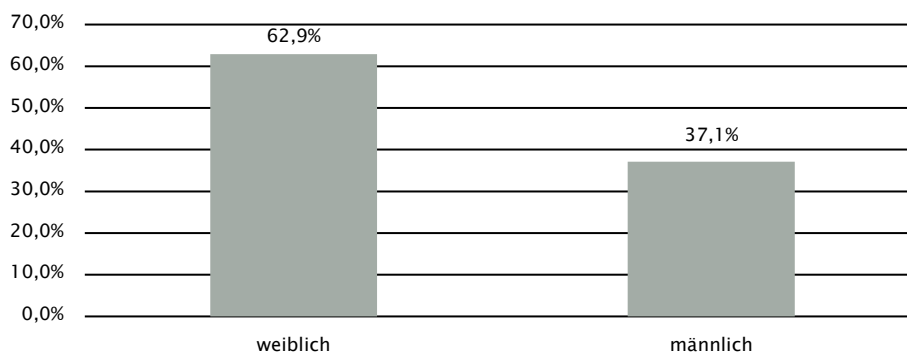
Quelle: connexia; *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*, Bericht 2015; Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa); Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015) Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Bewohnerinnen/Bewohner

63 Prozent (= 61) der Menschen in den betreuten Wohngemeinschaften sind weiblich. Knapp mehr als die Hälfte der Bewohner/innen ist 75 Jahre und älter (52 %, 50 Personen). Entsprechend der Zielrichtung dieses Angebots wird dieses von jüngeren Personen, die noch keine oder nur ganz

wenig pflegerische Leistungen benötigen, in Anspruch genommen. Von den Bewohnerinnen/Bewohnern, für die eine PflegegeldEinstufung bekannt ist, weisen fast zwei Drittel oder 63,9 Prozent (55 Personen) die Pflegegeldstufe 3 auf (vgl. Abbildung 10.1 und Abbildung 10.2).

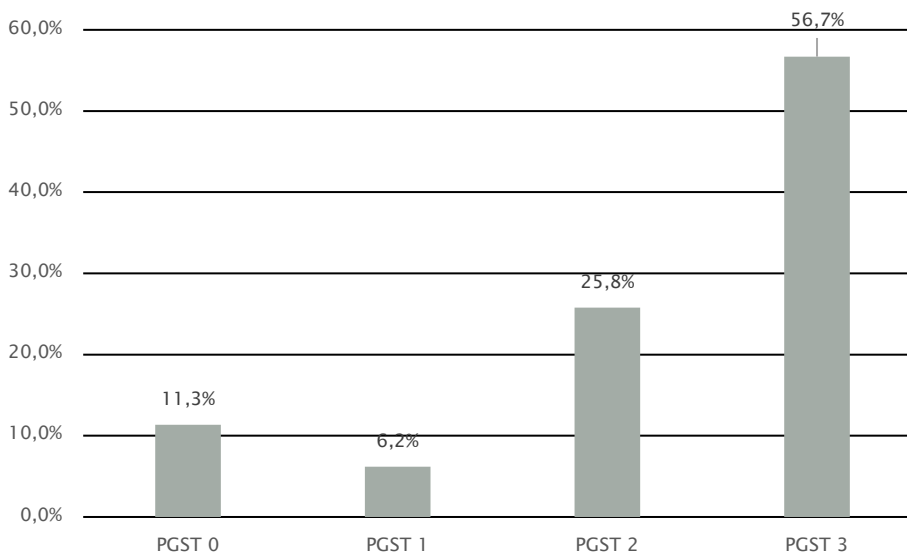
Abbildung 10.1:
Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen: Bewohner/innen nach Geschlecht in Prozent per 31.12.2015



n = 97

Quelle: connexia; *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*, Bericht 2015; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 10.2:
Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen: Bewohner/innen nach Pflegegeldstufe (PGST) in Prozent per 31.12.2015



n = 97

Quelle: connexia; *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*, Bericht 2015; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

10.2.3 Ad-Hoc-Prognose

Nähere Ausführungen dazu im Kapitel 11 Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste.

Gemäß dem Prinzip „So viel wie möglich ambulant, so viel wie nötig stationär“ werden ambulante und teilstationäre Betreuungs- und Pflegeleistungen in Zukunft im Rahmen des Vorarlberg-Monitorings und bei der Bedarfs-Prognose intensiv Berücksichtigung finden. Im Rahmen der Ad-Hoc-Prognose erfolgt auf Basis der demografischen Entwicklung eine Weiterrechnung der IST-Situation im Jahr 2015 auf die Jahre 2020 und 2025. Die Basis der Ad-hoc-Prognose bildet die Annahme, dass für 0,13 Prozent der Bevölkerung ab 50 Jahren ein Platz zur Verfügung steht. Diese Annahme wurde nach dem Erfahrungswert aus der Planungsregion Kuppenberg getroffen.

Tabelle 10.3 bildet die Anzahl an Plätzen im Segment betreute Wohngemeinschaften per Stichtag 31. 12. 2015 sowie die Ad-hoc-Prognose für die Jahre 2020 und 2025 ab. Zwischen dem Ist-Stand 2015 und dem Prognose-Wert 2025 wird fast eine Verdoppelung (plus rund 90 Prozent) der Plätze abgebildet.

Tabelle 10.3:
Betreute Wohngemeinschaften: Anzahl Plätze per 31. 12. 2015 sowie Prognose für die Jahre 2020/2025

Anzahl Plätze		
Ist-Stand	Ad-hoc-Prognose	
2015	2020	2025
113	200	215

Quelle: Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung *Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP)* für die Jahre 2020 und 2025;
Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa);
Darstellung: GÖ FP

11 Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste

11.1 Pflegeheime

11.1.1 Datengrundlagen

Zur Beschreibung der Pflegeheime stellte das Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) folgende Datengrundlagen zur Verfügung:

- » Pflegedienstleistungsdatenbank, Berichtsjahr 2015
- » connexia: Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg Bericht 2015
- » connexia: Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf, Bericht 2015
- » BMSAK: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015
- » Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung – Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) für die Jahre 2020 und 2025, Vorarlberg 2016

11.1.2 Versorgungssituation

Demografische Entwicklungen haben nachhaltige Auswirkungen auf die stationäre Langzeitpflege, innovative, zukunftsorientierte Lösungen sind daher zu entwickeln. Um dieses Ziel zu erreichen, steht im Fokus ein positiv und intensiv geführtes Netzwerk mit allen Gesundheits- und Sozialpartnern im Land und über die Grenzen hinaus zu etablieren (vgl. connexia 2016e).

Für jene pflegebedürftigen Menschen, die nicht mehr zu Hause betreut und gepflegt werden können, stehen im Land Vorarlberg 51 Pflegeheime mit 2.369 Betten (2.344 Pflegeheimplätze und 25 Wohnplätze⁴³) zur Verfügung. Pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren stehen rund 81 Pflegeheimplätze zur Verfügung (vgl. Tabelle 11.1). Die Versorgungsdichte schwankt zwischen rund 100 Plätzen (Bregenz) und rund 70 Plätze (Dornbirn).

Tabelle 11.1:

Pflegeheime: Wohnplätze/Pflegeheimplätze (inkl. Kurzzeitpflege) pro Bezirk und Vorarlberg insgesamt, absolut und pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahre per 31.12.2015

Bezirk	Wohnplätze 2015	Pflegeheimplätze 2015	
	absolut	absolut	pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren
(801) Bludenz	0	393	76,4
(802) Bregenz	11	968	97,4
(803) Dornbirn	8	452	70,0
(804) Feldkirch	6	531	72,1
Vorarlberg	25	2344	81,1

Anmerkungen: Für Wohnplätze wurde aufgrund der geringen Anzahl keine Versorgungsdichte berechnet. Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren wurde von GÖ FP berechnet.

Quelle: connexia: *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*, Bericht 2015; Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa); Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015) Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 11.2 bildet die Anzahl der Verrechnungstage pro Bezirk bzw. Versorgungsregion ab: analog zur Versorgungsdichte wurden im Bezirk Bregenz die meisten Verrechnungstage verzeichnet.

Tabelle 11.2:

Pflegeheime: Anzahl der Verrechnungstage pro Bezirk absolut und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren im Jahr 2015

Bezirk	Verrechnungstage	
	absolut	pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren
(801) Bludenz	106.232	20.664
(802) Bregenz	259.621	26.135
(803) Dornbirn	115.279	17.848
(804) Feldkirch	141.763	19.246
Vorarlberg	622.895	21.553

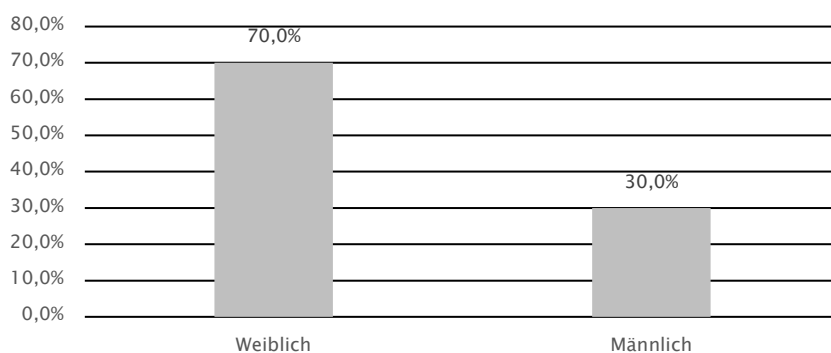
Anmerkung: Verrechnungstage: Anzahl der mit der Mindestsicherung verrechneten Bewohntage im Berichtszeitraum 1. 1.–31. 12. 2015

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015) Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Klientinnen/Klienten

70 Prozent der Klientinnen/Klienten in den Pflegeheimen sind weiblich (1.216), fast drei Viertel aller Pflegeheimbewohner/innen sind 75 Jahre und älter (73,6 %, 1.278) und rund 65 Prozent (64,9, 1.065) sind in den Pflegegeldstufen 4 bis 7 (vgl. Abbildung 11.1 bis Abbildung 11.3).

Abbildung 11.1:
Pflegeheime: Klientinnen/Klienten nach Geschlecht in Prozent per 31.12.2015



n = 1.736

Anmerkungen: Anzahl der Klientinnen/Klienten: Im Rahmen der Mindestsicherung betreuten Personen, die zum Stichtag 31.12.2015 in einem Vertragsverhältnis im Zusammenhang mit dem jeweiligen Betreuungs- und Pflegedienst standen (vgl. § 2 Z 7 PDStV⁴⁴ 2012).

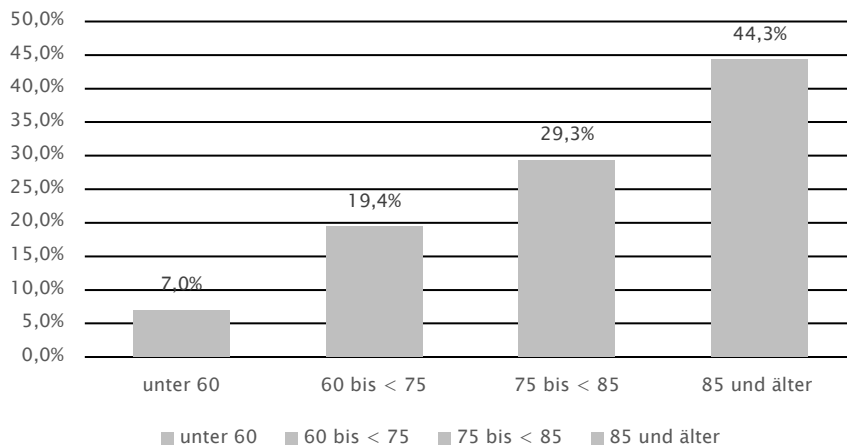
Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

⁴³ Auf den bestehenden Altersheimplätzen dürfen nur Klientinnen/Klienten bis inklusive Pflegeheimstufe 3 aufgenommen werden (vgl. connexia: *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*, Bericht 2015)

⁴⁴ PDStV = Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung

Abbildung 11.2:

Pflegeheime: Klientinnen/Klienten nach Altersgruppe in Prozent per 31.12.2015



n = 1.736

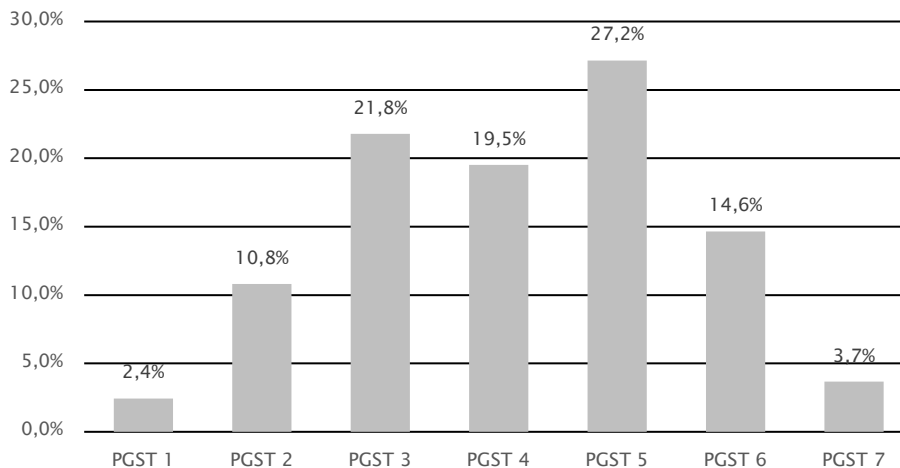
Anmerkungen: Anzahl der Klientinnen/Klienten: Im Rahmen der Mindestsicherung betreuten Personen, die zum Stichtag 31.12.2015 in einem Vertragsverhältnis im Zusammenhang mit dem jeweiligen Betreuungs- und Pflegedienst standen (vgl. § 2 Z 7 PDStV⁴⁵ 2012).

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

⁴⁵ PDStV = Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung

Abbildung 11.3:

Pflegeheime: Klientinnen/Klienten nach Pflegegeldstufe (PGST) in Prozent per 31.12.2015



n = 1.639; Pflegegeldstufe „0“: 97

Anmerkungen: Anzahl der Klientinnen/Klienten: Im Rahmen der Mindestsicherung betreuten Personen, die zum Stichtag 31.12.2015 in einem Vertragsverhältnis im Zusammenhang mit dem jeweiligen Betreuungs- und Pflegedienst standen (vgl. § 2 Z 7 PDStV⁴⁶ 2012).

Pflegegeldstufe „0“: Jene betreuten Personen, für die keine Pflegegeldstufenzuordnung vorliegt (weil sie z.B. kein Pflegegeld erhalten oder das Pflegegeldverfahren noch läuft), vgl. PDStV⁴⁷ 2012.

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Personal

In den Pflegeheimen in Vorarlberg arbeiteten im Jahr 2015 rund 1.290 vollzeitbeschäftigte⁴⁸ Personen in den Berufskategorien (vgl. Abbildung 11.4):

- » Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege: rund 418 vollzeitbeschäftigte Personen, davon rund 44 Pflegedienstleitungen sowie 374 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte,
- » 757 Pflegeassistentinnen/-assistenten / Diplom-Sozialbetreuer/innen (A/BA/F)⁴⁹/ Fach-Sozialbetreuer/innen (A/BA)

⁴⁶ PDStV = Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung

⁴⁷ PDStV = Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung

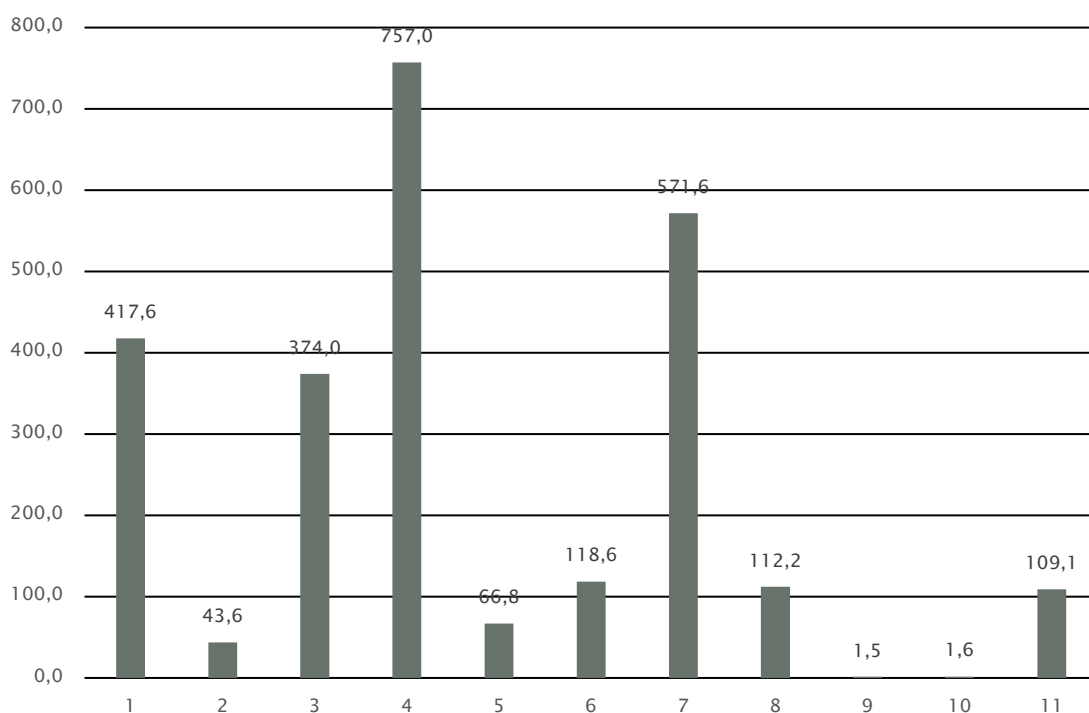
⁴⁸ In der Quelle *connexia; Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*, Bericht 2015 sind sogenannte Stellenprozent angeführt. Diese wurden mit der Formel [Stellenprozent/100] in Vollzeitäquivalente umgerechnet.

⁴⁹ A/BA/F = Altenarbeit, Behindertenarbeit, Familienarbeit

- » rund 112 Betreuungspersonen mit Berechtigung zur Basisversorgung nach GuKG (davon Diplom-Sozialbetreuer/innen (BB)⁵⁰ 1,5 und Fach-Sozialbetreuer/innen (BB)⁵⁰ 1,6 sowie Heimhelfer/innen 109,1).

Die Berufsgruppe der Pflegeassistentinnen/Pflegeassistenten (inkl. Diplom-Sozialbetreuer/innen/ Fach-Sozialbetreuer/innen) stellt davon den größten Anteil, und zwar rund 59 Prozent (757 Personen) dar.

Abbildung 11.4:
Pflegeheime: Anzahl der Vollzeitäquivalente pro Berufskategorie 2015



n = 1.286,8

Anmerkungen:

1 = Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Summe), 2 = Pflegedienstleitungen, 3 = Diplomierte/r Gesundheitskrankenschwester/in, 4 = Pflegeassistent (inkl. Diplom-SB, Fach-SB; Summe), 5 = Diplom-Sozialbetreuer/in (A/BA/F), 6 = Fachsozialbetreuer/in (A/BA), 7 = Pflegeassistent, 8 = Betreuungspersonal mit Berechtigung zur Basisversorgung nach GuKG (Summe), 9 = Diplom-Sozialbetreuer/in (BB), 10 = Fach-Sozialbetreuer/in (BB), 11 = Heimhelfer/in

Diplom-SB = Diplom-Sozialbetreuer/in, Fach-SB = Fachsozialbetreuer/in

Pflegedienstleitungen (PDL): Hier sind PDL mit Sonderausbildung nach GuKG und Pflegedienstleitungen inkludiert, für die die Übergangsbestimmungen des § 19 Abs. 5 (Vorarlberger Pflegeheimgesetz) gelten.

A = Altenarbeit, BA = Behindertenarbeit, F = Familienarbeit, BB = Behindertenbegleitung

Vollzeitäquivalente: mit der Formel [Stellenprozent/100] errechnet

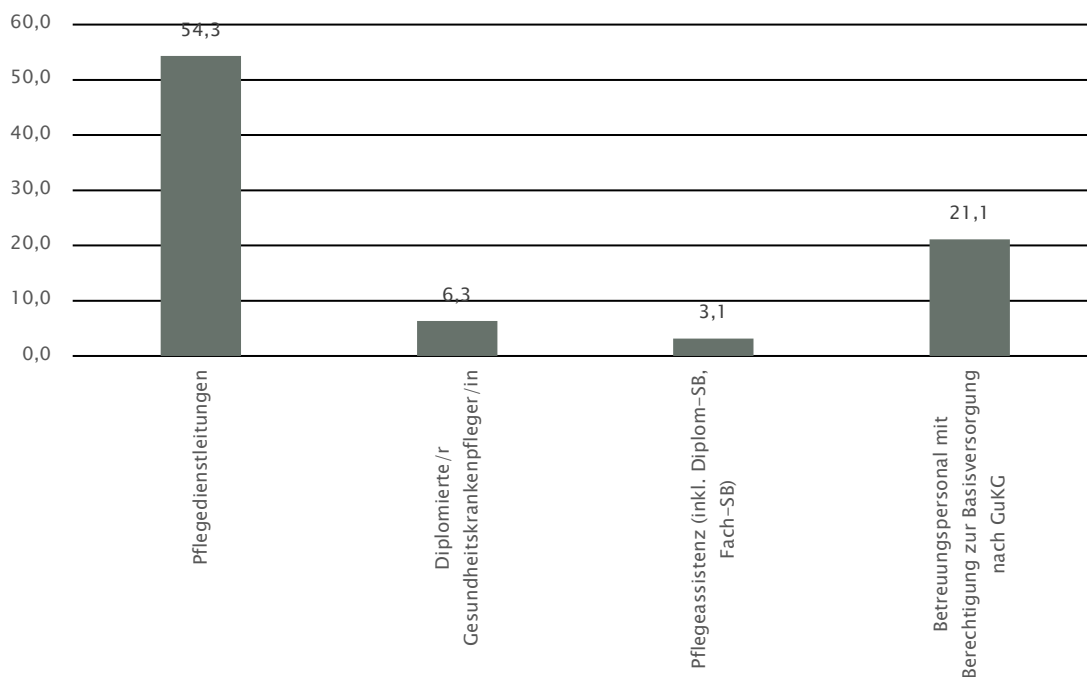
Quelle: connexia; *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*, Bericht 2015; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

⁵⁰ BB = Behindertenbegleitung

In den Pflegeheimen (Wohn- und Pflegeheimplätze gesamt) liegt der Personalschlüssel (Vollzeitperson pro Platz) im Bereich diplomierte Gesundheits- und Pflegepersonal (ohne Pflegedienstleitung) pro einer Vollzeitperson bei 6,3 Plätzen, in den Bereichen Pflegeassistenteninnen/-assistenten / Diplom-Sozialbetreuer/innen (A/BA/F / Fach-Sozialbetreuer (A/BA) pro einer Vollzeitperson bei 3,1 Plätzen und in den Berufsgruppen Heimhelfer/innen / Diplom-Sozialbetreuer/innen (BB) / Fach-Sozialbetreuer/innen (BB) pro einer Vollzeitperson bei 21,1 Plätzen (vgl. Abbildung 11.5).

Abbildung 11.5:

Pflegeheime⁵¹: Pflegeheimplätze* pro vollzeitbeschäftigte Person im Jahr 2015



n = 1.286,7

* = Wohn- und Pflegeheimplätze

Diplom-SB = Diplom-Sozialbetreuer/in, Fach-SB = Fachsozialbetreuer/in

Anmerkungen: Pflegedienstleitungen (PDL): inkludiert PDL mit Sonderausbildung nach GuKG und jene Pflegedienstleitungen, für die die Übergangsbestimmungen des § 19 Abs 5 (Vorarlberger Pflegeheimgesetz) gelten.

A = Altenarbeit, BA = Behindertenarbeit, F = Familienarbeit, BB = Behindertenbegleitung

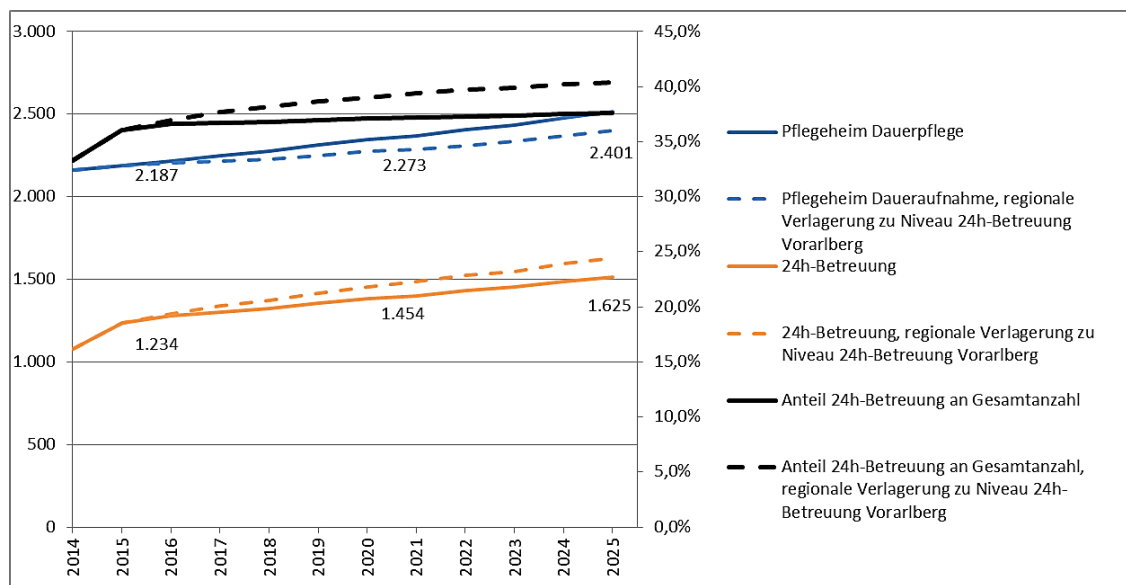
Quelle: connexia: *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*, Bericht 2015; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

⁵¹ Inkl. 25 Wohnplätze

11.1.3 Prognose

Um den Bedarf an Pflegeheimplätzen mit berücksichtigter Entwicklung der 24h-Betreuung prognostizieren zu können, wurde die Anzahl der Pflegegeldempfänger/-innen als Basis verwendet (vgl. Abbildung 11.6).

Abbildung 11.6:
Prognose Dauerpflege in Verbindung mit 24h-Betreuung, relative Kompression und regionale Verlagerung zu Niveau 24h-Betreuung Vorarlberg



linke Y-Achse: Anzahl Pflegeheimplätze und Anzahl 24h-Betreuung, rechte Y-Achse: Anteil 24-Betreuung

Quelle: Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung: In: *Bedarfs und Entwicklungsplan (BEP) für die Jahre 2020 und 2025*

Erläuterung

Die durchgehenden Linien bilden den rechnerisch prognostizierten Bedarf an Dauerpflege im Pflegeheim und 24h-Betreuung unabhängig voneinander ab.

Die strichlierten Linien zeigen den rechnerisch prognostizierten Bedarf an Dauerpflege in Verbindung mit 24h-Betreuung auf, basierend auf einer Sättigungs-Annahme für die 24h-Betreuung. Ausgangspunkt für diese Variante ist die Prävalenz für die 24h-Betreuung (Anteil Personen in 24h-Betreuung an Bevölkerung) der Altersgruppe 75+ in Vorarlberg. Die Prävalenz betrug in Vorarlberg im Jahr 2015 3,56 Prozent, in der Altersgruppe 75+ befanden sich somit 3,56 Prozent der Personen 75+ in geförderten 24h-Betreuungen. Zehn der Planungsregionen lagen unter dem Wert von Vorarlberg, bei diesen Regionen wurde der Prävalenzwert jährlich um 0,1 Prozent bis zum Erreichen des Vorarlberg-gesamt-Niveaus erhöht.

Da ein weiterer starker Anstieg (wie in den letzten beiden Jahren) der 24h-Betreuung durch eine in einigen Planungsregionen ggf. bereits eingetretene Sättigung vermutlich auszuschließen ist, wurde das Szenario „relative Kompression – regionale Verlagerung zu Niveau 24h-Betreuung Vorarlberg“ (strichlierte Linie) als am wahrscheinlichsten angesehen und für die Prognose herangezogen. (Quelle: Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung, *Bedarfs und Entwicklungsplan (BEP)* für die Jahre 2020 und 2025). Siehe dazu die nachfolgende Tabelle 11.3 mit den prognostizierten Bedarfsgrößen.

Information zur wissenschaftlichen Methodik

Für die rechnerische Prognose wurden die eingangs beschriebenen Stellgrößen und – hier in Kurzform dargestellten – Methoden angewendet:

- » Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2014, Hauptszenario (mittlere Fertilität, Lebenserwartung, Zuwanderung), Prognosezeitraum 2016–2035, Quelle: *Landesstatistik Vorarlberg*, basierend auf *ÖROK-Prognose – Statistik Austria*
- » Basisperiode 2007–2015, Projektionshorizont 2016–2025
- » Es gilt das Herkunftsprinzip, d. h. die Planungsregion wird durch den früheren Wohnort bestimmt und nicht durch den Ort der Pflegeleistung (z. B. Standort des Pflegeheimes).
- » Aufgrund der regionalen Disparitäten: Prognose nach dem Bottom-up-Prinzip (Ergebnis für Vorarlberg ergibt sich aus Summe der Planungsregionen).
- » Pflegebedarfsquote nach den Merkmalen Altersgruppe x Planungsregionen x Geschlecht; aufgrund der zweimaligen Änderung der notwendigen Stundenanzahl für Pflegegeldstufen 1 und 2 durch den Bund im Betrachtungszeitraum werden nur Bezieher/innen der Pflegegeldstufe 3 bis 7 für die Berechnung herangezogen.
- » Pflegeheim Daueraufnahmequote nach den Merkmalen Altersgruppe x Planungsregionen x Geschlecht
- » Das Szenario relative Kompression der Pflegebedürftigkeit entspricht der Kompressionshypothese; nach dieser tritt der Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit in einem höheren Alter auf. Der spätere Zeitpunkt wird mit der gesteigerten Lebenserwartung bemessen. Die Dauer der Pflegebedürftigkeit bleibt gleich, der Beginn der Pflegebedürftigkeit verschiebt sich nach hinten. [Anmerkung GÖ FP: Dies kann in besonderem Maße für die Gruppe der 75- bis 79-Jährigen gelten. Diese Gruppe ist in diesem Zusammenhang auch deshalb von Bedeutung, da sie im Jahr 2025 bei den 75+-Jährigen mit knapp 40 Prozent den größten Anteil darstellt.]

Für weitergehende Informationen kann der Bericht *Methodische Grundlagen und Ergebnisse: Prognose Inanspruchnahme der Dauerpflege in Pflegeheimen in Verbindung mit 24h-Betreuung für Vorarlberg gesamt bis zum Jahr 2035* (2016) angefordert werden.

Wichtige Hinweise zum Umgang mit der vorliegenden Bedarfsprognose

Verschiedene weitere Gegebenheiten und mögliche Einflussfaktoren sollten im Rahmen der Sozialplanung und gemeinsam mit hinzuziehenden regionalen Care Managements stetig berücksichtigt/einbezogen werden.

Eine Aktualisierung der Prognose wird im Jahr 2018 vorgenommen.

Tabelle 11.3 bildet die Anzahl an Pflegeheimplätzen (Pflegeplätze inkl. Kurzzeitpflege) im Jahr 2015 sowie die Prognose für die Jahre 2020 und 2025 ab. Die Darstellung der Prognose erfolgt für Vorarlberg insgesamt. Zwischen dem Ist-Stand 2015 (2.344) und dem Jahr 2025 wird ein Anstieg an Pflegeheimplätzen von rund acht Prozent abgebildet.

Tabelle 11.3:
Pflegeheimplätze (inkl. Kurzzeitpflege): Plätze per 31.12.2015 sowie Prognose für die Jahre 2020/2025

Anzahl Pflegeheimplätze (inkl. Kurzzeitpflege)		
Ist-Stand	Prognose	
31.12.2015	2020	2025
2.344*	2.383	2.519

Anmerkung:

* Anzahl der Pflegeheimplätze inklusive nicht geöffneter und nicht belegter Plätze per 31.12.2015

Quellen: connexia; *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*, Bericht 2015; Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung *Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP)* für die Jahre 2020 und 2025
Darstellung: GÖ FP

11.1.4 Qualitätssicherung

Die Aufsicht über die Pflegeheime liegt bei den Bezirkshauptmannschaften. Sie haben dabei zu prüfen, ob die im Pflegeheimgesetz verankerten Rechte der Klientinnen/Klienten bzw. die Pflichten der Heimträger erfüllt werden. Dazu stehen den Bezirkshauptmannschaften medizinische, pflegefachliche und technische Sachverständige zur Verfügung.

Zur Sicherung eines einheitlichen Vollzuges in den vier Bezirkshauptmannschaften wurde ein Durchführungserlass zum Pflegeheimgesetz verfügt. Weiters finden zwei Mal jährlich Dienstbesprechungen der zuständigen Abteilungen der Bezirkshauptmannschaften und der Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) statt. In diesem werden die wesentlichen Aufgaben und Abläufe geregelt. Alle Pflegeheime unterliegen zusätzlich dem Tätigkeitsbereich der Patienten-anwaltschaft, der OPCAT-Kommission und der Bewohnervertretung (IFS) (vgl. BMASK 2016).

Über die behördliche Aufsicht hinaus wurden und werden zahlreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung im stationären Langzeitbereich gesetzt (vgl. BMASK 2016):

- » Jährliche detaillierte Leistungsberichte, zuletzt *Bericht 2015 –stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*
- » Förderung von Maßnahmen im Bereich Qualitätssicherung, Fortbildungen und Datengrundlagen durch den Dienstleister connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege

- » Förderung von Qualitätsinstrumenten (z. B. NQZ, E-Qualin)
- » Förderung des Projektes *Gerontopsychiatrische Kompetenz in den Vorarlberger Pflegeheimen*.

11.2 Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen

11.2.1 Datengrundlagen

Zur Beschreibung der Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen stellte das Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) folgende Datengrundlagen zur Verfügung:

- » Informationen der Homepage www.vorarlberg.at
- » *Pflegedienstleistungsdatenbank* Vorarlberg, Berichtsjahr 2015
- » Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung: In: *Bedarfs und Entwicklungsplan* (BEP) für die Jahre 2020 und 2025

11.2.2 Versorgungssituation

Das Angebot Kurzzeitpflege gliedert sich in *Übergangspflege* und *Urlaub von der Pflege*.

Übergangspflege

Zum Aufbau der häuslichen Pflege im Anschluss an eine stationäre Behandlung (Spital, Rehabilitation) können Pflegebedürftige bis zu 28 Tage im Kalenderjahr zu besonderen finanziellen Konditionen in einem Pflegeheim versorgt werden (www.vorarlberg.at).

Urlaub von der Pflege

Zur Entlastung von pflegenden Angehörigen können Pflegebedürftige bis zu 42 Tage im Kalenderjahr zu besonderen finanziellen Konditionen vorübergehend in einem Pflegeheim untergebracht werden (www.vorarlberg.at).

Im Jahr 2015 nahmen in ganz Vorarlberg rund 440 Klientinnen/Klienten Kurzzeitpflege in Anspruch, das sind 15,2 Klientinnen/Klienten pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren. Regional fällt auf, dass in Bludenz die meisten Verrechnungstage pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren anfielen (rund 570); diese Kennzahl ist in Bludenz um 90 Prozentpunkte höher als in Feldkirch. Dies lässt auch den Schluss zu, dass in Bludenz der Anteil am Angebot *Urlaub von der Pflege* (bis zu 42 Tage) in weit höherem Ausmaß in Anspruch genommen wurde als die *Übergangspflege* (bis zu 28 Tage, vgl. Tabelle 11.4).

Tabelle 11.4:

Kurzzeitpflege: Anzahl der Verrechnungstage, Plätze und Klientinnen und Klienten pro Bezirk absolut sowie pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren im Jahr 2015

Bezirk	Verrechnungstage		Plätze (rechnerisch)		Klientinnen und Klienten	
	absolut	pro 1.000 EW 75 +	absolut	pro 1.000 EW 75 +	absolut	pro 1.000 EW 75 +
(801) Bludenz	2.932	570,3	n.v.	-	108	21,0
(802) Bregenz	4.123	415,0	n.v.	-	152	15,3
(803) Dornbirn	2.201	340,8	n.v.	-	89	13,8
(804) Feldkirch	2.203	299,1	n.v.	-	90	12,2
Vorarlberg	11.459	396,5	71	2,5	439	15,2

Anmerkung:

EW = Einwohner/innen, n.v. = nicht verfügbar,

Kurzzeitpflegeplätze sind in Vorarlberg nicht gesondert gewidmet, sondern werden von den Heimen bedarfsorientiert vorgehalten.

Verrechnungstage = Anzahl der mit Mindestsicherung verrechneten Bewohnertage im Berichtszeitraum 1. 1.-31. 12. 2015 (*Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015*);

Verrechnungstage + Klientinnen/Klienten: *Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015*;

Plätze (rechnerisch): Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) für die Jahre 2020 und 2025;

Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren wurde von GÖ FP berechnet.

Quellen: *Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015*; Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) für die Jahre 2020 und 2025;

Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015)

Berechnung und Darstellung: GÖ FP

11.2.3 Prognose

Berechnungsbasis zum zukünftigen Bedarf in der Übergangs- und Urlaubspflege ist die durchschnittliche Nutzung in den Jahren 2012 bis 2015 (Vorarlberg-Gesamtsicht). Im Verhältnis zur Dauerpflege betrug der Anteil der Urlaubspflege zwei Prozent, jener der Übergangspflege 1,25 Prozent. Diese beiden Prozentsätze wurden auf die Prognose der Dauerpflege nach dem Szenario der relativen Kompression angewandt. Für die Urlaubspflege wurde die in den letzten Jahren durchschnittliche Verweildauer von 20 Tagen verwendet. Bei der Übergangspflege betrug die Verweildauer 28 Tage, diese wurde für das Jahr 2016 herangezogen; eine ggf. Verlängerung der Verweildauer wird ab dem Jahr 2017 mit dem Mittelwert von 60 Tagen berücksichtigt. Aufgrund der geringeren Anzahl an Kurzzeitpflege-Tagen in den Planungsregionen wurde die Prognoseberechnung nur für Vorarlberg gesamt ausgelegt und prozentual den Entwicklungen der Dauerpflege des jeweiligen Jahres pro Region angerechnet. Mit dieser Herangehensweise werden Pflegeheime mit bisher überproportionalem Kurzzeitpflege-Anteil einer Vorarlberg-Gesamtsicht unterworfen. Mit

den zusätzlich zur Verfügung stehenden Sozialplanungs-Kennzahlen (s.u.) können die regionsbezogenen Ausprägungen in konkreten Planungen jedoch berücksichtigt werden⁵².

Die prognostizierten Kurzzeitpflege-Plätze sind in der Prognose der Pflegeheimplätze inkludiert (vgl. Tabelle 11.3).

11.3 Sonderpflegeformen in Pflegeheimen

11.3.1 Demenzversorgung

Im Bereich Demenzversorgung bieten in Vorarlberg insgesamt acht Einrichtungen segregative Wohnbereiche in Form einer Demenzstation mit insgesamt 93 Plätzen an, die sich wie folgt auf die Bezirke verteilen (vgl. Tabelle 11.5):

Tabelle 11.5:
Demenzversorgung (Aktion Demenz): Anzahl an Plätzen pro Bezirk 2015

Bezirk	Plätze
(801) Bludenz	5
(802) Bregenz	40
(803) Dornbirn	26
(804) Feldkirch	22
Vorarlberg	93

Quelle: Information von Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (Iva) zur Verfügung gestellt; Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Die gerontopsychiatrische Kompetenz in Vorarlberger Pflegeheimen wurde im Rahmen eines vom Vorarlberger Sozialfonds beauftragten Projekts unter Projektleitung des Fachbereiches *Senioren und Pflegevorsorge* in Kooperation von pro mente Vorarlberg GmbH, aks gesundheit GmbH und connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH und mittlerweile insgesamt 21 beteiligten Pflegeheimen weiter entwickelt. Ziel ist die fachgerechte Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten und meist hochbetagten Klientinnen und Klienten zu gewährleisten und die die Fachkompetenz der Pflegenden⁵³ zu steigern.

Weitere Ausführungen zum Thema *Demenz* finden sich im Kapitel 16.

⁵² Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) für die Jahre 2020 und 2025

⁵³ Projektbericht/Pflege: *Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Kompetenz in den Vorarlberger Pflegeheimen*, connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH. Mai 2016

11.3.2 Wachkoma- und Tracheostomaversorgung

Im Bereich Wachkoma- und Tracheostomaversorgung werden neben der Vorhaltung von 14 Betten im LKH Rankweil auch 14 Menschen mit apallischem Syndrom und /oder mit Tracheostomie in derzeit drei Heime versorgt. Die Verteilung der belegten Plätze auf die Bezirke in Tabelle 11.6 abgebildet.

Tabelle 11.6:

Wachkoma- und Tracheostomaversorgung: Anzahl der belegten Plätze pro Bezirk 2015

Bezirk	Plätze
(801) Bludenz	7
(802) Bregenz	7
Vorarlberg	14

Anmerkung: Es handelt sich hierbei nicht um gesondert für diese Versorgungsform gewidmete Plätze.

Quelle: Information von Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (Iva) zur Verfügung gestellt;
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

12 Innovative/integrative Versorgungsformen

12.1 Begleitende qualitätssichernde Maßnahmen (BESA⁵⁴–Leistungskatalog) ⁵⁵

BESA verfolgt einen Paradigmenwechsel weg von einer Defizit- hin zu einer Ressourcensicht (Ressourcentransaktionsmodell, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Aktivitäten des täglichen Lebens – ATL). Die Umstellung bedeutet für die Pflegenden ein Verändern geübter Denkweisen. Die Pflegesicht inkludiert nun auch die Sicht der Bewohner/innen in der Anwendung von Assessmentinstrumenten (Assessment zur Bedarfsklärung aus Bewohnersicht, gemeinsame Pflegezielvereinbarung). Die Bewohnenden und Angehörigen können soweit wie möglich in die Beurteilung von Ressourcen und Pflege-Zielen einbezogen werden. Damit kann von allen Interessengruppen die erbrachte Pflege- und Betreuungsleistung nachvollzogen werden. Die Bewohnenden werden soweit möglich als Partner/innen in die Pflegezielsetzungen einbezogen.

BESA wahrt die Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohnenden und behandelt diese konsequent und konkret als Partner/innen, die die Pflege beeinflussen können. Dadurch unterstützt BESA das Qualitätssicherungsinstrument des Heimes und hilft die zur Verfügung stehenden Ressourcen bedarfsgerecht und effektiv einzusetzen.

Der folgende Zeitplan ist vorgesehen:

- » Start der Projektphase durch Einführung der BESA-Version 5.0 im Sommer 2016
- » Umsetzung in den Heimen bis Sommer 2017
- » Erste Auswertungen im Frühjahr 2018
- » Start des Projekts *Erprobung der Leistungsabrechnung* ab Sommer 2018
- » Die Entscheidung, ob die Leistungsabrechnung eingeführt wird oder nicht, soll im Frühjahr 2019 gefällt werden.

⁵⁴ BESA ist eine elektronische Pflegedokumentation für Alters- und Pflegeheime und unterstützt sowohl die Professionalität als auch die Wirtschaftlichkeit in der Langzeitpflege und gibt damit die Antwort auf die steigenden Anforderungen an die Qualität der Dienstleistungen eines modernen Betriebes (https://www.besacare.ch/files/0K2QBH6/besadoc_flyer_a5_ansicht.pdf).

⁵⁵ Vgl. *Pflegedienstleistungsstatistik* Vorarlberg 2015

13 24h-Betreuung

13.1 Datengrundlagen und Methoden

Zur Beschreibung der IST-Situation der 24h-Betreuung sowie der in Verbindung dazu stehenden Pflegeheim-Daueraufnahme stellte das Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) folgende Datengrundlagen zur Verfügung:

- » *connexia: Information rund um die 24-Stunden-Betreuung zu Hause*, Bericht 2016
- » *Vorarlberger Betreuungspool gGmbH - Jahresbericht 2015*
- » Datenübermittlung 24h-Betreuung sowie zu PH-Daueraufnahmen des Fachbereichs *Senioren und Pflegevorsorge*; Sozialministeriumservice Vorarlberg

Zur Prognose der 24h-Betreuung für die Jahre 2020 und 2025 wurde der Bericht: *Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung; Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP)* für die Jahre 2020 und 2025 vom Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) herangezogen und die Ergebnisse für diesen Bericht übernommen.

13.2 Versorgungssituation

Dem Angebot der 24h-Betreuung liegt die Prämisse zugrunde, dass alte und betreuungsbedürftige Menschen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung leben können. Auch den Angehörigen dieser Menschen ist es ein Anliegen dieses Stück Lebensqualität zu erhalten und zu ermöglichen. In manchen Situationen ist dies nur möglich, wenn ständig – sowohl tagsüber als auch nachts – eine Betreuungsperson bereitsteht und hilft. Diese Art der Betreuung ist gesetzlich geregelt (Quelle: *connexia 2016b*).

Mit 1. Juli 2007 traten das Hausbetreuungsgesetz und Änderungen der Gewerbeordnung in Kraft. Damit wurde eine Rechtsgrundlage für die legale 24h-Betreuung geschaffen.

Folgende legale Betreuungsmöglichkeiten stehen zur Auswahl:

- » **Selbständigen-Modell:** Der betreuungsbedürftige Mensch oder seine Familie schließt einen Werkvertrag mit einer Personenbetreuerin / einem Personenbetreuer ab, die/der einen entsprechenden Gewerbeschein besitzt.
- » **Unselbständigen-Modell:** Der betreuungsbedürftige Mensch oder seine Familie stellt eine Betreuungsperson an. Das Arbeitsverhältnis ist in einem Arbeitsvertrag geregelt.
- » **Träger-Modell:** Der betreuungsbedürftige Mensch oder seine Familie organisiert die Betreuung über eine Trägerorganisation.

In diesem Zusammenhang stellt sich häufig die Frage, worin der Unterschied zwischen *Betreuung* und *Pflege* besteht:

Die Legaldefinition findet sich in § 1 Abs 3 Hausbetreuungsgesetz: *Betreuung* umfasst Tätigkeiten für die zu betreuende Person, die in der Hilfestellung insbesondere bei der Haushaltsführung und der Lebensführung bestehen, sowie sonstige auf Grund der Betreuungsbedürftigkeit notwendige Anwesenheiten. *Betreuung* bedeutet also Hilfestellung und Unterstützung. Sie umfasst im Wesentlichen haushaltsnahe Dienstleistungen (Zubereitung von Mahlzeiten, Reinigungstätigkeiten, Hausarbeiten, *Betreuung* von Tieren und Pflanzen), Unterstützung bei der Lebensführung (Gestaltung des Tagesablaufs, Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen) und Gesellschafterfunktion (Gesellschaft leisten und Führen von Konversation). Dazu zählt auch die erforderliche oder vorsorgliche Anwesenheit. Für eine *Betreuungstätigkeit* ist im Sinne des Hausbetreuungsgesetzes bzw. im Rahmen des freien Gewerbes der Personenbetreuung (lt. Gewerbeordnung 1994) keine spezielle berufliche Qualifikation erforderlich (vgl. connexia 2016b).

Zum Begriff *Pflege* gehören alle Tätigkeiten, die dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) unterliegen. Diese Tätigkeiten dürfen nur von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oder Pflegeassistentenberufen unter deren Anleitung durchgeführt werden. Für Familienangehörige gilt die Unterscheidung zwischen *Betreuung* und *Pflege* nicht. Sie dürfen sowohl *Betreuungs-* als auch *Pflege*tätigkeiten in der Familie verrichten.

Damit eine möglichst optimale Lösung für die *Betreuung* und *Pflege* gefunden werden kann, ist es wichtig, den tatsächlichen *Betreuungs-* und *Pflege*bedarf zu erheben. Diese Ersterhebung wird vom Case Management (siehe Kapitel Nahtstellenmanagement) oder von der Hauskrankenpflege durchgeführt. Wenn der *Betreuungsbedarf* über die Kapazitäten der Hauskrankenpflege und des Mobilien Hilfsdienstes hinausgeht, wird die Heimhilfe, der *Betreuungspool* oder eine andere gewerbliche Vermittlungsagentur für 24h-*Betreuung* als Unterstützung hinzugezogen.

13.3 Förderung der 24h-Betreuung zu Hause im Zusammenhang mit dem Selbständigenmodell

Bundesförderung (Förderung auf Grund der staatsrechtlichen Vereinbarung zwischen dem Bund und den Bundesländern)

Voraussetzungen

- » Es muss ein *Betreuungsverhältnis* durch Beschäftigung einer selbständigen *Betreuungskraft* im Sinne des Hausbetreuungsgesetzes vorliegen.
- » Die vereinbarte Arbeitszeit beträgt mindestens 48 Stunden pro Woche.
- » Die *Betreuungsperson* wird für die Dauer der Arbeitsperiode in die Hausgemeinschaft der zu betreuenden Person aufgenommen.
- » Anspruch auf *Pflegegeld* zumindest in Höhe der Stufe 3 nach dem Bundes-Pflegegeldgesetz

- » Notwendigkeit einer 24h-Betreuung: bei Bezieherinnen/Beziehern von Pflegegeld ab der Stufe 5 wird in aller Regel von der Notwendigkeit einer solchen Betreuung auszugehen sein. Bei Bezieherinnen/Beziehern von Pflegegeld der Stufen 3 und 4 ist das zuletzt erstellte Pflegegutachten beizulegen.
- » Die Personenbetreuerin / der Personenbetreuer muss eine theoretische Ausbildung, entsprechend der Heimhelferausbildung laut Sozialbetreuungsberufegesetz nachweisen oder seit mindestens sechs Monaten den Förderwerber *sachgerecht* betreuen oder der Personenbetreuerin / dem Personenbetreuer wurden pflegerische oder ärztliche Tätigkeiten entsprechend den Bestimmungen des GuKG bzw. Ärztegesetzes übertragen.

Der Zuschuss beträgt monatlich höchstens 550 Euro (auf Basis von zwei Betreuungspersonen) und zwar zwölf Mal jährlich. Für nur eine selbständig erwerbstätige Betreuungskraft kann ein Zuschuss in Höhe von 275 Euro monatlich geleistet werden. Die Einsatzzeiten müssen in beiden Fällen das im Hausbetreuungsgesetz genannte Mindestausmaß erreichen (vgl. connexia 2016b).

Landesförderung

In Vorarlberg erhalten auch Pflegegeldbezieher/innen der Pflegestufen 1 und 2 eine Förderung, sofern die Notwendigkeit einer 24h-Betreuung nachgewiesen wird und entweder eine demenzielle Erkrankung vorliegt oder es sich um einen minderjährigen nahen Angehörigen handelt (vgl. connexia 2016b).

13.4 Betreuungspool Vorarlberg

Die Betreuungspool Vorarlberg GmbH vermittelt die Betreuer/innen, informiert über Finanzierungsmöglichkeiten und erledigt alle notwendigen Formalitäten sowie auch das Förderansuchen für die 24h-Betreuung, das an das Sozialministeriumservice gestellt wird (vgl. connexia 2016b).

Der Betreuungspool organisiert das bedarfsgerechte Übernehmen von umfangreichen Betreuungsaufgaben (ab ca. 20 Wochenstunden bis zur 24h-Betreuung) im eigenen Heim. In der 24h-Betreuung sind auch befristete Aufträge möglich (z. B. Urlaubsvertretung). Individuell auf die Anforderungen abgestimmt wird die selbständige Personenbetreuung vermittelt. In einem Werkvertrag klären die Klienten/Klientinnen mit der Betreuungsperson die gewünschten Aufgaben, den Stundenumfang und das Honorar (vgl. connexia 2016b).

Um die Qualität der 24h-Betreuung gewährleisten zu können, arbeitet der Betreuungspool Vorarlberg mit allen Systempartnern wie z. B. den Krankenpflegevereinen, den Mobilien Hilfsdiensten und dem Case Management eng zusammen. Die Betreuer/innen arbeiten bei Bedarf Hand in Hand mit den örtlichen Krankenpflegevereinen zusammen, um höchste pflegerische Ansprüche zu erfüllen (vgl. connexia 2016b).

Nachfolgend werden die Aufgaben des Betreuungspools Vorarlberg skizziert (vgl. Betreuungspool Vorarlberg: *Stärke Vertrauen Daheim* Jahresbericht 2015):

Ganzheitliche Abklärung der Betreuungssituation

Im Vordergrund stehen der individuelle Betreuungsbedarf der Klientinnen/Klienten und deren spezifische Herausforderung. Die Ressourcen der Familie werden berücksichtigt und in die Planung einbezogen. Bereits involvierte bzw. noch notwendige Netzwerkpartner werden in die Organisation miteinbezogen. Gespräche finden nach Möglichkeit vor Ort, direkt mit und bei den Klientinnen/Klienten statt.

Vermittlungszeit und Auswahl der Betreuer/innen

Es werden jene Menschen vermittelt, die für die individuelle Betreuungssituation passen, dazu werden das Stärkenprofil sowie Referenzschreiben der Betreuerinnen und Betreuer genutzt. Im Regelfall geschieht dies innerhalb einer Woche, in Sonderfällen auch schneller. Alle Betreuer/innen haben einen Pflegegrundkurs von mindestens 200 bis 400 Stunden besucht oder eine Pflegefachschule bzw. das Krankenpflegediplom in ihrem Heimatland erworben. Gute bis sehr gute Deutschkenntnisse der Betreuer/innen sind Voraussetzung für die Vermittlung. Alle Betreuer/innen verfügen über einen österreichischen Gewebeschein und arbeiten auf selbständiger und eigenverantwortlicher Basis. Ein aktuelles polizeiliches Führungszeugnis muss beim Ersteinsatz vorgelegt werden.

Ein Konzept für die Qualitätssicherung der Pflege im Rahmen der 24h-Betreuung auf Grundlage von Kooperationsvereinbarungen mit den einzelnen Vermittlungsagenturen wird bis Ende 2017 erstellt (Perspektiven- und Entwicklungskonzept 2025 für die Krankenpflegevereine in Vorarlberg).

Einführung der Betreuer/innen beim Klienten / bei der Klientin

Alle Betreuer/innen werden vor Ort eingeführt. Bei alleinstehenden Klientinnen/Klienten wird der/die Betreuer/in beim Ersteinsatz von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Betreuungspools vor Ort begleitet und eingeführt. Jede Klientin / jeder Klient verfügt über eine/n persönliche/n Ansprechpartner/in beim Betreuungspool. Die Betreuer/innen wechseln sich im 3-Wochen-Rhythmus ab. Diese Vorgangsweise unterstützt die Betreuungsqualität und schützt die Betreuer/innen vor Überforderung.

Übernahme aller erforderlichen Formalitäten

Die Mitarbeiter/innen haben ein aktuelles und fundiertes Wissen zur Erledigung aller erforderlichen Formalitäten, wie Erstellen der Werkverträge, Ansuchen zur Förderung für die 24h-Betreuung, Gewerbean-/ummeldung, Kostenvoranschläge für das Ansuchen um Mindestsicherung und mehr. Der Vertragsservice wird direkt vor Ort bei der Klientin / beim Klienten durchgeführt.

Dadurch erhält der Betreuungspool Einblick in die Betreuungssituation, kann zudem beraten und auszuführende Aufgaben/Pflichten im Gespräch klar definieren.

Kosten – Kostentransparenz

Vor Beginn der Betreuung erhalten die Klientinnen und Klienten einen Kostenvoranschlag. Es entstehen keine zusätzlichen Kosten bei Austausch einer Betreuungskraft. Das von der Klientin / dem Klienten bezahlte Tageshonorar bleibt zur Gänze bei den Betreuungskräften.

Plattform für Betreuer/innen

Der Vorarlberger Betreuungspool ist mit über 2.000 registrierten Personen die primäre Anlaufstelle für selbständige Personenbetreuer/innen in Vorarlberg. Im Sinne einer wertschätzenden Behandlung werden keine Betreuer/innen unter 75 Euro pro Tag vermittelt. Alle über den Pool vermittelten Betreuer/innen sind haft- und rechtsschutzversichert. Vom Betreuungspool organisierte Weiterbildungsnachmittage (4–6 x jährlich) sollen die Betreuung vor Ort unterstützen und die Betreuungsqualität verbessern.

Der Betreuungspool bleibt Ansprechpartner während der gesamten Betreuungszeit

Der Betreuungspool sorgt für qualitative und quantitative Standards der Betreuung, insbesondere bei Veränderungen in der Betreuungssituation, angemessene Abdeckung des Betreuungsbedarfs, Wechsel von Betreuerinnen und Betreuern oder Deeskalation in Konfliktsituationen.

Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern

Gute Betreuung muss in die Fachpflege und medizinischen Betreuung integriert sein. In komplexen Betreuungssituationen erfolgt ein intensiver Austausch mit den involvierten Systempartnern, wie z. B. mit KPV, Case Management, gerontopsychiatrischer Betreuung, ifs u.a. um eine optimale Betreuung zu gewährleisten. Der Betreuungspool sorgt dafür, dass der Krankenpflegeverein mindestens einmal pro Woche die betreuten Klientinnen/Klienten besucht. Der Betreuungspool steht zur verpflichtenden Dokumentation, in die auch die Mitarbeiter/innen der Krankenpflegevereine bei Bedarf Einblick haben. Bei stationären Aufenthalten wird der Entlassungstermin mit dem Betreuungsbeginn gemeinsam mit den Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern der Krankenhäuser koordiniert.

IST-Stand betreute Klientinnen/Klienten und Anzahl selbstständiger Personenbetreuerinnen/ Personenbetreuer

Auffallend hoch war der Anstieg an Personen in geförderter 24h-Betreuung im Vergleich zum Jahr 2013, und zwar 23,6 Prozent (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung 2016c).

Die Anzahl der betreuten Personen betrug im Dezember 2014 insgesamt 1.077 Personen und ist bis Dezember 2015 um 157 Personen bzw. rund 15 Prozent auf 1.234 Klientinnen und Klienten angestiegen.

Tabelle 13.1:

24h-Betreuung: Klientinnen/Klienten nach Bezirken/Versorgungsregion absolut und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren per 31.12.2015

Bezirk	Klientinnen/Klienten			
	männlich	weiblich	gesamt	pro 1.000 EW 75+
Bludenz	41	173	217	42,2
Bregenz	99	286	390	39,3
Dornbirn	68	197	269	41,6
Feldkirch	85	267	355	48,2
Sonstige	0	3	3	
Vorarlberg	293	926	1.234	42,7

*Anmerkungen:

Insgesamt waren 15 Personen ohne Angabe von Geschlecht erfasst. Die jeweilige Anzahl ist in der Spaltenüberschrift miteingefasst. Unter „Sonstige“ sind Personen ohne Gemeindezuordnung ausgewiesen. EW = Einwohner/innen 75 + des Bezirks im Jahr 2015 lt. Stat.AT.

Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren wurde von GÖ FP berechnet.

Quelle: Datenauswertung des Amtes der Vorarlberger Landesregierung,
Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)
Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015)
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Aus Tabelle 13.1 geht hervor, dass rund 75 Prozent der betreuten Personen weiblich sind. Hinsichtlich der Versorgungsdichte (Klientinnen bzw. Klienten pro 1.000 EW über 75) ist festzustellen, dass diese zwischen dem Bezirk Feldkirch und den drei in der Versorgungsdichte eng beieinander liegenden Bezirken Bludenz, Bregenz und Dornbirn stark abweicht. Die höchste Versorgungsdichte weist somit der Bezirk Feldkirch mit 48,2 Klientinnen/Klienten pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren aus, die niedrigste Bregenz mit nur 39,3 Klientinnen/Klienten pro 1.000 EW.

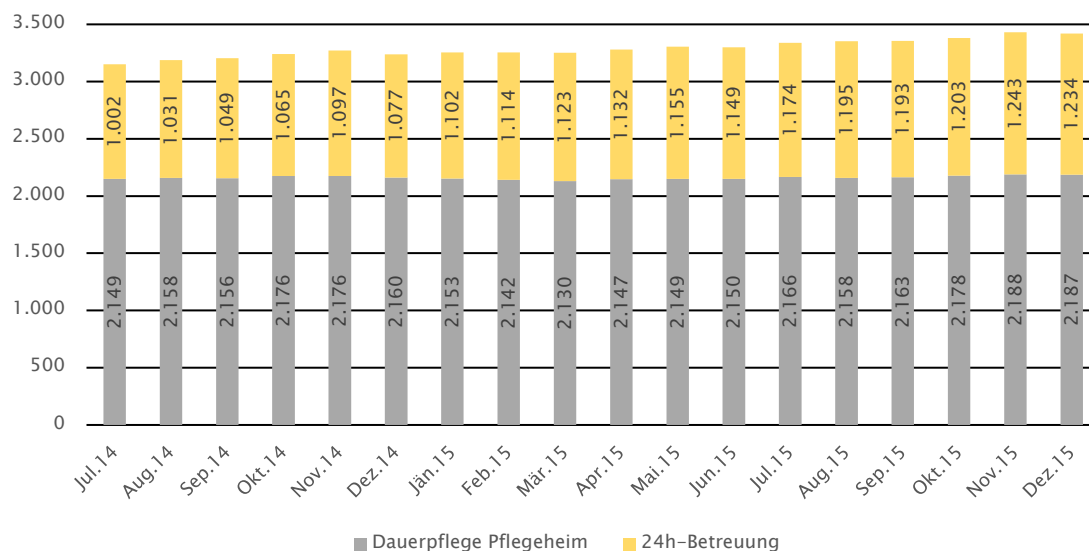
Die Anzahl der selbständigen Personenbetreuer/innen mit aufrechter Gewerbeberechtigung betrug in Vorarlberg im Jahr 2015 im Jahresdurchschnitt 3.411, wovon 2.793 auch tatsächlich aktiv tätig waren. (Quelle: WKO). Die Herkunftsländer der in Österreich tätigen Personenbetreuer/innen wurden österreichweit für den Zeitraum 2012–2015 auf Basis der genehmigten Förderungsfälle der 24-Stunden-Betreuung ausgewertet. Die Länder sind: Slowakei: 43 Prozent, Rumänien: 42 Prozent, Ungarn: 6 Prozent, Bulgarien: 3 Prozent, Kroatien: 1 Prozent, Polen: 1 Prozent, Lettland: 1 Prozent, sonstige: 2 Prozent. Quelle: BMASK, Abteilung Pflegevorsorge-Sachleistungen und WKO.

13.5 Dauerpflege in Pflegeheimen in Verbindung mit 24h-Betreuung

In Abbildung 13.1 wird die Entwicklung der Anzahl an Klientinnen/Klienten in Pflegeheimen (Daueraufnahmen) sowie die Entwicklung der Anzahl an durch eine geförderte 24h-Betreuung versorgten Klientinnen/Klienten im Zeitraum Juli 2014 bis Dezember 2015 dargestellt. Insgesamt ist ein Anstieg der Gesamtsumme aller versorgten Personen von 3.151 im Juli 2014 auf 3.421 im Dezember 2015 (Stichtag zum Monatsende) festzustellen. Das entspricht einem Gesamtanstieg von rund 8,6 Prozent.

Betrachtet man die Entwicklung der Aufnahmen im Pflegeheim und – getrennt – die Personenanzahl mit geförderter 24h-Betreuung im Vergleichszeitraum, ist ein deutlicher Unterschied im Anstieg festzustellen: Während die Anzahl der Menschen in Dauerpflege im Pflegeheim von 2.149 (Juli 2014) auf 2.187 (Dez. 2015) um nur 1,8 Prozent gestiegen sind, ist die Anzahl der mit geförderter 24-Stunden-Betreuung versorgter Menschen von 1.002 (Juli 2014) auf 1.234 (Dez. 2015) um 23,3 Prozent angestiegen. Durch die unterschiedliche Inanspruchnahme dieser beiden Versorgungsbereiche ist der Anteil an Klientinnen/Klienten, die im Rahmen der geförderten 24-Stunden-Betreuung versorgt werden, an der Gesamtversorgung in diesen beiden ausgewählten Segmenten von 32 Prozent auf 36 Prozent gestiegen.

Abbildung 13.1:
Anzahl Klientinnen/Klienten im Pflegeheim (Dauerpflege) und Anzahl Klientinnen/Klienten in geförderter 24h-Betreuung jeweils Stichtag zum Monatsende, Vorarlberg 2014–2015



Quelle: Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa); Fachbereich „Senioren und Pflegevorsorge“

Darstellung: GÖ FP

13.6 Prognose Dauerpflege in Verbindung mit 24h-Betreuung, relative Kompression und regionale Verlagerung zu Niveau 24h-Betreuung Vorarlberg

Nähere Ausführungen dazu im Kapitel 11 Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste.

Tabelle 13.2 bildet die Anzahl geförderter Personen (gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz) in der 24h-Betreuung im Dezember 2015 sowie die Prognose für die Jahre 2020 und 2025 ab. Zwischen dem Ist-Stand 31.12.2015 und dem Jahr 31.12.2025 wird ein Anstieg an betreuten Personen mit 24h-Betreuung von rund 32 Prozent angenommen. Die Anzahl der geförderten Personen pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren bleibt in diesem Zeitraum (zwischen 2015 und 2025) nahezu auf gleichem Niveau.

Tabelle 13.2:

Prognose der gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz geförderten Personen mit 24h-Betreuung per 31.12.2015

Anzahl geförderter Personen mit 24h-Betreuung		
Ist-Stand	Prognose	
2015	2020	2025
1.234	1.454	1.625

Quellen: Ist-Stand: 31.12.2015: Datenauswertung des Amtes der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)

Bericht: Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung, *Bedarfs und Entwicklungsplan* (BEP) für die Jahre 2020 und 2025

Darstellung: GÖ FP

14 Betreute Personen nach Angeboten

Tabelle 14.1 bildet die zwischen 1.1. und 31.12.2015 (Jahressumme) betreuten Personen⁵⁶ differenziert nach Diensten und Einrichtungen in Vorarlberg ab. Aufgrund von möglichen Doppel- und Mehrfachzählungen wird keine Summe der betreuten Personen über alle Dienste und Einrichtungen gebildet. Doppel- und Mehrfachzählungen sind aus folgenden Gründen möglich:

- » Personen konnten auch mehrere Dienste und Angebote gleichzeitig in Anspruch nehmen wie z.B. Menschen, die zuhause leben und Leistungen des Mobilen Hilfsdiensts und der Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen und gleichzeitig eine Tagesbetreuungseinrichtung besuchen.
- » Menschen, die innerhalb des Jahres innerhalb der mobilen Angebote gewechselt haben.
- » Menschen, die innerhalb des Jahres die Versorgungsstufe⁵⁷ gewechselt haben.

Die Mehrheit der Personen wird mobil betreut, und zwar rund 28 Prozent aller Pflegegeldbezieher/innen von Mobilen Hilfsdiensten bzw. knapp 50 Prozent von der Hauskrankenpflege. In Pflegeheimen werden rund 18 Prozent aller Pflegegeldbezieher/innen bzw. elf Prozent der Einwohner/innen ab 75 Jahren betreut. Bereits zehn Prozent (das entspricht knapp über 50 Prozent des Anteils der Pflegegeldbezieher/innen, die im Pflegeheim betreut werden) der Pflegegeldbeziehenden werden von der 24h-Betreuung versorgt (vgl. Tabelle 14.1).

⁵⁶ Es handelt sich um alle Menschen, die im Zeitraum 1.1. bis 31.12.2015 in Vorarlberg betreut bzw. gepflegt wurden.

⁵⁷ Versorgungsstufe meint in diesem Zusammenhang den Wechsel zwischen mobilen und (teil)stationären Angeboten.

Tabelle 14.1:

Betreute Personen in Vorarlberg nach Diensten und Einrichtungen im Jahr 2015

Angebote	Betreute Personen		
	absolut	Anteil an Pflegegeld-bezieher/innen in Prozent	Anteil an Einwohner/innen ab 75 Jahre in Prozent
Mobile Hilfsdienste	4.733	27,9	16,4
Hauskrankenpflege	8.340	49,2	28,9
Tagesbetreuung	511	3,0	1,8
Betreute Wohngemeinschaften	134	0,8	0,5
Kurzzeitpflege	898	5,3	3,1
Dauerpflege im Pflegeheim	3.045	18,0	10,5
24h-Betreuung	1.668	9,8	5,8

Anmerkungen:

Anzahl betreute Personen (absolut) = Anzahl der betreuten Personen im Berichtszeitraum 1. 1.-31. 12. 2015, die von der Mindestsicherung unterstützt wurden, einschließlich Selbstzahlerinnen/Selbstzahler (vgl. Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015);

24h-Betreuung: gem. §21b Bundespflegegeldgesetz geförderte Menschen (Sozialministeriumservice Vorarlberg / Abt. IVa)
Pflegegeldbezieher/innen: Pflegegeldstatistik des Hauptverbands Dezember 2015: Vorarlberg Pflegegeldstufen 1 bis 7: 16.950

Die Kennzahlen *Anteil an Pflegegeldbezieher/innen in Prozent* sowie *Anteil an Einwohner/innen ab 75 Jahre in Prozent* wurden von GÖ FP berechnet.

Quellen: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015; Sozialministeriumservice Vorarlberg / Abt. IVa)
Pflegegeldstatistik des Hauptverbands 2015;
Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015)
Berechnung und Darstellung: GÖ FP

15 Stationäre und teilstationäre Dienste für Menschen mit Behinderung

15.1 Datengrundlagen und Methoden

Zur Beschreibung der IST-Situation des Leistungsangebots für Menschen mit Behinderung wurden seitens des Amtes der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration, Fachbereich Integrationshilfe, folgende Datengrundlagen zur Verfügung gestellt:

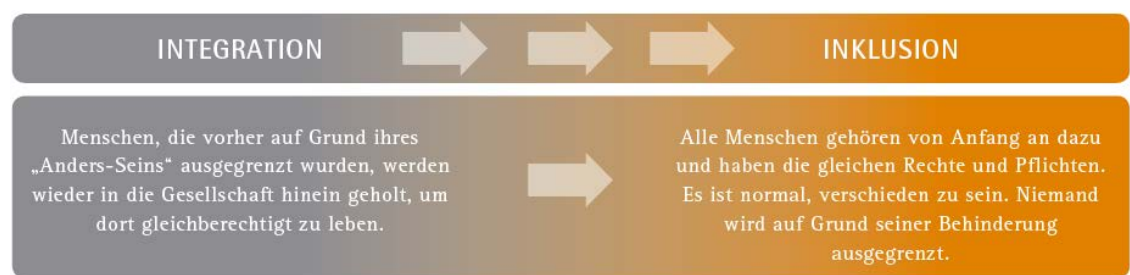
- » Integrationshilfe: Chancen leben, ich bin dabei, Herausgeber: Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration, Fachbereich Integrationshilfe, Juni 2016
- » Daten zu Versorgungsangeboten und Leistungszahlen aus dem Bericht: Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf, Herausgeber: Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa), Bregenz, mit connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH, Bregenz, August 2016

Auf Basis dieser Datengrundlage zum Stand 2015 wurden stationäre, teilstationäre sowie tagesstrukturierende Angebote auf Bezirksebene zusammengefasst dargestellt.

15.2 Leistungsbereiche

Ein wichtiges sozialpolitisches Ziel in Vorarlberg ist INKLUSION im Sinne eines gemeinsamen Lebens von Menschen mit und ohne Behinderung. Inklusion stellt eine wichtige Weiterentwicklung der in der Vergangenheit angestrebten Integration von Menschen mit Behinderung dar. Der Weg von der Integration zur Inklusion ist in Abbildung 15.1 dargestellt:

Abbildung 15.1:
Der Weg der Integration zur Inklusion

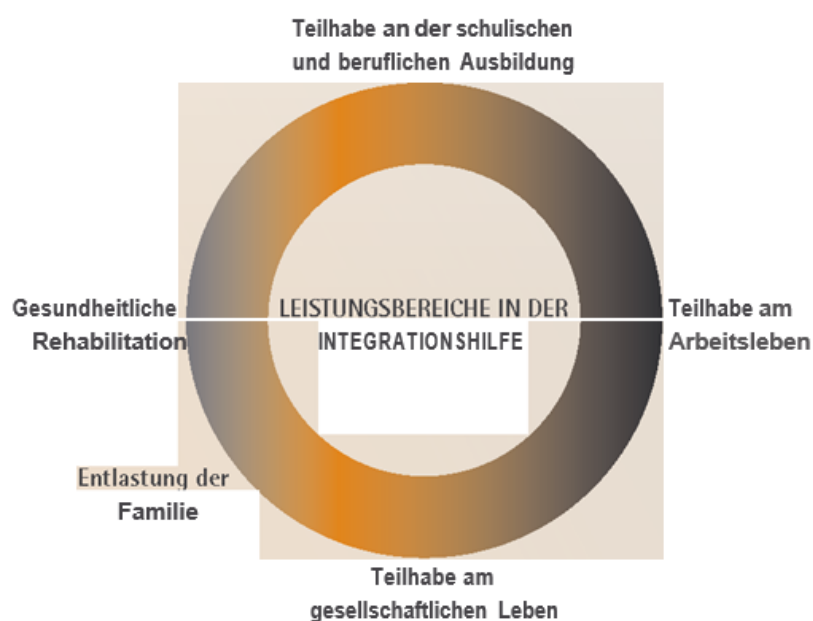


Quelle: Integrationshilfe, Chancen leben, ich bin dabei, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa), Fachbereich Integrationshilfe, Juni 2015

Die Grundlagen für diese Entwicklung sind die UN-Behindertenrechtskonvention, die Europäische Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderung 2010–2020, der *Nationale Aktionsplan Behinderung 2012–2020* und das Gesetz zur Förderung der Chancengleichheit von Menschen mit Behinderung.

Die operative Umsetzung übernehmen die Einrichtungen der Integrationshilfe. Deren Leistungsbereiche werden in Abbildung 15.2 dargestellt:

Abbildung 15.2:
Leistungsbereiche der Integrationshilfe



Quelle: Integrationshilfe, Chancen leben, ich bin dabei, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa), Fachbereich Integrationshilfe, Juni 2015

Gesundheitliche Rehabilitation: Förderung bzw. Wiederherstellung körperlichen und seelischen Wohlbefindens; Frühförderung und rehabilitative Maßnahmen im neurologischen Bereich sollen Menschen mit Behinderung die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglichen.

Teilhabe an der schulischen und beruflichen Ausbildung: Ermöglichen der Teilhabe in Spielgruppen, im Kindergarten sowie in der schulischen und beruflichen Ausbildung. Dazu stehen ambulante und teilstationäre Hilfen zur Verfügung. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen gerecht zu werden, steht die wechselseitige Kooperation der Leistungsträger (Land, AMS, SMS, Schule u. a. m.) im Vordergrund.

Teilhabe am Arbeitsleben: Vorbereitung auf die Arbeit und die Anforderungen am offenen Arbeitsmarkt oder tagesstrukturierende, arbeitsnahe Angebote mit unterschiedlichen Tätigkeiten.

Entlastung der Familie: Mit den Leistungen zur Familienentlastung werden Angehörige von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Behinderung unterstützt. Die Leistung im Rahmen der Familienentlastung wird realisiert über Gutscheine, die die Wahl zwischen den verschiedenen Leistungsanbietenden möglich macht, oder in Form temporärer Betreuung in einem stationären Setting. Damit soll die Begleitung und Betreuung im vertrauten Zuhause so lange ermöglicht werden, wie es sich die Menschen mit Behinderung wünschen.

Teilhabe am gesellschaftlichen Leben: Leben in Eigenständigkeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch geeignete Assistenz- und Förderleistungen ermöglichen; für die Organisation von geeigneten Freizeitangeboten engagieren sich ehrenamtlich tätige Vereine und Selbsthilfegruppen. Das Land Vorarlberg bietet im Rahmen seiner Möglichkeiten finanzielle Unterstützung.

15.3 Unterstützungsangebot der Integrationshilfe

Die folgenden Leistungsangaben sind dem Dokument „Tätigkeitsbericht 2015“ der Vorarlberger Landesregierung entnommen.

Neben der Darstellung der einzelnen Leistungsbereiche wird im Folgenden ein Überblick über Alters- und Geschlechterverteilung der unterstützten Personen gegeben. Die Personengruppe der 0- bis 18-Jährigen, also Kinder und Jugendliche, stellen eine sehr große Gruppe dar, weshalb die Hilfsangebote für diese Gruppe detaillierter dargestellt werden.

Tabelle 15.1:
Anzahl der Leistungen nach Integrationsbereichen im Jahr 2015

Integrationsbereiche	Anzahl Leistungen
Gesundheitliche Rehabilitation	5.970
Teilhabe an der schulischen und beruflichen Ausbildung	1.019
Teilhabe am Arbeitsleben	707
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	4.862
Entlastung der Familie	421
Alle Integrationsbereiche	12.979

Quelle: Bericht Integrationshilfe, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Juni 2016
Darstellung: GÖ FP

Tabelle 15.2:
Anzahl der unterstützten Personen nach Altersgruppen, Jahr 2015

Altersgruppe	Anzahl Personen
00 bis unter 18 Jahre	5.252
18 bis unter 30 Jahre	804
30 bis unter 40 Jahre	512
40 bis unter 50 Jahre	683
50 bis unter 60 Jahre	784
60 Jahre und älter	2.170
Alter unbekannt	158
Alle	10.363

Quelle: Bericht Integrationshilfe, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Juni 2016
Darstellung: GÖ FP

Tabelle 15.3:
Anzahl der unterstützten Personen nach Geschlecht, Jahr 2015

Geschlecht	Anzahl Personen
Mädchen/Frauen	4.413
Buben/Männer	5.950
Alle	10.363

Quelle: Bericht Integrationshilfe, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Juni 2016
Darstellung: GÖ FP

Die folgenden Tabellen stellen ausgewählte Hilfsangebote der Integrationshilfe insbesondere für Kinder und Jugendliche dar. Da manche Personen unterschiedliche Leistungen benötigen und daher mehrere Hilfsangebote parallel in Anspruch nehmen, kommt es vor, dass einzelne Personen mehrfach gezählt sind.

Tabelle 15.4:
Hilfsangebote der Integrationshilfe für Kinder

Angebot	Zielgruppe/Leistung	Personen
Frühförderung	Kinder mit neuropädiatrischen und/oder kinderpsychiatrischen Krankheitsbildern	2.936
	Kinder mit entwicklungsbeeinträchtigenden Auffälligkeiten im mentalen, funktionalen, emotionalen, sozialen Bereich	
	Kinder mit Seh- und/oder Hörbehinderung	
Kindergarten	Ambulante Unterstützung und Begleitung bei der Kindergartenintegration	306
	Heilpädagogischer Kindergarten und Kindergarten für Hörgeschädigte	28
Therapie	Ambulante Therapien zur Ermöglichung der schulischen Ausbildung	2.648

Quelle: Bericht Integrationshilfe, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Juni 2016
Darstellung: GÖ FP

Tabelle 15.5:
Hilfsangebote der Integrationshilfe im Bereich Bildung

Angebot	Zielgruppe/Leistungen	Personen
Integration in der Schule	Ambulante Unterstützung bei der Integration in der Regelschule	442
	Kindertagesgruppe	51
Sonderpädagogische Förderung	Stützbetreuung in diversen Schulen	16
Spezieller Unterricht	Spezialschulen	224

Quelle: Bericht Integrationshilfe, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Juni 2016
Darstellung: GÖ FP

Tabelle 15.6:
Hilfsangebote der Integrationshilfe im Bereich Arbeit/Beschäftigung

Angebot	Zielgruppe/Leistungen	Personen
Ausbildungsplatz	Lehre, Teilqualifizierung, Anlehre	83
	Qualifizierungsprojekte	16
Integrativer Arbeitsplatz	Unterstützung zur Beschäftigung am offenen Arbeitsmarkt	364
Tagesstruktur	Beschäftigung in einer Werkstätte, Tagesstruktur in einem Wohnhaus, integrative Wochenstruktur	814

Quelle: Bericht Integrationshilfe, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Juni 2016
Darstellung: GÖ FP

15.4 Leistungsangebot für Menschen mit Behinderung – stationär, teilstationär und tagesstrukturierend

Für stationäre und teilstationäre Dienste in Vorarlberg gilt der Grundsatz bzw. der Leitgedanke „ambulant vor stationär“. Dabei werden vollstationäre Leistungen teilweise durch den verstärkten Ausbau von ambulanten Diensten und durch Möglichkeiten, selbstständig in eigenen Wohnformen zu leben, ersetzt.

Das Angebot stationärer und teilstationärer Dienste

Das Angebot an vollstationären Plätzen kommt zum überwiegenden Teil Menschen mit einer geistigen bzw. mehrfachen Behinderung zugute. Die Zahlen zum Berichtsjahr 2015 beinhalten auch die „Gästebetten“. Diese werden beispielsweise für familienentlastende Maßnahmen genutzt.

Tabelle 15.7:

Verteilung der vollstationären Plätze nach Art der Inanspruchnahme

Art der Inanspruchnahme	Anzahl Plätze	Betreute Personen
Menschen mit überwiegend geistiger/mehrfacher Behinderung	460	589

Quelle *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*.
 Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa), August 2016
 Darstellung: GÖ FP

Das stationäre bzw. teilstationäre Platzangebot in Vorarlberg beträgt im landesweiten Durchschnitt rund 1,7 Plätze pro 1.000 Einwohner/innen (EW). In Tabelle 15.8 ist die Verteilung auf Bezirksebene dargestellt. Der Bezirk Feldkirch weist mit 2,9 Plätzen pro 1.000 EW die höchste Versorgungsdichte auf. Der Bezirk Bregenz weist mit 1,0 Plätzen pro 1.000 EW die niedrigste Versorgungsdichte auf.

Tabelle 15.8:

Plätze und Bewohner/innen in den Segmenten stationäre und teilstationäre Dienste, Jahr 2015

Bezirk	Plätze	Plätze/1.000 EW	Anzahl der Bewohner/innen	
			Dauer-Aufnahmen	Kurzzeit-Aufnahmen
(801) Bludenz	68	1,1	65	34
(802) Bregenz	125	1,0	131	26
(803) Dornbirn	142	1,7	133	50
(804) Feldkirch	294	2,9	321	50
Vorarlberg	629	1,7	650	160

Summe der Bewohner/innen mit Dauer- und Kurzzeit-Aufnahme: Für allfällige Vergleiche mit den Vorjahren darf die Zahl der Nutzer/innen im Leistungsbereich Wohnen nicht einfach addiert werden, da beispielsweise bei Wechsel der Wohneinrichtung Doppelnennungen unvermeidbar sind.

Anmerkung: Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen wurde von GÖ FP berechnet.

Quelle: Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf.
 Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa), Fachbereich Integration,
 August 2016;
 Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015)
 Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Das Angebot im Leistungsbereich Tagesstruktur

Auch im Leistungsbereich Tagesstruktur weist eine große Zahl der dort versorgten Menschen eine geistige bzw. mehrfache Behinderung auf. Das etwas höhere Platzangebot für Menschen mit überwiegend geistiger oder mehrfacher Behinderung entsteht durch die Bemühungen, die Personen aus den Tagesstrukturen in Arbeitsplätze zu integrieren oder ihnen eine Ausbildung zu ermöglichen.

Tabelle 15.9:

Verteilung der Plätze nach Art der Inanspruchnahme, Jahr 2015

Art der Inanspruchnahme	Anzahl Plätze	Betreute Personen
Menschen mit überwiegend geistiger / mehrfacher Behinderung	1.192	1.134

Quelle: *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf.*
 Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa), Fachbereich Integration,
 August 2016
 Darstellung: GÖ FP

Das tagesstrukturierende Angebot in Vorarlberg beträgt im landesweiten Durchschnitt rund 3,5 Plätze pro 1.000 Einwohner/innen. In Tabelle 15.10 ist die Verteilung auf Bezirksebene dargestellt. Der Bezirk Feldkirch weist mit 5,2 Plätzen pro 1.000 EW die höchste Versorgungsdichte auf. Der Bezirk Bregenz weist mit 2,4 Plätzen pro 1.000 EW die niedrigste Versorgungsdichte auf.

Tabelle 15.10:

Plätze und Teilnehmer/innen in tagesstrukturierenden und teilstationären Angeboten, Jahr 2015

Bezirk	Plätze	Plätze/1.000 EW	Anzahl der Teilnehmer/innen	
			Dauer-Aufnahmen	Kurzzeit-Aufnahmen
(801) Bludenz	207,5	3,4	191	23
(802) Bregenz	316,5	2,4	365	0
(803) Dornbirn	262,0	3,1	338	2
(804) Feldkirch	536,0	5,2	597	0
Vorarlberg	1.322	3,5	1.490	25

Anmerkungen:

Summe von Dauer- und Kurzzeit-Aufnahmen: Für allfällige Vergleiche mit den Vorjahren darf die Zahl der Nutzer/innen im Leistungsbereich Tagesstruktur nicht einfach zusammengezählt werden, da beispielsweise bei Wechsel der Werkstätte Doppelnennungen unvermeidbar sind.

Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen wurde von GÖ FP berechnet.

Quelle: *Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf.*
 Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa), Fachbereich Integration,
 August 2016
 Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015)
 Berechnung und Darstellung: GÖ FP

16 Nahtstellenmanagement Gesundheit, Pflege und Betreuung

16.1 Interdisziplinäre Ansätze

Unter *Nahtstellenmanagement* (NSM) wird die prozessbezogene Organisation der Versorgung an den Übergängen/Nahtstellen innerhalb des Gesundheits- und zum Sozialbereich verstanden (ÖSG 2017, unveröffentlicht).

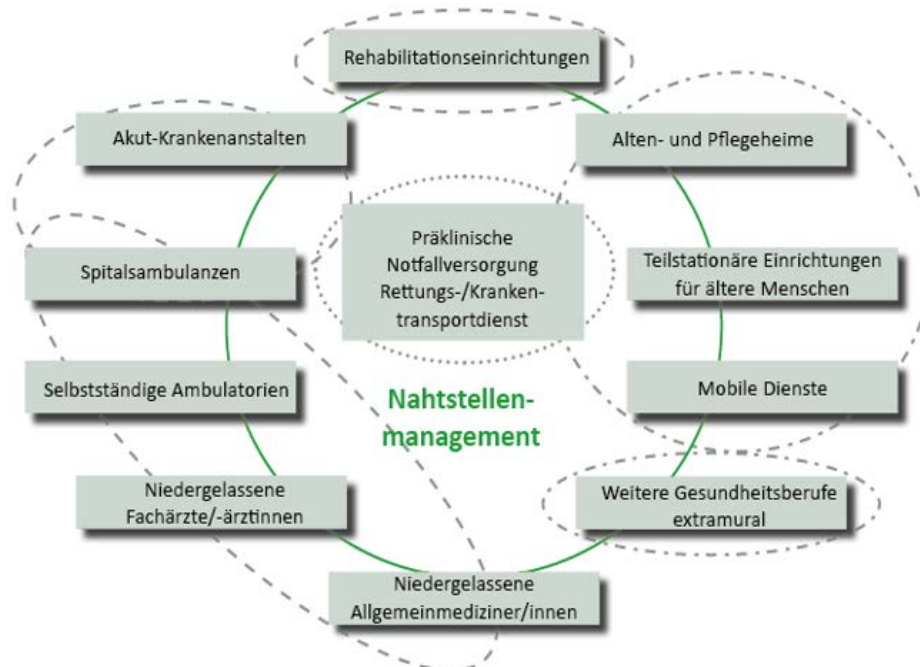
Ein funktionierendes NSM umfasst soziale, ärztliche pflegerische und therapeutische und pharmazeutische Versorgung in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen bzw. Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens. Gesundheitsförderung und Prävention sind ebenfalls als Teil eines funktionierenden NSM zu betrachten. Die Verbesserung des Managements an den Nahtstellen soll den Betreuungsverlauf patientenorientiert, rasch, reibungs- und lückenlos, effektiv, effizient und sinnvoll sicherstellen; vgl. Abbildung 16.1 (ÖSG 2017 unveröffentlicht).

Die *Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich* (BQLL AUFEM) stellt standardisierte Handlungsanleitungen zu Prozessen zur Verfügung. Ein standardisiertes AUFEM in den Akut-krankenanstalten soll die Patientenversorgung an den neuralgischen Stellen des Systems substanziell verbessern. Die BQLL bezieht sich primär auf organisatorische Rahmenbedingungen, d. h. sie beschreibt keine medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Interventionen (ÖSG 2017, unveröffentlicht). Die BQLL AUFEM diene als Grundlage für das in Vorarlberg implementierte *Entlassungsmanagement 2013plus* in den Vorarlberger Fondskrankenanstalten.

Unter *Integrierte Versorgung* wird eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung verstanden (*Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens*, Stand Dezember 2016).

Abbildung 16.1:

Sphären und Teilbereiche der integrativen regionalen Versorgungsplanung



Legende:

Die strichlierten Linien stellen die einzelnen Teilbereiche der Gesundheitsversorgung dar.

Quelle: ÖSG 2017 Entwurfsfassung, Stand 13.3.2017

Als Grundlage für die Umsetzung *Integrierter Versorgung* können Strategien und Qualitätsstandards dienen. *Die österreichweite Demenzstrategie* stellt beispielsweise eine Grundlage für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Demenz dar (*ÖSG 2017*). Care- und Case Management-Programme stellen eine Möglichkeit dar, die Versorgung für Patientinnen/Patienten integriert zu gestalten, indem die unterschiedlichen Ebenen der Gesundheits- und Krankenversorgung und des Sozialbereichs kontinuierlich aufeinander abgestimmt werden.

Im Folgenden werden die in Vorarlberg umgesetzten Projekte mit Fokus *Nahtstellenmanagement* bzw. *Integrierte Versorgung* beschrieben – zu Beginn der Ausführungen wird die österreichweite Demenzstrategie skizziert:

- » Demenz
 - » Österreichweite Demenzstrategie
 - » Aktion „Demenz“
 - » Gerontopsychiatrie in Pflegeheimen
- » Geriatrische Remobilisation im Pflegeheim
- » Care Management
- » Case Management
- » Präventive Hausbesuche 75+

- » Krankenhaus Pass
- » *Entlassungsmanagement 2013plus* in den Vorarlberger Fondskrankenanstalten

Quellenangaben zu den einzelnen Projektbeschreibungen befinden sich am Ende der einzelnen Kapitel.

Quellen: Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Stand Dezember 2016; BMG/GÖG 2012: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM), BMGF/GÖG: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017; Arbeitsversion, unveröffentlicht)

16.2 Demenz

16.2.1 Österreichweite Demenzstrategie

Die für Österreich entwickelte Demenzstrategie *Gut leben mit Demenz* bildet einen Rahmen von partizipativ und konsensuell erarbeiteten Wirkungszielen, deren Erreichen die Lebenssituation von Menschen mit Demenz verbessert. Dadurch und durch entsprechende Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit von An- und Zugehörigen soll auch deren Lebenssituation verbessert werden.

Daher wurden Wirkungsziele (WZ) und Handlungsempfehlungen (HE) mit Betroffenen, Entscheidungsträgern/Entscheidungsträgerinnen und Umsetzern/Umsetzerinnen und Experten/ Expertinnen in einem Prozess gemeinsam entwickelt. Arbeitsgruppen diskutierten in 18 Sitzungen Maßnahmen und Vorschläge, die auf unterschiedlichen Ebenen umgesetzt werden können.

Die präzisierten Handlungsempfehlungen ermöglichen den Entscheidungsträgern/-trägerinnen (auf Bundes-, Länder- und Gemeinde-Ebene) in ihren jeweiligen Wirkungsbereichen konkrete Maßnahmen zu planen und umzusetzen, um so gemeinsam die definierten Wirkungsziele zu erreichen.

Was soll die Demenzstrategie bewirken?

Für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen

- » In einem Lebensumfeld wohnen zu können, das Teilhabe sicherstellt und weitest gehende Selbstbestimmung fördert.
- » Unterstützungsangebote zu kennen und diese auch nutzen zu können.
- » Darauf vertrauen zu können, von optimal geschulten und qualifizierten Menschen professionell betreut und unterstützt zu werden.
- » Bestmögliche mobile, teilstationäre und stationäre Betreuungsformen vorzufinden, die integrierte Versorgung flächendeckend ermöglichen, und aus einer Vielfalt von Angeboten wählen zu können.

- » Im Krankenhaus darauf vertrauen zu können, dass auf die eigenen Bedürfnisse (im Zusammenhang mit Demenz) eingegangen wird
- » Flächendeckend und wohnortnah niederschwellige Anlaufstellen zur Information, Beratung, Früherkennung, Diagnose und Begleitung vorzufinden, in denen multiprofessionelle Teams gemeinsam mit den Menschen individuelle Maßnahmen planen und notwendige Leistungen koordinieren

Für An- und Zugehörige

- » In einem Lebensumfeld wohnen zu können, das Unterstützung und Betreuung von Angehörigen mit Demenz möglich und leichter macht.
- » Unterstützungsangebote zu kennen.
- » Ausreichend zur Unterstützung und Betreuung von Angehörigen mit Demenz geschult, beraten und unterstützt zu werden.
- » Aus einer Vielfalt von Angeboten für den Angehörigen mit Demenz wählen zu können, um so in der Betreuung unterstützt zu werden.
- » Flächendeckend und wohnortnah niederschwellige Anlaufstellen zur Information, Beratung, Früherkennung, Diagnose und Begleitung vorzufinden, in denen multiprofessionelle Teams gemeinsam mit den Menschen individuelle Maßnahmen planen und notwendige Leistungen koordinieren.

Für die Bevölkerung

- » Mehr Bewusstsein für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz entwickeln und in einem Gemeinwesen leben, in dem Teilhabe von allen gelebte Wirklichkeit ist.
- » Informationen zum Thema Demenz erhalten, die die Angst vor der Krankheit nimmt und den Umgang damit erleichtert.
- » Sensibilität für einen positiven Zugang zur Krankheit Demenz entwickeln.
- » Für spezifische Berufsgruppen, z. B. für kommunale Dienstleister, Behörden, Exekutive, Einsatzorganisationen oder Apotheken: Spezifische Informationen zur jeweils eigenen (beruflichen) Tätigkeit erhalten, um Menschen mit Demenz besser zu verstehen und auf ihre Bedürfnisse eingehen zu können.

Für Gesundheits- und Sozialberufe und Anbieter/innen von Gesundheits- und sozialen Dienstleistungen

- » Ausreichend im Umgang mit Menschen mit Demenz geschult zu sein und sich laufend aus- und weiterbilden können.
- » Im Weiterentwickeln der Angebote auf ausreichende und qualitätsgesicherte Daten und Forschungsergebnisse zugreifen können.

Für (politische) Entscheidungsträger/-trägerinnen

In einem laufenden Austausch mit Experten/Expertinnen und anderen Entscheidungsträgern/Entscheidungsträgerinnen zu stehen, um auf Bundes und Landesebene aufeinander abgestimmte Strukturen und Rahmenbedingungen für Menschen mit Demenz zu schaffen und weiter zu entwickeln.

16.2.2 Aktion Demenz

Im Mittelpunkt der „Aktion Demenz“ steht die Vision, dass in Vorarlberg Menschen mit Demenz am öffentlichen und sozialen Leben ungehindert teilhaben können. Mit der Aktion Demenz soll ein Beitrag zur würdigen Betreuung und Integration von Menschen mit einer demenziell bedingten Veränderung und zur Unterstützung von deren Angehörigen geleistet werden. Als zentrale Aufgabe wird die Verbesserung der Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz angesehen. Durch Öffentlichkeitsarbeit wird das Bewusstsein für die Thematik gestärkt und ein aufgeklärtes Bild von Demenz vermittelt.

Die Schwerpunkte sind folgende:

- » Demenzfreundliche Gemeinden und Regionen: Im Mittelpunkt dieses Schwerpunkts steht das Gemeinwesen als Lebensraum, in dem das alltägliche Miteinander von Menschen mit und ohne Demenz stattfindet.
- » Ethik und Demenz: „Wenn wir alle Lebensbereiche nur noch nach wirtschaftlichen Gesetzen formen, geraten wir in eine Sackgasse. Dadurch verfehlen und verpassen wir wesentliche Dinge im Leben. ... Heilen und Pflegen bedeutet mehr, als man in starren Pflegenormen ausdrücken kann.... Eine Gesellschaft lebt von Flexibilität, Wagnis, von Neugier und Aufbruch“. (Johannes Rau 2003)
- » Kunst und Kultur von und für Menschen mit Demenz: Dieser Themenkomplex wird als bedeutsamer „Türöffner“ für den angestrebten Einstellungswandel im Hinblick auf Demenz betrachtet und soll ermutigen, die bereits vorhandenen Aktivitäten und Innovationen auszuweiten, neue Zugänge zu schaffen und bestehende weiterzuentwickeln.
- » Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus: Der Schwerpunkt liegt auf der Verbesserung der fachlichen und menschlichen Begleitung von Demenzkranken im Krankenhaus.
- » Qualifizierung: Qualifizierung ist ein grundlegendes Multiplikationsinstrument für das Thema Demenz. Ein zivilgesellschaftlicher Ansatz muss sich der Akzeptanz, Unterstützung und Kooperation von Akteuren und Akteurinnen versichern und daher auch für diese Informations- und Qualifizierungsbemühungen unternehmen.
- » Ernährung, Bewegung und Demenz: Für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz sind gutes Essen und Trinken, gutes Kommunizieren und Bewegung von

ganz besonderer Bedeutung, dies sollte verstärkt in der Fachöffentlichkeit, den Massenmedien und auch in der multidisziplinären Forschung zum Thema gemacht werden.

- » Technologie und Demenz: Technik ist in keinem Fall Ersatz für menschliche Zuwendung. Es gilt eine kritische Auseinandersetzung bezüglich der Technik zu führen, um deren Potenzial zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Pflegepersonen zu erkennen und zu nutzen.

Zahlreiche Aktionen und Projekte können ausgewählt werden. Verschiedene Gemeinden beteiligen sich jeweils (vgl. Tabelle 16.1). Details können www.aktion-demenz.at entnommen werden. Als Ausblick wird das Fortführen und Weiterentwickeln der Aktion Demenz genannt.

Quellen: Österreichweite Demenzstrategie, www.aktion-demenz.at, BMASK Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015

Tabelle 16.1:

Ambulante Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz

Angebot	Ziel	Anbieter/Vermittler	Gemeinden
Ambulante gerontopsychiatrische Pflege	Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen möglichst lange ein weitgehend selbstbestimmtes Leben im gewohnten Umfeld zu ermöglichen und die Betroffenen und ihre Angehörigen, sowie Betreuungs- und Pflegepersonen und Fachkräfte in Sozial- und Gesundheitsdiensten zu unterstützen und anzuleiten.	Hauskrankenpflege (dzt. KPV Feldkirch-Tosters, KPV Hohenems, KPV Götzis), geplant ab September 15: KPV Vorderland	Feldkirch- Tosters, Hohenems, Götzis; geplant ab September 15: Röthis, Sulz, Viktorsberg, Laterns, Zwischenwasser, Klaus, Weiler und Fraxern
Aktion Demenz			
Demenzstrategie Österreich			
Mobile Hilfsdienste	Ambulante Betreuung als Grundvoraussetzung zum Verbleib zu Hause und Hilfe zur Selbsthilfe. Mobile Hilfsdienste als Anbieter von ambulanten Leistungen für Personen, die auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung Betreuung und Hilfe benötigen.	Mobile Hilfsdienste	alle Gemeinden
Betreuungspool – "Bedarfsorientierte Betreuung" Vorgabe: ab 4 Std am Stück, mind. 20 Std pro Woche	Ambulante Betreuung als Grundvoraussetzung zum Verbleib zu Hause und Hilfe zur Selbsthilfe. Die Aktivitäten des Betreuungspools bestehen in der Rekrutierung, Beratung und Schulung von selbstständigen Personenbetreuer/innen.	Betreuungspool	alle Gemeinden
aqua mühle frastanz gGmbH	Ambulante Betreuung als Grundvoraussetzung zum Verbleib zu Hause und Hilfe zur Selbsthilfe. Seit Mitte 2006 werden von der aqua Mühle Frastanz gGmbH vom AMS zugewiesene Frauen zur Heimhelferin gem. Sozialbetreuungsberufegesetz qualifiziert (400 Stunden Theorie und Praxis) und anschließend vorübergehend beschäftigt. Eingesetzt werden die Heimhelferinnen in enger Kooperation mit den Mobilien Hilfsdiensten.	aqua mühle frastanz gGmbH	
Tagesbetreuung	Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf bis zur Pflegestufe 3; zeitweise Unterbringung und eventuell Verpflegung	Pflegeheime, Mobile Hilfsdienste, Krankenpflegevereine	
Zuschuss des Landes zum Pflegegeld bei ambulanter Pflege	Pflegegeld-Beziehende ab Stufe 5, die überwiegend zu Hause von Angehörigen oder Nachbarn gepflegt werden, erhalten diesen Zuschuss	Bezirkshauptmannschaften	alle Gemeinden
Pflegegeld	Personen mit schwerer geistigen oder psychischen Behinderung (ab dem 15. Lebensjahr) insbesondere demenzielle Erkrankung erhalten einen zusätzlichen Stundenwert im Ausmaß von 25 Stunden (Erschwerniszuschlag)	Pensionsversicherungsanstalten, VLR bei Pflegestufen 1 und 2	bundesweit, über alle Gemeinden

Quelle: BMASK 2016

16.3 Gerontopsychiatrie in Pflegeheimen

Ausgangssituation

Dieses Projekt wird seit Februar 2012 im Auftrag des Vorarlberger Sozialfonds in Kooperation mit pro mente Vorarlberg GmbH, aks gesundheit GmbH und connexia und beteiligten Pflegeheimen durchgeführt. Menschen mit hohem Pflegebedarf sind im Pflegeheim untergebracht, da die Alltagsbewältigung zu Hause aus verschiedenen Gründen nicht mehr möglich ist. Pflegenden in den Pflegeheimen sind oft Brückenbauer zwischen den Realitäten und haben auch die Aufgabe, „Pflegesituationen auszuhalten“, die in anderen Settings nicht mehr haltbar sind. Durch eine gemeinsame Reflexion von schwierigen Pflegesituationen und durch gemeinsam getragene Lösungsversuche fühlen sich Pflegenden selbstgestärkter, kreativ und in ihrem Team gestärkt.

Zielsetzung

Die fachgerechte Versorgung von psychisch und demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern soll gewährleistet werden, Betreuungs- und Pflegekräfte sollen durch den Aufbau von Fachkompetenz gestärkt und entlastet werden, die niedergelassene Ärzteschaft soll unterstützt und Psychopharmaka reduziert bzw. angepasst dosiert werden.

Maßnahmen

Zur Weiterentwicklung dezentraler Unterstützungsstrukturen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erarbeitete das Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie des Psychiatriebeirates in der Vergangenheit ein Maßnahmenbündel:

- » Zwischen 2012 und 2014 wurden zwei neue Leistungen erprobt: *Gerontopsychiatrische Fallbesprechungen mit den Pflegeteams und Fachärztinnen/Fachärzten* sowie
- » *Geronto-psychiatrische Konsiliar- und Liasondienste durch Fachärztinnen/Fachärzte.*

Im Rahmen des Projekts fanden 2015 Schulungen für mehr als 250 Pflegenden statt. Durch die Inhouse-Schulung *Fallbesprechungen - vorbereiten, moderieren und ausarbeiten* für die Fallkoordinatorinnen und -koordinatoren begannen einige Pflegeheime pflegerische Fallbesprechungen auch ohne Fachärztinnen und -ärzte durchzuführen. In diesen Fallbesprechungen wird ein gezieltes Ausschöpfen von pflegerischen Strategien und Handlungsmöglichkeiten angestrebt.

Projektphasen

Die Projektphase 1 des ersten Durchgangs lief bis Juni 2014. Alle neun Pflegeheime gingen weiter in die Projektphase 2 bis Dezember 2016. Zusätzlich wurde ein zweiter Projektdurchgang vom Vorarlberger Sozialfonds bewilligt, an dem sich zwölf weitere Pflegeheime beteiligen. Dieser zweite Projektdurchgang startete mit der ersten Phase im Jänner 2015 und endete im Dezember 2016 (Stand Oktober 2016). Die zweite Phase startet mit Jänner 2017 (Stand Oktober 2016) und endet mit Dezember 2018. Weitere zwölf Pflegeheime bemühen sich um die Aufnahme in den dritten Durchgang des Projekts.

Insgesamt umfasst das Projekt nun 21 Pflegeheime (bis Ende 2016) und 1.102 Menschen mit Pflegebedarf.

Quellen: connexia Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2015, Amt der Vorarlberger Landesregierung: Sicherungs-, Aus- und Aufbaupläne 2017 Vorarlberg (Bericht: 15. 8. 2016), BMASK Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015, Projektbericht/Pflege: Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Kompetenz in den Vorarlberger Pflegeheimen, connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH. Mai 2016

16.4 Geriatrische Remobilisation im Pflegeheim

Zielsetzung

Mit der geriatrischen Remobilisation im Pflegeheim wird die nachgelagerte Versorgungsstruktur im Anschluss zur stationären Akutversorgung unterstützt.

Die *Übergangspflege* – als eine Kurzzeitpflege-Form, die im stationären Langzeitbereich erbracht wird – ist eine etablierte Form der nachgelagerten Versorgungsstruktur. Ziel der Übergangspflege ist im Anschluss an einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus den Übergang in das häusliche Umfeld vorzubereiten und ein bedarfsgerechtes Betreuungs- und Pflegesetting aufzubauen (vgl. Kapitel Kurzzeitpflege).

Ziel der geriatrischen Remobilisation im Pflegeheim ist Patientinnen und Patienten mit orthopädischen und neurologischen Erkrankungen eine Therapie in einem für sie adäquaten Umfeld anzubieten, das es ihnen ermöglicht wieder in ihr gewohntes häusliches Umfeld zurückkehren zu können.

Um ältere bzw. alte Patientinnen/Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt wieder auf eine weitgehend selbstbestimmte Lebensführung vorzubereiten und diese zu ermöglichen, wird das Projekt *Geriatrische Remobilisation im Pflegeheim* durchgeführt. Ziel ist es, die Verweildauer geriatrischer Patientinnen/Patienten im Krankenhaus zu verkürzen und unerwünschte Wiederaufnahmen zu vermeiden.

Zielgruppe

Menschen mit einer neurologischen Erkrankung (Hirnblutung, Schlaganfall, Schädelhirntrauma) oder mit Sturzverletzung (z. B. Schenkelhalsfraktur) sind nach der Akutversorgung im Krankenhaus in hohem Ausmaß einer besonders belastenden Situation ausgesetzt. Diese Patientinnen/Patienten befinden sich in einer subakuten Phase der Erkrankung, die mit Immobilität, Pflegebedürftigkeit und Unselbständigkeit einhergeht.

Für diese geriatrischen Patientinnen/Patienten ist eine nachgelagerte bedarfsgerechte Versorgungsstruktur notwendig, die die pflegerische, therapeutische und medizinische Versorgung verbindet. Bisher fand dies vor allem in der Remobilisation und Nachsorge der Krankenanstalten statt.

Projektbeschreibung

- » Die Patientin bzw. der Patient kommt aus einer Fachabteilung der Landeskrankenhäuser Bregenz, Feldkirch oder Rankweil.
- » Die Aufnahme der Patientinnen/Patienten erfolgt über Zuweisung der entlassenden Fachabteilungen der Krankenhäuser. Das lokale bzw. regionale Case Management wird bei Bedarf eingebunden.
- » Es sind Patientinnen und Patienten, die nach max. 28 Tagen eine selbständige Lebensführung zu Hause erwartet lassen bzw. eine Weiterbetreuungsoption zu Hause (häusliche Pflege) besteht.
- » Das Angebot der geriatrischen Remobilisation im Pflegeheim ist zeitlich auf 28 Tage beschränkt.
- » Die therapeutischen Leistungen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sind ein wesentlicher Bestandteil.
- » Medizinische Versorgung mit regelmäßigen Visiten (3x wöchentlich) durch eine/n definierte/n Allgemeinmediziner/in mit Geriatrie-Ausbildung und bei Bedarf durch die Regelversorgung (Fachärzte/-ärztinnen aus dem niedergelassenen Bereich bzw. durch die Ambulanzen der Fachabteilungen).

Umsetzungsorte

In zwei Pflegeheimen, die besonders auch für Therapieangebote ausgestattet sind, wird das Angebot als Projekt für zwei Jahre anberaumt. Die Pflegeheime sind für Pflege- und Betreuungsleistung zuständig, die Patientinnen/Patienten profitieren von der Tagesstruktur im Pflegeheim.

Das Pilotprojekt der geriatrischen Remobilisation ist auf zwei Jahre angesetzt und soll ab dem ersten Quartal 2017 in zwei Heimen mit jeweils fünf Plätzen umgesetzt werden. Das Angebot ist zeitlich auf 28 Tage beschränkt. Die therapeutischen Leistungen wie etwa die Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sind daher ein wesentlicher Bestandteil.

Finanzierung

Finanziert wird das Projekt mit Mitteln aus dem Sozialfonds, dem Landesgesundheitsfonds, der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und mit Kostenbeteiligung von Patientinnen/Patienten.

Quelle: Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)

16.5 Care Management

Care Management bedeutet Aufbau, Planung und Steuerung von weitestgehend verbindlicher, standardisierter und aufeinander abgestimmter Zusammenarbeit der professionellen und freiwilligen Akteurinnen und Akteure in der Region, die Hilfe anbieten und die für den Einzelfall koordiniert abgestimmt werden können. Dies geschieht im Einklang mit der landesweiten Bedarfsplanung. Es gelten die Prinzipien *Bedarfsorientierung* und *so viel wie möglich ambulant, so viel wie nötig stationär*.

Ziele

In einem kontinuierlichen Prozess soll eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen den Gemeinden und den Anbietern der verschiedenen Dienstleistungen (ambulant, teilstationär, stationär, Case Management) ausgebaut und erhalten werden. Auf Basis von 19 Planungsregionen (aus insgesamt 96 Gemeinden Vorarlbergs) wird gemeindeübergreifende Betreuung und Pflege zukunftsfähig und sozialplanerisch sinnvoll angegangen.

Tätigkeiten 2015

- » Regelmäßige Organisations- und Austauschtreffen („Runder Tisch“)
- » Weiterentwicklung und Interpretation des Vorarlberg-Monitorings (Pflegeheime, 24-Stunden-Betreuung, Tagesbetreuung)
- » Formulierung von gemeinsamen Haltungen und Grundsätzen im Care Management
- » Erarbeitung einer gemeinsamen Gliederungsempfehlung für das Konzept *Betreuung und Pflege älterer Menschen*
- » Erarbeitung eines Standards zur Befragung betreuender und pflegender Angehöriger (nicht-stationärer Bereich) auf Basis der Vorlagen aus Dornbirn und Lustenau
- » Erarbeitung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege
- » Organisation und Durchführung von Road-Tour-Terminen der Landesrätin in den ersten fünf Planungsregionen: Blumenegg/Großes Walsertal, Mittlerer Bregenzerwald, Dornbirn, Vorderwald.

Ergänzend zum im Jahr 2012 erstellten Bedarfs- und Entwicklungsplan in Bezug auf die aktuelle Pflegebedürftigkeit und die zu erwartenden Bedarfe in den Leistungssegmenten des ambulanten

und stationären Bereiches wurden für den stationären und einen Teil des ambulanten Bereichs weitere Kennzahlen entwickelt und evaluiert mit dem Ziel, verfeinerte Planungsgrundlagen vorliegen zu haben und regionsindividuelle Ausprägungen noch besser berücksichtigen zu können. Die Bildung weiterer Kennzahlen und Ansätze zur Messung von Interdependenzen und Verläufen befindet sich in der Planung und Umsetzung.

Quellen: connexia Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2015, BMASK: Pflegevorsorgebericht 2015

16.6 Case Management

Das Projekt *Case Management in der Betreuung und Pflege* in Vorarlberg startete im Oktober 2011 im Auftrag des Vorarlberger Sozialfonds und war bis Ende Juni 2013 angelegt. Im Juli 2013 wurde das Projekt *Case Management in der Betreuung und Pflege* in den Regelbetrieb übergeführt. Das Land Vorarlberg beauftragte die connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege in der Projektphase mit der Projektleitung und für den Zeitraum Juli 2013 bis Juni 2016 mit der Übernahme der Prozessbegleitung (der organisatorischen und fachlichen Begleitung) des landesweiten Case Managements.

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen erhalten dank des Case Managements in ihrer Gemeinde bzw. Region qualifizierte Beratung rund um Fragen zur Betreuung und Pflege. Mit dem Handlungsansatz des Case Managements wird sichergestellt, dass individuell, gemeinsam und bedarfsorientiert ein Versorgungspaket geplant, umgesetzt, koordiniert und evaluiert wird. Dadurch kann eine Unter- oder Überversorgung vermieden bzw. eine Fehlversorgung verhindert werden. Case Management kommt dann zum Tragen, wenn es mehrere verschiedene Dienstleister aufeinander abzustimmen gilt, eine komplexe Betreuungs- und Versorgungssituation, die vom Betroffenen alleine nicht bewältigt werden kann – vorliegt oder die Gefahr besteht, dass Angehörige mit der Situation überfordert sind. Im Zeitraum 1. 1. bis 31. 12.2015 wurden im Rahmen des Case Managements insgesamt 1.470 Klientinnen und Klienten begleitet bzw. betreut.

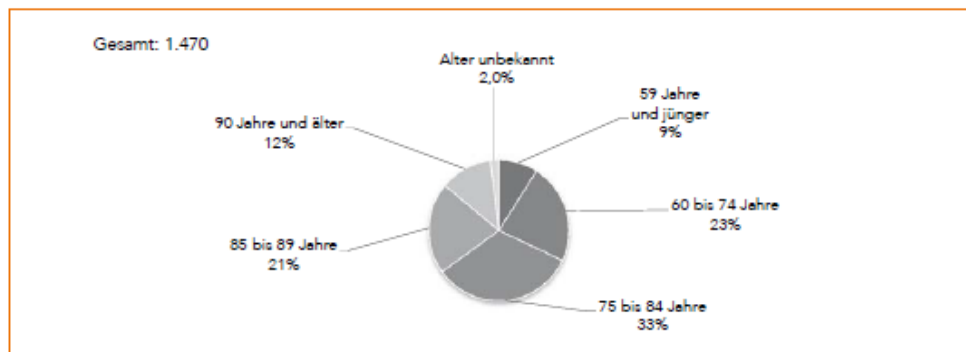
Leistungserbringung im Detail (Richtlinie Case Management)

- » Informations- und Beratungsgespräch
- » Clearing/Intake Assessment (Klärungsphase)
- » Zielvereinbarung und Hilfeplanung
- » Durchführung und Linking
- » Monitoring
- » Evaluation (Bewertung und Abschluss)
- » Präventive Kontaktaufnahme

Abbildung 16.2 zeigt die Klientinnen/Klienten des Case Managements nach Altersgruppen: Zwei Drittel der Klientinnen/Klienten befinden sich in einem höheren Alter und zwar ab 75 Jahren (66 Prozent).

Abbildung 16.2:

Case Management: Klientinnen und Klienten differenziert nach Altersgruppen im Jahr 2015



Quelle: Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2015

Insgesamt wurden im Jahr 2015 rund 23.270⁵⁸ Leistungsstunden erbracht (eine Leistungsstunde umfasst 60 Minuten). Zwischen den Jahren 2012 und 2015 erhöhte sich das Leistungsvolumen somit um rund 46 Prozent (2012: 15.872 Leistungsstunden, 2015: 23.269,3). Leistungsstunden pro 1.000 Einwohner/innen variieren zwischen den Bezirken im Jahr 2015 stark: während in Bludenz nur rund 707 Stunden pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren geleistet werden, liegt das Leistungsvolumen in Feldkirch um rund 24 Prozent höher.

Tabelle 16.2:

Case Management: Leistungsstunden pro Bezirk absolut und pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahre im Jahr 2015

Bezirk	2012		2015	
	absolut	pro 1000 EW 75+	absolut	pro 1000 EW 75+
Bludenz	1.496,5	318,8	3.635,8	707,2
Bregenz	5.522,3	615,3	7.671,3	772,2
Dornbirn	3.642,5	648,1	5.491,5	850,2
Feldkirch	5.210,8	803,4	6.470,8	878,5
Vorarlberg	15.872,0	1.419,7	23.269,3	805,2

Anmerkung: EW = Einwohner/innen

Die Kennzahl pro 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahren wurde von GÖ FP berechnet.

Quelle: connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege; weitere Informationen von Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (Iva) zur Verfügung gestellt
 Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresanfangswerte 2015)
 Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Für das Case Management standen mit Ende 2015 insgesamt 12,8 Vollzeitäquivalente (VZÄ) zur Verfügung. Diese sind auf 39 Personen (inklusive Stellvertretung) aufgeteilt. Rund 92 Prozent der

⁵⁸ Region Bludenz startete erst am 1. April 2015; vom Kleinwalsertal liegen keine Daten vor.

im Case Management tätigen Personen schlossen die vorgeschriebene Weiterbildung *Case Management* bereits ab. Mit Projektbeginn 2011 starteten 13 Gemeinden bzw. Regionen. Während des Projektzeitraums und seit der Überführung in den Regelbetrieb ab Mitte 2013 kamen laufend weitere Gemeinden und Regionen dazu. Somit haben Ende 2015 bereits 94 von 96 Gemeinden ein regionales Case Management implementiert.

Quellen: connexia Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2015; Case Management in der Betreuung und Pflege: Jahresbericht 2015, Richtlinie Case Management in der Betreuung und Pflege älterer Menschen in Vorarlberg; Version 2.0

16.7 Präventive Hausbesuche 75+

Das Projekt *Präventive Hausbesuche* ist seit 2007 in der Testphase und soll 2017 Vorarlberg weit in den Regelbetrieb übergeführt werden. Bei präventiven Hausbesuchen handelt es sich um kostenlose Vorsorge-Hausbesuche für Bürgerinnen und Bürger ab dem 75. Lebensjahr, die nicht in einem Senioren- oder Pflegeheim wohnen⁵⁹. Da diese Besuche überwiegend die Hauskrankenpflege-Vereine durchführen, wurde in diesem Zusammenhang ein zusätzliches Projekt *Sturzprävention* ins Leben gerufen. Im Rahmen von Hausbesuchen sollen Menschen ab 75 Jahren bei Vorliegen eines Sturzrisikos mindestens ein halbes Jahr lang professionell im Erlernen eines speziellen Übungsprogramms begleitet werden. Gleichzeitig geht es darum die Eigenverantwortung der Seniorinnen und Senioren zu stärken und sie zu motivieren, diese Übungen später selbst fortzusetzen, um dadurch länger selbstständig in ihrer Wohnung leben zu können.⁶⁰

Quelle: Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015: Innovative Maßnahmen und Projekte; Amt der Vorarlberger Landesregierung: Sicherheits-, Aus- und Aufbaupläne 2017 Vorarlberg: Bericht des Landes Vorarlberg vom 15. August 2016

16.8 Krankenhaus Pass

Was ist der Krankenhaus Pass?

Im Krankenhaus Pass werden wichtige Informationen über den Patienten/ die Patientin in kurzer und prägnanter Form festgehalten.

⁵⁹ Vgl. Innovative Maßnahmen und Projekte, Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg 2015

⁶⁰ Vgl. Sicherheits-, Aus- und Aufbaupläne 2017 Vorarlberg, Bericht des Landes Vorarlberg vom 15. August 2016

Gleichzeitig hat der Pass Signalwirkung und macht Angestellte aus Verwaltung, Pflege und Ärzteschaft im Krankenhaus auf den ersten Blick auf besondere Bedürfnisse des Inhabers / der Inhaberin aufmerksam. Insgesamt soll der Krankenhausaufenthalt dadurch reibungsloser für alle Beteiligten gestaltet werden.

Zielgruppe

Damit der Krankenhaus Pass als effektives Signal für Pflege- und ärztliches Personal dient, muss eine nachvollziehbare Vergabe an die Zielgruppe gewährleistet werden.

Der Krankenhaus Pass ist für Personen ohne ausreichende Kommunikationsfähigkeit/–möglichkeit im Krankenhaus gedacht:

- » Menschen, die von Unbekannten nur schwer oder gar nicht verstanden werden.
- » Menschen mit schweren kognitiven Einschränkungen.
- » Menschen, denen es nicht möglich ist, ihre Interessen und Bedürfnisse in einer unbekanntem Umgebung ausreichend auszudrücken.

Inhalte

Der Krankenhaus Pass beinhaltet nichtmedizinische Informationen über die Inhaberin/den Inhaber. Er soll die Begegnung mit dem Krankenhauspersonal erleichtern. Die Inhalte gliedern sich in drei Abschnitte, die auf acht A6-Seiten dargestellt werden:

- » Stammdaten und wichtige Kontaktpersonen
- » Hinweise für eine erfolgreiche Begegnung mit dem Patienten /der Patientin
- » Informationen über wichtige Routinen bei Ernährung und Pflege

Um den Krankenhaus Pass auch für Personen ohne Sprache zugänglicher zu machen, sind die Inhalte im Krankenhaus Pass durch unterstützte Kommunikation (UK) erweitert. Mit der Symbolsprache *Boardmaker™* werden die Inhalte der Unterpunkte auch bildlich dargestellt. Dies erleichtert es Patientinnen/Patienten ohne Sprache durch Deuten auf Inhalte im Pass hinzuweisen.

Entstehung/Entwicklung des Krankenhaus Passes

Der Krankenhaus Pass ist ein Projekt der Vorarlberger Landesregierung. Während der unterschiedlichen Entwicklungsschritte wurden Konzept und Prototyp eng mit Akteurinnen/Akteuren aus Pflege-, Sozial- und Gesundheitsbereich abgestimmt. Die Rückmeldungen und Vorschläge der befragten Personen waren bei der Konzeption und Entwicklung des endgültigen Krankenhaus Passes von maßgeblicher Bedeutung.

Quelle: Folder *Krankenhaus Pass*, www.krankenhaus-pass.at

16.9 Entlassungsmanagement 2013plus in den Vorarlberger Fondskrankenanstalten (unter Einbindung der Bundesqualitätsleitlinie *Aufnahme- und Entlassungsmanagement*)

Einleitung

Beim Reformpoolprojekt *Entlassungs- und Übernahmemanagement bei komplexen Entlassungen* stand eine mengenmäßig kleine, aber betreuungsintensive Patientengruppe im Mittelpunkt. Und zwar jene Patientinnen und Patienten, die wieder in häusliche Betreuung entlassen werden können, dabei aber einen gegenüber der Zeit vor dem stationären Krankenhausaufenthalt erhöhten ungedeckten Betreuungs- oder Pflegebedarf haben.

Der in der Zwischenzeit veröffentlichte Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement der Gesundheit Österreich GmbH sowie das von der Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (Iva) der Vorarlberger Landesregierung ins Leben gerufene Projekt *Case-Management in der Betreuung und Pflege* beschäftigen sich ebenfalls mit dem Entlassungsmanagement, allerdings schließen sie einen deutlich größeren Patientenkreis ein.

Die folgenden drei Projekte

- » (bisheriges) Reformpoolprojekt *Entlassungs- und Übernahmemanagement bei komplexen Entlassungen*
- » Etablieren des Qualitätsstandards zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (Beschluss der Bundesgesundheitskommission) und
- » Case Management der Gemeinden

wurden nun zusammengeführt und münden in das Projekt *Entlassungsmanagement 2013plus*.

Damit stellt das Auslaufen des Reformpoolprojektes *Entlassungs- und Übernahmemanagement bei komplexen Entlassungen* mit Ende 2012 den idealen Zeitpunkt dafür dar Erkenntnisse und Entwicklungen des Projekts in den Regelbetrieb des umfassend geltenden Entlassungsmanagements unter Berücksichtigung der geltenden Qualitätsstandards und unter Einbeziehung des Case Managements der Gemeinden einfließen zu lassen. Damit wird de facto für alle Patientinnen und Patienten mit Entlassungsmanagement-Erfordernis ein standardisierter, abgestufter Entlassungsprozess etabliert.

Ausgangslage

Der Übergang aus dem Krankenhaus in das häusliche Umfeld des Patienten / der Patientin oder in andere Betreuungseinrichtungen (z. B. Pflegeheim, REHA-Einrichtung) stellt einen kritischen Zeitpunkt im Versorgungsprozess dar.

Dieser Übergang ist nicht allein als „Patiententransfer“, „Ortsveränderung“ oder „Wechsel der Versorgungszuständigkeit“ zu verstehen, sondern stellt zugleich eine besondere Episode der Versorgung und Krankheitsbewältigung dar, die unter Umständen mit zahlreichen gesundheitlichen und sozialen Risiken verbunden ist. Mit dem Wechsel der bisherigen Versorgungsumgebung entfallen nämlich die bis dahin verfügbaren intramuralen Unterstützungsleistungen.

Insbesondere im Falle einer Entlassung nach Hause kann es deshalb notwendig sein, bei weiter bestehendem Hilfebedarf der Patienten / des Patienten, die bisher durch das Krankenhaus gewährleisteten Leistungen durch andere Betreuungsdienste kompensieren zu müssen.

Bei Patientinnen/Patienten mit vergleichsweise geringen gesundheitlichen Beeinträchtigungen verlaufen diese Übergänge zumeist ohne nennenswerte Probleme. Sie münden nach wenigen Tagen in einen Status, der zur Situation vor dem Krankenhausaufenthalt kaum Unterschiede aufweist.

Beispielsweise bei schwerwiegenden Gesundheitsproblemen oder bei einer bereits vor dem Krankheitsereignis bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung kann es jedoch leicht zu einem Ungleichgewicht zwischen den mit dem Übergang verknüpften Anforderungen und den zu ihrer Bewältigung verfügbaren Ressourcen kommen.

Es kann grundsätzlich zwischen folgenden zwei Teilprozessen unterschieden werden:

- » der Entlassung der Patientin / des Patienten aus dem Krankenhaus (stationärer Entlassungsprozess) und
- » der Übernahme der Patientin / des Patienten (Übernahmeprozess).

Entlassungsmanagement 2013plus wird laufend evaluiert, wobei extramurale Betreuungseinrichtungen zu jedem Fall hinsichtlich Zufriedenheit mit dem Entlassungsprozess befragt werden (BMGF 2015)

Quellen: Vorarlberger Landesgesundheitsfonds: Projekt „Entlassungsmanagement“ – Überführung in den Regelbetrieb, 2012); BMGF 2015: Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Wien

17 Ausblick

Die Neustrukturierung der Gesundheitsversorgungsstruktur erfordert unter den geänderten Rahmenbedingungen ein multifaktorielles Betrachten der heterogenen Möglichkeiten den zukünftig erwarteten Versorgungsbedarf in allen Teilen des Gesundheits- und angrenzenden Sozialbereichs abzudecken.

Die Entwicklung und der Einsatz von bis dato wenig genutzten alternativen oder innovativen Versorgungsmodellen – insbesondere von vermehrt multiprofessionellen Teamleistungen des Gesundheits-, Betreuungs- und Pflegepersonal – eröffnet neue Wege und Chancen, die Gesundheits-, Betreuungs- und Pflegeversorgung modern zu gestalten. Dafür braucht es auch einen Umbau der Versorgungsstrukturen. Wenn die zur Verfügung stehenden Ressourcen, insbesondere KA-Standorte und die Angebote und Dienste im Betreuungs- und Pflegbereich und das darin tätige Personal auf neue Aufgaben ausgerichtet werden, kann Vorarlberg den zukünftigen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung gut vorbereitet begegnen.

Ziel ist, in der Patientenversorgung durch frühzeitige Interventionen v. a. im ambulanten Bereich umfassendere Versorgungserfordernisse mit ggf. stationärem Aufnahmebedarf weitgehend zu vermeiden oder zumindest – insbesondere bei chronisch Erkrankten – zeitlich zu verzögern und damit vor allem die Gesundheit der Bevölkerung zu stärken.

Internationale Beispiele belegen, dass viel weniger Bedarf an stationären Versorgungsformen besteht, wenn die ambulante Versorgung auf Patienteninteressen ausgerichtet ist, zeitlich und inhaltlich bedarfsgerecht gestaltet wird sowie vielfältig und umfassend (inkl. aufsuchender Dienste) zur Verfügung steht.

Vorarlberg könnte unter Nutzung seiner vergleichsweise gut ausgebauten mobilen Pflege- und Sozialdienste bei raschem Umbau der intramuralen Versorgungsstrukturen und der Abstimmung mit dem Pflege- und Betreuungsbereich durch frühzeitige Reaktion auf die neuen Herausforderungen beispielgebend für Österreich sein.

Literatur

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2015): Wegbegleiter zur Pflege daheim. Bildungshaus Batschuns

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2016a): Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24h-Betreuung

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2016b): Sicherungs-, Aus- und Aufbaupläne 2017

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2016c): Kennzahlen zur sozialen Lage in Vorarlberg 2016

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2017): Heute versorgen für die Pflege von morgen. Pressekonzferenz 12.1.2017. Landespressestelle Vorarlberg

Amt der Vorarlberger Landesregierung (Jahr: 2016): Betreute Wohngemeinschaften für ältere Menschen in Vorarlberg.

Arbeitsgemeinschaft Mobile Hilfsdienste (2016): Jahresbericht 2015. ARGE Mobile Hilfsdienste

Art. 15a-Vereinbarung (2016): Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

BESAdoc, Ein Optimum an Integration [Online]. BESA. https://www.besacare.ch/files/0K2QBH6/besadoc_flyer_a5_ansicht.pdf

BIQG/BMG (2012): Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Wien

Betreuungspool Vorarlberg (2015): Stärke Vertrauen Daheim

Bitschnau Karl W. (2016): Hospiz Vorarlberg, Jahresbericht 2015. Hospiz Vorarlberg

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK 2016): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015

Bundesministerium für Gesundheit (2009): Interdisziplinäres Glossar "Geriatric und Gerontologie in Österreich"

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF 2015): Analyse regionaler Pilotprojekte zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement

- connexia – Gesellschaft für Gesundheit (2015): Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Kompetenz in den Vorarlberger Pflegeheimen
- connexia – Gesellschaft für Gesundheit (2016a): Mobile Kinderkrankenpflege Jahresbericht 2015
- connexia – Gesellschaft für Gesundheit (2016b): Information rund um die 24 Stunden Betreuung zu Hause. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung für Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)
- connexia – Gesellschaft für Gesundheit (2016c): Case Management in der Betreuung und Pflege
- connexia – Gesellschaft für Gesundheit (2016d): Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf. Amt der Vorarlberger Landesregierung
- connexia – Gesellschaft für Gesundheit (2016e): Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2015. Amt der Vorarlberger Landesregierung
- connexia – Gesellschaft für Gesundheit (2016f): Ambulante gerontopsychiatrische Pflege. Hauskrankenpflege Vorarlberg
- connexia – Gesellschaft für Gesundheit (Perspektiven- und Entwicklungskonzept 2025 für die Krankenpflegevereine in Vorarlberg): 2016
- Dachverband Hospiz Österreich (DVHÖ 2015): Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH)
- Dachverband Hospiz Österreich (DVHÖ 2016): Datenerhebung für das Jahr 2015. Unveröffentlicht
- Elgeti Hermann (2014): Vorarlberger Psychatriekonzept 2015 – 2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)
- Elgeti Hermann (2016): Vorarlberger Psychatriebericht 2016. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)
- Gerontopsychiatrischen Kompetenz in den Einrichtungen der Tagesbetreuung. (Jahr: k.A.), Amt der Vorarlberger Landesregierung,
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG 2014): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Aktualisierung 2014. 2. Auflage, ÖBIG–Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Gyimesi, Michael; Fülöp, Gerhard; Ivansits, Sarah; Pochobradksy, Elisabeth; Stoppacher, Andreas; Kawalirek, Sabine; Maksimovic, Alexander (2016): Rehabilitationsplan 2016. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Hauskrankenpflege Vorarlberg (2016): Jahresbericht 2015

Ines Czasný; Karin Eglau; Michael Entleitner; Gerhard Fülöp; Joachim Hagleitner; Reinhard Kern; Eva-Maria Kernstock; Peter Matousek; Stephan Mildschuh; Claudia Nemeth; Thomas Neruda; Petra Paretta; Elisabeth Pochobradsky; Daniela Reiter; Sophie Sagerschnig; Barbara Schleicher; Sonja Valady; Willinger, Manfred (2012): ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012. Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

Marlies Mohr (2017): Mehr Palliativbetten und ein Hospiz. In: Vorarlberger Nachrichten

Mobile Kinderkrankenpflege, Januar 2011 bis August 2013, 20. Landesgesundheitsplattform. (2013), 16.12.2013

Öfner-Velano D. (2017), KA-AZG ohne Zusatzregelungen aus der Sicht der Chirurgie

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017), Entwurfsfassung vom 13.3.2017. Unveröffentlicht

Österreichisches Dialyse- und Transplantationsregister, Nierenersatztherapie in Österreich (2015). Österreichische Gesellschaft für Nephrologie in Zusammenarbeit mit Austrotransplant

Parlamentsbericht (2014): Bericht der parlamentarischen Equete-Kommission "Würde am Ende des Lebens", Beschluss des Nationalrates am 24.6.2014. Parlament, www.parlament.gv.at

Priebe, Birgit; Willinger, Manfred; Fischer, Ulrike; Kozyga, Kornelia; Schleicher, Barbara; Unger, Theresia (2015): Transplant-Jahresbericht 2015. Gesundheit Österreich GmbH

Regionaler Strukturplan Gesundheit Vorarlberg, Ambulanter Bereich/Ärztliche Versorgung (2016). Amt der Vorarlberger Landesregierung, Vorarlberger Gebietskrankenkasse, Ärztekammer für Vorarlberg

Sicherungs-, Aus- und Aufbaupläne 2017 (2016). Amt der Vorarlberger Landesregierung

SMO Neurologische Rehabilitation GmbH (2016): ambulant, tagesklinisch, zuhause - Leistungsbericht 2015, Bregenz

Sozialfonds Vorarlberg (2015): Integrationshilfe: chancen leben, ich bin dabei.

Sozialministerium (2015): Österreichischer Pflegevorsorgebericht. In:

Statistik Austria (2016): Pflegedienstleistungsdatenbank Vorarlberg, Berichtsjahr 2015 Unveröffentlicht

Strategie Sozialfonds 2020 (2016). Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung für Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, BGBl. I Nr. 200/2013

Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK) (2015): Geschäftsbericht. Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK)

Vorarlberger Landesgesundheitsfonds (2012): Projekt "Entlassungsmanagement" - Überführung in den Regelbetrieb, 18. Landesgesundheitsplattform (2012), 19.12.2012

Wohnbauförderung Vorarlberg (2015): Wohnungsvergaberichtlinie 2015

Anhang

Abbildungen

Abbildung 1: Quellbezogene Krankenhaushäufigkeit*) nach LDF-Klassen in der VR 81 im Vergleich zum Landesdurchschnitt 2014

Abbildung 2: Quellbezogene Krankenhaushäufigkeit*) nach LDF-Klassen in der VR 82 im Vergleich zum Landesdurchschnitt 2014

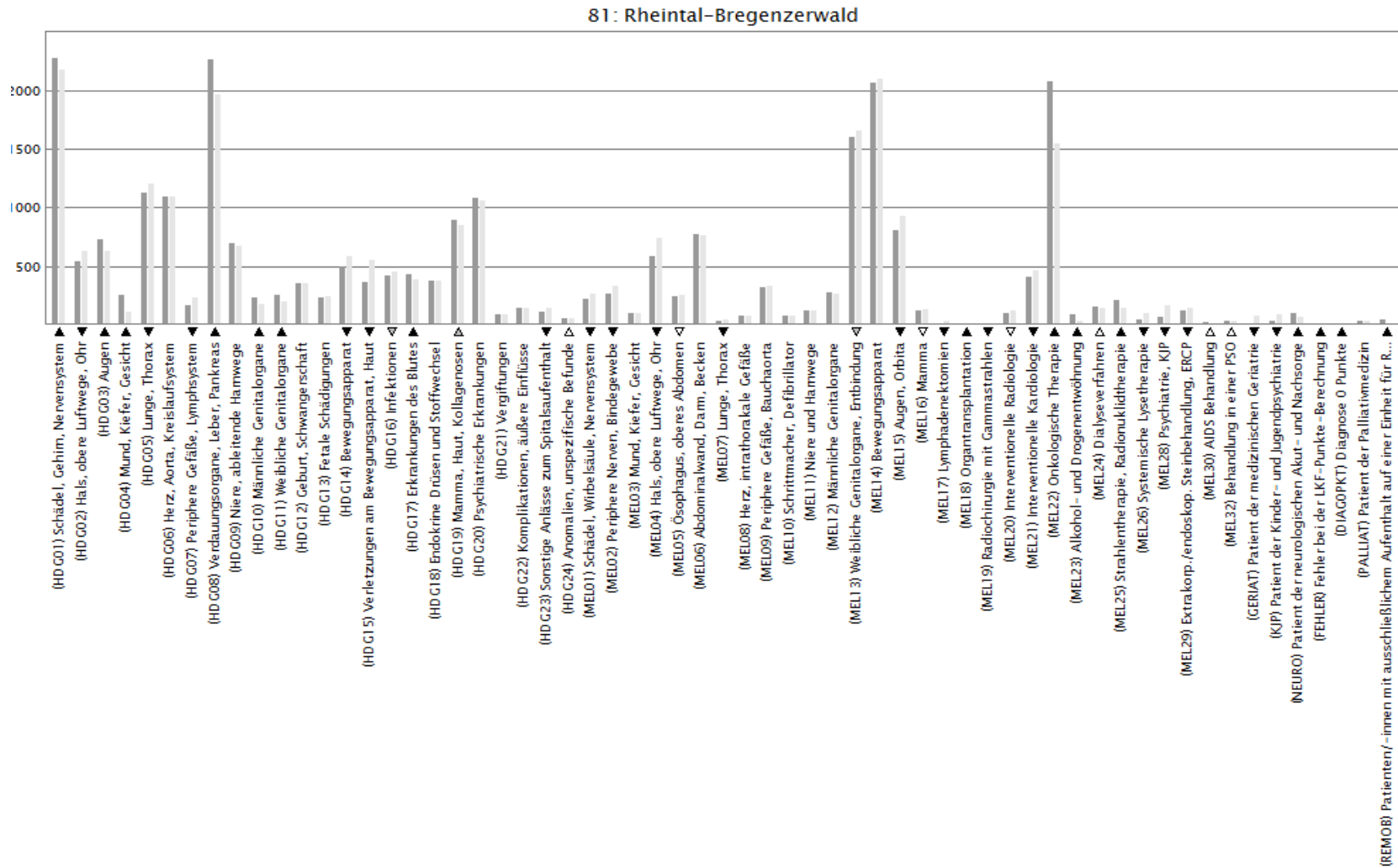
Tabellen

Tabelle 1: Planungsmatrix pro Vorarlberger Versorgungsregion und Vorarlberg insgesamt 2014

Tabelle 2: Parameter der Bettenvorhaltung/-inanspruchnahme in den Vorarlberger Fonds-Krankenanstalten 2014

Tabelle 3: Ist-Stand und Planungsvorgaben für die Vorarlberger Akut-Krankenanstalten

Abbildung 1:
 Quellbezogene Krankenhaushäufigkeit*) nach LDF-Klassen in der VR 81 im Vergleich zum **Landesdurchschnitt**)** 2014

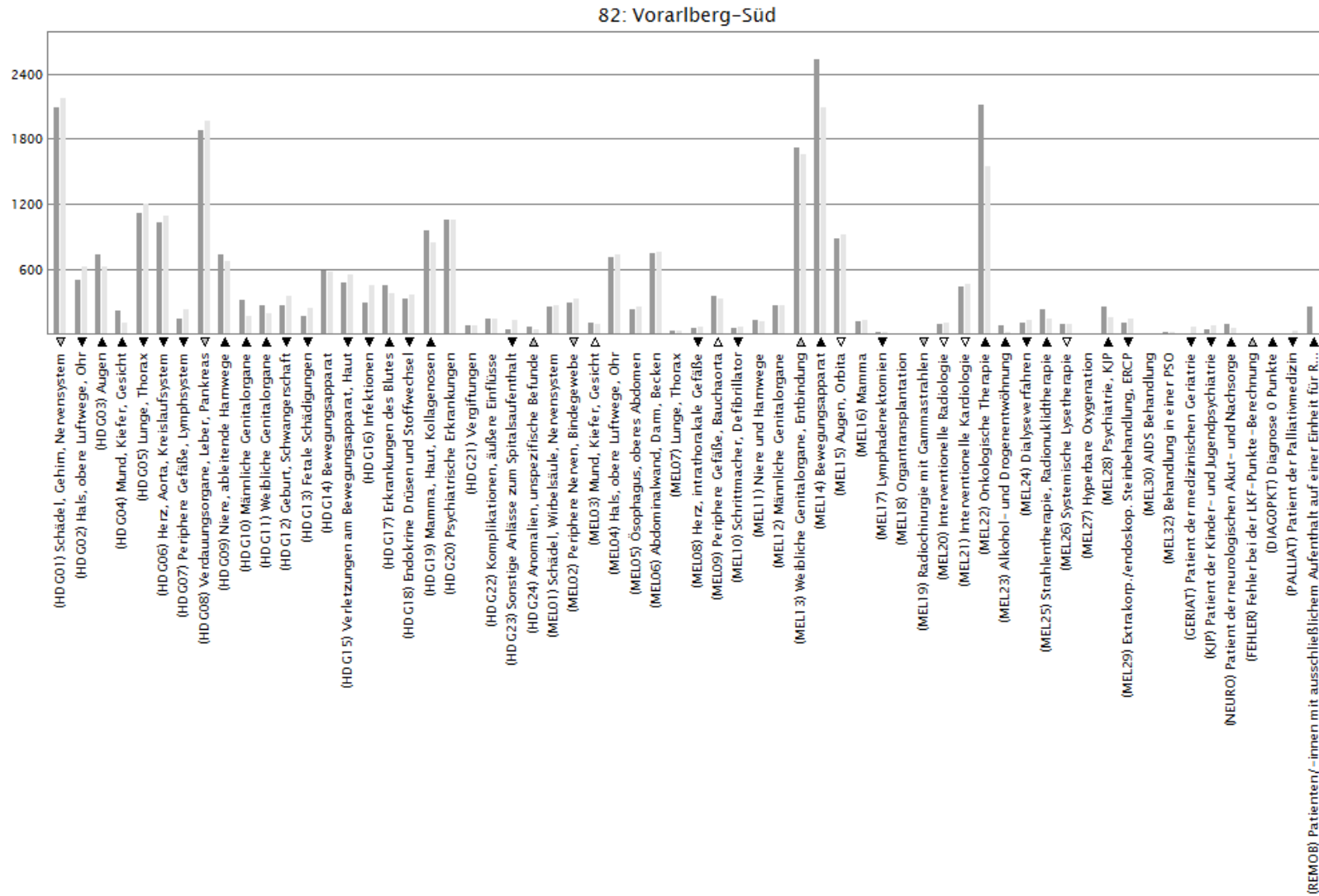


*) Anzahl der stationären Aufenthalte pro 100.000 Einwohner, altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

***) dunkler Balken = KHH in der VR 81, heller Balken = Landesdurchschnitt; Dreieckssymbole unterhalb der x-Achse: Ergebnisse der Signifikanz-Tests (schwarz: 99% nach oben/unten signifikant, grau: 95% nach oben/unten signifikant, weiß: 90% nach oben/unten signifikant)

Abbildung 2:

Quellbezogene Krankenhaushäufigkeit*) nach LDF-Klassen in der VR 82 im Vergleich zum Landesdurchschnitt**) 2014



*) Anzahl der stationären Aufenthalte pro 100.000 Einwohner, altersstandardisiert (Standardbevölkerung = Europabevölkerung)

**) dunkler Balken = KHH in der VR 82, heller Balken = Landesdurchschnitt; Dreieckssymbole unterhalb der x-Achse: Ergebnisse der Signifikanz-Tests (schwarz: 99% nach oben/unten signifikant, grau: 95% nach oben/unten signifikant, weiß: 90% nach oben/unten signifikant)

Tabelle 1: Planungsmatrix pro Vorarlberger Versorgungsregion und Vorarlberg insgesamt 2014

Indikator	VC	Versorgungsregion	Einwohner 2014	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	RNS	PAL	PSO	Summe
Akutbetten (tats. Betten) 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	33	55	0	0	110	0	214	74	0	0	0	3	2	20	1	38	44	56	0	0	57	0	20	10	14	751
Akutbettendichte (tats. Betten / 1.000 EW) 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	0,2	0,3	0,0	0,0	0,5	0,0	1,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	3,5
Akutbettendichte (tats. Betten) %BD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	56	166	0	0	74	0	71	101	0	0	0	16	7	65	19	153	75	60	0	0	80	0	336	127	108	62
FKHH (Aufenthalte/1000EW stand. SB=ESB)%BD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	86	166	5	38	103	99	104	102	70	99	41	108	75	111	140	99	76	88	98	210	83	0	547	71	62	99
FKHH (Aufenthalte/1000EW) %BD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	82	188	6	44	99	95	96	101	65	96	41	99	73	104	130	94	72	84	98	199	80	0	498	65	65	94
PKHH (Patienten/1000EW stand. SB=ESB)%BD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	82	162	5	58	103	90	89	97	62	106	39	100	67	96	140	92	75	90	103	120	101	0	557	74	61	94
PKHH (Patienten/1000EW) %BD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	79	182	5	68	99	87	82	97	58	102	40	93	67	91	131	88	70	86	104	113	99	0	506	67	65	89
Wiederaufnahmerate (Auf/Pat) %BD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	105	103	117	65	100	110	117	104	112	94	104	106	109	115	99	107	102	98	95	176	81	78	99	97	100	105
NKHH ("Nulltagesaufenthalte"/1000EW stand. SB=ESB)%BD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	114	218	1	0	130	249	135	131	23	225	17	90	101	101	80	93	67	171	78	357	108	0	0	0	5	117
NKHH ("Nulltagesaufenthalte"/1000EW) %BD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	116	245	2	0	126	241	126	127	24	222	18	83	97	93	76	84	61	169	77	349	109	0	0	0	6	112
Belagstagedichte (BTD/1000EW stand. SB=ESB)%BD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	82	145	16	83	92	61	82	106	82	123	50	177	91	95	176	68	86	75	108	153	107	0	600	76	79	90
Belagstagedichte (BTD) %BD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	82	165	18	96	87	59	75	106	76	119	50	165	89	89	167	63	82	69	106	146	98	0	546	68	81	85
Durchschnittl. Belagsdauer (dBd) %BD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	100	88	296	219	88	62	78	105	117	124	121	167	121	85	129	67	113	83	108	73	122	103	110	105	125	91
Akutbettendichte (tats. Betten) %LD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	79	123	–	0	94	0	96	107	0	0	0	13	8	78	11	177	76	67	0	0	115	–	42	174	178	71
FKHH (Aufenthalte/1000E stand. SB=ESB)%LD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	100	119	116	82	108	86	100	104	89	88	87	103	84	95	78	89	87	85	92	89	99	59	59	113	119	98
FKHH (Aufenthalte/1000E) %LD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	101	121	117	83	107	86	100	104	89	87	89	103	83	95	80	89	87	84	91	91	98	59	60	114	119	98
PKHH (Aufenthalte/1000E stand. SB=ESB)%LD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	98	117	109	90	108	86	101	99	88	97	81	99	79	94	76	92	87	86	93	94	102	59	61	116	110	98
PKHH (Patienten/1000E) %LD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	98	118	108	91	107	86	101	99	88	96	82	100	79	94	78	92	87	85	93	95	101	59	62	115	110	98
Wiederaufnahmerate (Auf/Pat) %LD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	102	102	108	91	100	100	99	105	100	91	108	104	105	100	102	97	100	99	98	96	97	100	97	99	108	101
NKHH (Aufenthalte/1000E stand. SB=ESB)%LD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	121	116	113	0	110	79	93	115	86	97	115	108	87	77	108	81	83	107	101	92	78	–	0	–	133	97
NKHH ("Nulltagesaufenthalte"/1000E) %LD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	123	118	118	0	109	80	92	115	88	95	117	108	84	78	109	80	82	106	100	96	79	–	0	–	176	97
Belagstagedichte (Belagstage/1000E stand. SB=ESB)%LD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	99	117	143	95	103	86	102	103	93	96	90	98	88	101	84	86	83	86	91	89	152	59	67	110	109	97
Belagstagedichte (Belagstage/1000E) %LD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	101	119	145	95	103	86	102	103	94	96	92	98	87	100	87	86	84	85	91	89	151	59	68	108	109	97
Durchschnittl. Belagsdauer (dBd) %LD 2014	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	100	99	125	115	96	100	103	99	106	110	103	94	105	106	109	97	97	101	99	98	153	101	114	94	92	99
Stationäre Aufenthalte 2014 (Quellregion)	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	2895	5417	37	66	7909	491	17153	5383	1489	1678	398	4211	1413	2286	443	1435	2036	4099	289	738	3411	2	506	131	120	64036
– davon "Nulltagesaufenthalte" 2014 (Quellregion)	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	135	1324	2	0	1187	160	4940	1257	58	141	47	2739	216	396	61	245	246	820	30	213	1555	0	0	0	1	15773
Stationäre Aufenthalte 2014 Ausländer	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	49	282	0	0	108	0	140	101	0	0	0	1	3	24	0	11	8	175	0	0	10	0	1	2	0	915
– davon "Nulltagesaufenthalte" 2014 Ausländer	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	4	36	0	0	17	0	30	10	0	0	0	1	0	5	0	0	4	15	0	0	5	0	0	0	0	127
Stationäre Aufenthalte 2014 (Quellregion inkl. Ausländer)	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	2944	5699	37	66	8017	491	17293	5484	1489	1678	398	4212	1416	2310	443	1446	2044	4274	289	738	3421	2	507	133	120	64951
– davon "Nulltagesaufenthalte" 2014 (Quellregion inkl. Ausländer)	81	Rheintal–Bregenzerwald	212688	139	1360	2	0	1204	160	4970	1267	58	141	47	2740	216	401	61	245	250	835	30	213	1560	0	0	0	1	15900
Akutbetten (tats. Betten) 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	40	24	0	10	97	17	181	48	96	205	12	36	40	25	16	0	58	92	8	21	31	0	64	0	0	1121
Akutbettendichte (tats. Betten / 1.000 EW) 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	0,2	0,1	0,0	0,1	0,6	0,1	1,1	0,3	0,6	1,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,0	0,4	0,6	0,0	0,1	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0	6,9
Akutbettendichte (tats. Betten) %BD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	88	95	0	156	86	188	79	85	181	322	104	251	202	106	363	0	129	130	223	358	57	0	1407	0	0	121
FKHH (Aufenthalte/1000E stand. SB=ESB)%BD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	86	103	4	57	86	137	104	92	90	132	55	100	108	124	233	128	104	124	119	271	85	1	1435	52	39	103
FKHH (Aufenthalte/1000E) %BD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	81	113	4	65	83	130	97	91	85	128	53	91	108	118	205	120	97	120	120	246	83	1	1273	47	41	98
PKHH (Patienten/1000E stand. SB=ESB)%BD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	86	106	4	73	86	124	88	99	81	114	61	102	108	109	242	111	100	125	120	139	96	1	1373	51	49	99
PKHH (Patienten/1000E) %BD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	81	117	4	84	84	118	81	98	76	111	60	94	109	104	214	105	94	121	121	127	96	1	1224	47	51	94
Wiederaufnahmerate (Auf/Pat) %BD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	100	97	96	78	99	110	120	93	111	115	88	97	99	114	95	114	103	99	99	194	87	78	104	99	80	104
NKHH ("Nulltagesaufenthalte"/1000E stand. SB=ESB)%BD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	69	146	1	42	103	401	157	91	32	245	12	76	136	172	67	145	99	147	77	428	179	0	300	0	0	124
NKHH ("Nulltagesaufenthalte"/1000E) %BD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	66	160	1	51	103	376	151	90	32	247	12	68	140	153	62	134	92	147	77	379	175	0	374	0	0	119
Belagstagedichte (BTD/1000E stand. SB=ESB)%BD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	84	95	5	94	85	85	78	100	95	134	63	186	121	93	255	94	127	103	132	196	22	1	1280	60	64	96
Belagstagedichte (BTD) %BD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	80	104	5	107	81	82	71	99	88	131	61	174	118	88	225	86	117	98	131	187	22	1	1139	57	65	91
Durchschnittl. Belagsdauer (dBd) %BD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	99	92	124	165	97	63	73	108	104	102	114	191	110	75	110	72	120	81	109	76	26	101	89	122	159	93
Akutbettendichte (tats. Betten) %LD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	126	70	–	226	108	233	106	91	230	231	231	213	220	128	218	0	131	144	233	230	82	–	176	0	0	138
FKHH (Aufenthalte/1000E stand. SB=ESB)%LD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	100	74	79	124	90	119	100	95	115	116	117	96	121	106	129	115	118	119	111	115	102	159	154	82	76	102
FKHH (Aufenthalte/1000E) %LD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	99	73	78	123	90	118	101	94	115	117	114	95	122	107	126	114	117	121	111	112	102	154	153	82	75	102
PKHH (Aufenthalte/1000E stand. SB=ESB)%LD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	103	77	88	114	90	119	99	101	115	105	126	101	128	107	131	111	117	119	109	109	97	159	151	79	88	103
PKHH (Patienten/1000E) %LD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	102	76	89	112	90	118	99	101	115	105	123	100	128	108	128	110	117	120	109	107	98	154	150	81	87	103</

Indikator	VC	Versorgungsregion	Einwohner 2014	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AG/R	RNS	PAL	PSO	Summe	
Belagstagedichte (Belagstage/1000E) %LD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	99	75	41	107	96	118	97	96	108	106	111	103	117	99	117	118	121	120	112	114	34	153	142	90	88	103	
Durchschnittl. Belagsdauer (dBD) %LD 2014	82	Vorarlberg-Süd	162605	100	103	52	87	106	100	97	102	94	91	97	108	95	93	93	104	103	99	101	102	33	100	93	110	117	101	
Stationäre Aufenthalte 2014 (Quellregion)	82	Vorarlberg-Süd	162605	2181	2501	19	75	5078	512	13244	3731	1475	1711	389	2969	1591	1978	534	1399	2092	4496	269	698	2715	4	988	72	58	50779	
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2014 (Quellregion)	82	Vorarlberg-Süd	162605	59	661	1	2	742	191	4522	680	58	120	24	1734	237	499	38	298	282	545	23	177	1913	0	1	0	0	12807	
Stationäre Aufenthalte 2014 Ausländer	82	Vorarlberg-Süd	162605	133	124	0	3	122	15	341	195	58	87	7	28	53	42	15	0	23	716	13	41	792	0	7	0	0	2815	
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2014 Ausländer	82	Vorarlberg-Süd	162605	2	17	0	0	9	4	79	128	2	12	0	4	3	6	1	0	6	22	1	12	185	0	0	0	0	493	
Stationäre Aufenthalte 2014 (Quellregion inkl. Ausländer)	82	Vorarlberg-Süd	162605	2314	2625	19	78	5200	527	13585	3926	1533	1798	396	2997	1644	2020	549	1399	2115	5212	282	739	3507	4	995	72	58	53594	
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2014 (Quellregion inkl. Ausländer)	82	Vorarlberg-Süd	162605	61	678	1	2	751	195	4601	808	60	132	24	1738	240	505	39	298	288	567	24	189	2098	0	1	0	0	13300	
Akutbetten (tats. Betten) 2014	800	Vorarlberg	375293	73	79	0	10	207	17	395	122	96	205	12	39	42	45	17	38	102	148	8	21	88	0	84	10	14	1872	
Akutbettendichte (tats. Betten / 1.000 EW) 2014	800	Vorarlberg	375293	0,2	0,2	0,0	0,0	0,6	0,0	1,1	0,3	0,3	0,5	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,4	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	5,0	
Akutbettendichte (tats. Betten) %BD 2014	800	Vorarlberg	375293	70	135	0	69	79	80	75	94	79	139	45	118	92	83	167	86	99	90	95	156	70	0	800	73	61	87	
FKHH (Aufenthalte/1000E stand. SB=ESB)%BD 2014	800	Vorarlberg	375293	86	139	5	46	96	115	104	98	79	113	47	104	89	117	181	112	88	103	107	236	83	0	931	63	52	101	
FKHH (Aufenthalte/1000E) %BD 2014	800	Vorarlberg	375293	82	156	5	53	92	110	97	97	74	110	46	96	88	110	162	105	83	100	108	220	82	0	834	57	54	96	
PKHH (Patienten/1000E stand. SB=ESB)%BD 2014	800	Vorarlberg	375293	84	138	4	64	96	105	89	98	70	109	49	101	85	102	184	100	86	105	111	128	99	1	910	64	56	96	
PKHH (Patienten/1000E) %BD 2014	800	Vorarlberg	375293	80	154	5	75	92	101	82	97	66	106	49	93	85	96	167	96	81	101	111	119	97	1	817	58	59	91	
Wiederaufnahmerate (Auf/Pat) %BD 2014	800	Vorarlberg	375293	102	101	109	71	100	110	118	100	111	104	96	102	103	114	97	110	103	99	97	184	84	78	102	98	93	105	
NKHH ("Nulltagesaufenthalte"/1000E stand. SB=ESB)%BD 2014	800	Vorarlberg	375293	94	187	1	19	118	315	145	114	27	233	15	84	116	132	74	115	81	160	77	386	138	0	150	0	4	120	
NKHH ("Nulltagesaufenthalte"/1000E) %BD 2014	800	Vorarlberg	375293	94	208	1	22	116	299	137	111	27	233	15	77	116	119	70	106	74	159	77	362	138	0	162	0	3	115	
Belagstagedichte (BTD/1000E stand. SB=ESB)%BD 2014	800	Vorarlberg	375293	83	124	11	88	89	72	80	104	88	127	56	181	104	94	211	79	104	87	118	172	70	0	894	69	72	93	
Belagstagedichte (BTD) %BD 2014	800	Vorarlberg	375293	81	139	13	101	84	69	73	103	81	124	55	169	102	89	192	73	97	82	117	163	65	0	803	63	74	88	
Durchschnittl. Belagsdauer (dBD) %BD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	89	237	190	91	63	76	106	110	113	118	177	115	81	118	70	117	82	109	74	80	102	96	111	136	92	
Akutbettendichte (tats. Betten) %LD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	100	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
FKHH (Aufenthalte/1000E stand. SB=ESB)%LD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
FKHH (Aufenthalte/1000E) %LD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
PKHH (Aufenthalte/1000E stand. SB=ESB)%LD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
PKHH (Patienten/1000E) %LD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Wiederaufnahmerate (Auf/Pat) %LD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
NKHH (Aufenthalte/1000E stand. SB=ESB)%LD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	-	100	100
NKHH ("Nulltagesaufenthalte"/1000E) %LD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	-	100	100
Belagstagedichte (Belagstage/1000E stand. SB=ESB)%LD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Belagstagedichte (Belagstage/1000E) %LD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Durchschnittl. Belagsdauer (dBD) %LD 2014	800	Vorarlberg	375293	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Stationäre Aufenthalte 2014 (Quellregion)	800	Vorarlberg	375293	5076	7918	56	141	####	###	30397	9114	2964	3389	787	7180	3004	4264	977	2834	4128	8595	558	1436	6126	6	1494	203	178	114815	
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2014 (Quellregion)	800	Vorarlberg	375293	194	1985	3	2	1929	351	9462	1937	116	261	71	4473	453	895	99	543	528	1365	53	390	3468	0	1	0	1	28580	
Stationäre Aufenthalte 2014 Ausländer	800	Vorarlberg	375293	182	406	0	3	230	15	481	296	58	87	7	29	56	66	15	11	31	891	13	41	802	0	8	2	0	3730	
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2014 Ausländer	800	Vorarlberg	375293	6	53	0	0	26	4	109	138	2	12	0	5	3	11	1	0	10	37	1	12	190	0	0	0	0	620	
Stationäre Aufenthalte 2014 (Quellregion inkl. Ausländer)	800	Vorarlberg	375293	5258	8324	56	144	####	###	30878	9410	3022	3476	794	7209	3060	4330	992	2845	4159	9486	571	1477	6928	6	1502	205	178	118545	
- davon "Nulltagesaufenthalte" 2014 (Quellregion inkl. Ausländer)	800	Vorarlberg	375293	200	2038	3	2	1955	355	9571	2075	118	273	71	4478	456	906	100	543	538	1402	54	402	3658	0	1	0	1	29200	

Legende:

BD = Bundesdurchschnitt

LD = Landesdurchschnitt

ESB = Europäische Standardbevölkerung 2013

SB = Standardbevölkerung

NTA = Nulltagesaufenthalte (nur NTA mit Entlassungsart (E); auch bei INT "entlassende Abteilung")

KHH = Krankenhaushäufigkeit

NKHH = Krankenhaushäufigkeit NTA

Tabelle 2: Parameter der Bettenvorhaltung/-inanspruchnahme in den Vorarlberger Fonds-Krankenanstalten 2014

KAC	Krankenanstalt	Indikator	Bettenführende Bereiche																				Insgesamt							
			INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN		GEM	AGR	RNS	PAL	PSO		
803	Bregenz	tB	13	25			50		93	34					20					36			4						275	
		sB	13	25			50		93	34					20					36			4						275	
		Aufn	840	2.433			3.309		6.911	2.237					1.844					2.114			140						19.828	
		ETP	133	786			448		1.444	328					250					101			24						3.514	
		BT	3.864	3.912			13.900		25.933	7.812					5.530					10.671			192						71.814	
		dBD	4,6	1,6			4,2		3,8	3,5					3,0					5,0			1,4						3,62	
		%ETP	16%	32%			14%		21%	15%					14%					5%			17%						18%	
		%Ausl (tB)	90%	56%			85%		87%	72%					88%					89%			18%						81%	
		%Ausl (sB)	90%	56%			85%		87%	72%					88%					89%			18%						81%	
		Ist-BA	15,6	18,7			50,1		94,7	28,8					21,6					39,2			0,8						270	
		807	Dornbirn	tB	14	30			57		69	40				2	2				30	16			3			20		284
				sB	14	30			57		69	40				2	2				30	16			3			20		284
Aufn	728			3.256			4.242		5.164	3.471				1.064	132				1.361	848			1.124			437		21.871		
ETP	104			639			584		1.630	954				1.049	7				38	72			1.123			6		6.250		
BT	3.695			6.947			13.193		19.533	9.668				26	359				8.312	3.329			1			6.110		71.173		
dBD	5,1			2,1			3,1		3,8	2,8				0,0	2,7				6,1	3,9			0,0			14,0		3,25		
%ETP	14%			20%			14%		32%	27%				99%	5%				3%	8%			100%			1%			29%	
%Ausl (tB)	79%			78%			74%		88%	78%				76%	58%				82%	64%			51%			87%			79%	
%Ausl (sB)	79%			78%			74%		88%	78%				76%	58%				82%	64%			51%			87%			79%	
Ist-BA	14,8			31,3			49,4		71,3	36,8				1,9	1,4				0,1	29,0	12,5			1,8			19,3		270	
816	Hohenems			tB	6				3		52					1				38	14			4				10	14	142
				sB	6				3		52					1				38	14			4				10	14	142
		Aufn	414				843		4.275					367				2.775	694			1.531				209	343	11.451		
		ETP	72				729		1.325					364				524	192			1.111				6	0	4.323		
		BT	1.413				114		16.790					3				8.830	4.838			536				3.112	4.856	40.492		
		dBD	3,4				0,1		3,9					0,0				3,2	7,0			0,4				14,9	14,2	3,54		
		%ETP	17%				86%		31%					99%				19%	28%			73%				3%	0%	38%		
		%Ausl (tB)	74%				49%		100%					51%				74%	101%			89%				88%	98%	89%		
		%Ausl (sB)	74%				49%		100%					51%				74%	101%			89%				88%	98%	89%		
		Ist-BA	5,9				1,7		61,0					0,6				32,9	16,7			4,3				10,4	15,3	134		
		802	Bludenz	tB	6				30		64	16				2	4				4	20			8					154
				sB	6				30		64	16				2	4				4	20			8					154
Aufn	305						2.171		4.880	950				13	151				99	2.011			1.715					12.295		
ETP	24						217		1.229	101				2	0				3	89			1.714					3.379		
BT	1.342						8.614		16.556	3.161				12	349				601	5.705			1					36.341		
dBD	4,4						4,0		3,4	3,3				0,9	2,3				6,1	2,8			0,0					2,96		
%ETP	8%						10%		25%	11%				15%	0%				3%	4%			100%					27%		
%Ausl (tB)	68%						89%		81%	62%				3%	29%				45%	92%			29%						76%	
%Ausl (sB)	68%						89%		81%	62%				3%	29%				45%	92%			29%						76%	
Ist-BA	5,5						31,3		61,2	11,7				0,1	1,4				2,1	22,4			2,8						138	
824	Rankweil			tB	4			10								92	205											30		341
				sB	4			10								92	205											30		341
		Aufn	63			169								3.565	4.982											529		9.308		
		ETP	6			2								145	586											3		742		
		BT	389			4.784								28.867	65.930											9.294		109.264		
		dBD	6,2			28,3								8,1	13,2											17,6		11,74		
		%ETP	10%			1%								4%	12%											1%			8%	
		%Ausl (tB)	29%			133%								91%	91%											87%			92%	
		%Ausl (sB)	29%			133%								91%	91%											87%			92%	
		Ist-BA	1,5			17,8								98,8	220,5											29,1			368	
		828	Frastranz	tB												85														85
				sB												85														85
Aufn														1.258														1.258		
ETP														2														2		
BT														26.480														26.480		
dBD														21,0														21,05		
%ETP														0%														0%		
%Ausl (tB)														87%															87%	
%Ausl (sB)														87%															87%	
Ist-BA														87,4															87	
830	Feldkirch			tB	30	24			67	17	117	32	4			12	34	36	25	16		54	72	8	21	4		34		607
				sB	30	24			67	17	116	32	4			12	34	36	25	16		54	72	8	21	4		34		606
		Aufn	2.525	2.566			3.681	1.119	10.909	2.915	399			651	5.669	2.911	2.529	910		2.367	3.395	606	1.500	243		701		45.596		
		ETP	522	699			452	383	4.705	820	45			28	3.048	512	708	89		373	215	69	422	7		12		13.109		
		BT	8.953	5.964			17.114	3.973	29.905	9.124	1.138			3.165	6.301	11.422	6.578	4.507		15.098	17.041	2.483	4.585	279		10.341		157.971		
		dBD	3,5	2,3			4,6	3,6	2,7	3,1	2,9			4,9	1,1	3,9	2,6	5,0		6,4	5,0	4,1	3,1	1,1		14,8		3,46		
		%ETP	21%	27%			12%	34%	43%	28%	11%			4%	54%	18%	28%	10%		16%	6%	11%	28%	3%		2%		29%		
		%Ausl (tB)	93%	83%			78%	73%	83%	91%	92%			80%	74%	98%	86%	85%		83%	71%	95%	70%	27%		86%		82%		
		%Ausl (sB)	93%	83%			78%	73%	84%	91%	92%			80%	74%	98%	86%	85%		83%	71%	95%	70%	27%		86%		82%		
		Ist-BA	37,3	26,5			61,1	14,6	114,0	34,1	4,3			11,3	30,5	43,0	26,2	16,0		52,5	62,6	9,0	17,2	1,3		32,5		594		

Versorgungsregionen und Vorarlberg gesamt

VC	Versorgungsregion	Indikator	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AGR	RNS	PAL	PSO	Summe			
VR 81	VR Rheintal-Bregenzerwald	tB	33	55			110		214	74				3	2	20	1	38	44	56			7		20	10	14	701			
		sB	33	55			110		214	74					3	2	20	1	38	44	56			7		20	10	14	701		
		Aufn	1.982	5.689			8.394		16.350	5.708					1.431	132	1.844	44	2.775	2.055	4.493			1.264		437	209	343	53.150		
		ETP	309	1.425			1.761		4.399	1.282					1.413	7	250	44	524	230	1.284			1.147		6	6	0	14.087		
		BT	8.972	10.859			27.207		62.256	17.480					29	359	5.530	0	8.830	13.150	14.536			193		6.110	3.112	4.856	183.479		
		dBD	4,5	1,9			3,2		3,8	3,1					0,0	2,7	3,0	0,0	3,2	6,4	3,2			0,2		14,0	14,9	14,2	3,45		
		%ETP	16%	25%			21%		27%	22%					99%	5%	14%	100%	19%	11%	29%			91%		1%	3%	0%	27%		
		%Ausl (tB)	83%	68%			78%		90%	75%					68%	58%	88%	6%	74%	88%	82%			32%		87%	88%	98%	82%		
		%Ausl (sB)	83%	68%			78%		90%	75%					68%	58%	88%	6%	74%	88%	82%			32%		87%	88%	98%	82%		
		Ist-BA	36,4	50,1			101,2		227,0	65,5					2,5	1,4	21,6	0,1	32,9	45,7	56,1			2,7		19,3	10,4	15,3	673		
		tB	40	24		10	97	17	181	48	96	290	12		36	40	25	16		58	92	8	21	12						1.187	
		sB	40	24		10	97	17	180	48	96	290	12		36	40	25	16		58	92	8	21	12						1.186	
		Aufn	2.893	2.566		169	5.852	1.119	15.789	3.865	3.964	6.240	651	5.682	3.062	2.529	910			2.466	5.406	606	1.500	1.958			1.230			68.457	
		ETP	552	699		2	669	383	5.934	921	190	588	28	3.050	512	708	89			376	304	69	422	1.721			15			17.232	
BT	10.684	5.964		4.784	25.728	3.973	46.461	12.285	30.005	92.410	3.165	6.313	11.771	6.578	4.507			15.699	22.746	2.483	4.585	280			19.635			330.056			
dBD	3,7	2,3		28,3	4,4	3,6	2,9	3,2	7,6	14,8	4,9	1,1	3,8	2,6	5,0			6,4	4,2	4,1	3,1	0,1						4,82			
%ETP	19%	27%		1%	11%	34%	38%	24%	5%	9%	4%	54%	17%	28%	10%			15%	6%	11%	28%	88%			1%			25%			
%Ausl (tB)	83%	83%		133%	81%	73%	82%	81%	91%	90%	80%	70%	91%	86%	85%			80%	76%	95%	70%	29%			87%			84%			
%Ausl (sB)	83%	83%		133%	81%	73%	82%	81%	91%	90%	80%	70%	91%	86%	85%			80%	76%	95%	70%	29%			87%			84%			
Ist-BA	44,3	26,5		17,8	92,4	14,6	175,2	45,8	103,1	307,9	11,3	30,6	44,4	26,2	16,0			54,6	85,0	9,0	17,2	4,1			61,6			1.188			
8	Akat-KA V Insg.	tB	73	79		10	207	17	395	122	96	290	12	39	42	45	17	38	102	148	8	21	19			84	10	14	1.888		
		sB	73	79		10	207	17	394	122	96	290	12	39	42	45	17	38	102	148	8	21	19			84	10	14	1.887		
		Aufn	4.875	8.255		169	14.246	1.119	32.139	9.573	3.964	6.240	651	7.113	3.194	4.373	954		2.775	4.521	9.899	606	1.500	3.222			1.667	209	343	121.607	
		ETP	861	2.124		2	2.430	383	10.333	2.203	190	588	28	4.463	519	958	133		524	606	1.588	69	422	2.868			21	6	0	31.319	
		BT	19.656	16.823		4.784	52.935	3.973	108.717	29.765	30.005	92.410	3.165	6.342	12.130	12.108	4.507		8.830	28.849	37.282	2.483	4.585	473			25.745	3.112	4.856	513.535	
		dBD	4,0	2,0		28,3	3,7	3,6	3,4	3,1	7,6	14,8	4,9	0,9	3,8	2,8	4,7			3,2	6,4	3,8	4,1	3,1	0,1					4,22	
		%ETP	18%	26%		1%	17%	34%	32%	23%	5%	9%	4%	63%	16%	22%	14%			19%	13%	16%	11%	28%	89%			1%	3%	0%	26%
		%Ausl (tB)	83%	73%		133%	79%	73%	87%	78%	91%	90%	80%	70%	90%	87%	80%			74%	84%	78%	95%	70%	30%			87%	88%	98%	83%
		%Ausl (sB)	83%	73%		133%	79%	73%	87%	78%	91%	90%	80%	70%	90%	87%	80%			74%	84%	78%	95%	70%	30%			87%	88%	98%	83%
		Ist-BA	80,7	76,5		17,8	193,6	14,6	402,2	111,4	103,1	307,9	11,3	33,1	45,9	47,8	16,1			32,9	100,3	141,1	9,0	17,2	6,7			80,9	10,4	15,3	1.860

Bettenmessziffern (bezogen auf die tatsächlichen Betten) pro Versorgungsregion und Vorarlberg gesamt

VC	Versorgungsregion	Indikator	INT	KI	KCH	KJP	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	GEM	AGR	RNS	PAL	PSO	Summe	
VR 81	Rheintal-Bregenzerwald	tats.Betten 2014: 212.685	0,16	0,26		0,52			1,01	0,35				0,01	0,01	0,09	0,00	0,18	0,21	0,26			0,03			0,09	0,05	0,07	3,30
VR 82	Vorarlberg Süd	Einwohner 2014: 162.597	0,25	0,15		0,06	0,60	0,10	1,11	0,30	0,59	1,78	0,07	0,22	0,25	0,15	0,10		0,36	0,57	0,05	0,13	0,07		0,39				7,30
8	Vorarlberg Süd	Einwohner 2014: 375.282	0,19	0,21		0,03	0,55	0,05	1,05	0,33	0,26	0,77	0,03	0,10	0,11	0,12	0,05	0,10	0,27	0,39	0,02	0,06	0,05			0,22	0,03	0,04	5,03

Quelle: KA-Statistik 2014; ÖBIG FP – eigene Berechnungen

Legende:

- tB = tatsächliche Betten
- sB = systemisierte Betten
- Aufn = stationäre Aufnahmen
- ETP = Eintagspflegen
- BT = Belagstage
- dBD = durchschnittliche Belagsdauer
- Ausl = Auslastung
- BA = Bettenäquivalent

Tabelle 3: Ist-Stand und Planungsvorgaben für die Vorarlberger Akut-Krankenanstalten

Anlage
zu den §§ 1 und 2

Bettenführende Krankenanstalten gesamt⁹⁾

Normalpflege	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KJP	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKG	SRN	RNS	PAL	PSO	I-TK/GEM	HOS
Tatsächliche Betten 2011 ¹⁾	205 ²⁾	17	418	129	92	294	83	10	12	36	40	45	16	37	102	146	8	21	108	10	14	36	0
Plan-Betten 2010	202	18	418	130	96	275	79	10	12	28	36	57	18	38	98	144	8	21	109	10	14	59	0
RSG 2015	191 ³⁾	17	401	118	90	269	76	37	12	24	38	45	16	38	98	148	8	20	94	14	18	49	10
RSG 2020	189 ²⁾	17	400	116	90	269	74	37	12	24	36	45	16	38	98	148	8	20	94	16	18	41	10

Intensivbereiche	ICU	IMCU	NICU	NIMCU
Tatsächliche Betten 2011	30	22	0	17
Plan-Betten 2010	30	22	9	11
RSG 2015	38	22	6	16
RSG 2020	38	28	8	17

Medizinisch-technische Großgeräte	CT ⁴⁾	MR	COR	STR	ECT	PET
Ist-Stand 2011	5	2 ⁵⁾⁶⁾⁷⁾	1	2	3	1
RSG 2015	6	4 ⁸⁾	2	3	3	1
RSG 2020	6	4 ⁸⁾	2	3	3	1

1) Stand zum Zeitpunkt 31.12.2011

2) davon 17 Betten GCH

3) davon 16 Betten GCH

4) exkl 1 Funktionsgerät

5) exkl 1 MR Sanatorium Dr Schenk

6) Kooperation mit extramuralen Anbieter (LKH Bregenz, KH Dornbirn, LKH Hohenems, LKH Bludenz)

7) zusätzlich 2 MR mit einer Feldstärke <1 Testa eingerichtet (intramuraler Standort, sonstige Akut-KA Lech, extramuraler Standort Lech)

8) Kooperation mit extramuralen Anbieter (LKH Hohenems, LKH Bludenz)

9) Zukünftig sollen alle Landeskrankenhäuser zu einem Mehrstandortkrankenhaus zusammengefasst werden

Normalpflege	Intensivpflege	Gesamtbetten
1.879	69	1.948
1.880	72	1.952
1.831	82	1.913
1.816	91	1.907

1. Gemeinnützige und öffentliche, bettenführende Krankenanstalten

1.1 Versorgungsregion Rheintal-Bregenzwald

LKH - Standort Bregenz

Normalpflege	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KJP	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKC	SRN	RNS	PAL	PSO	I-TK/GEM
Tatsächliche Betten 2011	50		93	34			25					20				36			4 ¹⁾			
Plan-Betten 2010	45		80	30			25					20				40			0 ²⁾			8
RSG 2015	45		89	30			25					20				38			0 ²⁾			8
RSG 2020	45		89	30			23					20				38			0 ²⁾			0
Organisationsform	A		A	A			A					A				A						TK ³⁾

Intensivbereiche	ICU	IMCU	NICU	NIMCU
Tatsächliche Betten 2011	8			5
Plan-Betten 2010	8			5
RSG 2015	10			5
RSG 2020	10			5
Organisationsform	E ⁴⁾			E

Normalpflege	Intensivpflege	Gesamtbetten
262	13	275
248	13	261
255	15	270
245	15	260

Referenzzentren u. besondere Leistungsbereiche	TCH	GCH	KAR	ONK	KIONK	NUKT	SU	DIA
Ist-Stand 2011	-	-	-	-	-	-	-	-
RSG 2015	-	-	-	ONKA	-	-	-	-
RSG 2020	-	-	-	ONKA	-	-	-	-

Medizinisch-technische Großgeräte	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
Ist-Stand 2011	1	5)	-	-	-	-
RSG 2015	1	1	-	-	-	-
RSG 2020	1	1	-	-	-	-

Fußnoten LKH - Standort Bregenz

- 1) gemischter Belag
- 2) Nachsorgebetten im KH Dornbirn
- 3) Interdisziplinäre Tagesklinik für alle A der Krankenanstalt
- 4) Interdisziplinäre Intensivbehandlungseinheit bzw. kombiniert mit Intensivüberwachungsplätzen
- 5) Kooperation mit extramuralen Anbieter

K807 KH Dornbirn

Normalpflege	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KJP	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKC	SRN	RNS	PAL	PSO	I-TK/GEM
Tatsächliche Betten 2011	57		69	40			30								30	16			20			8
Plan-Betten 2010	57		69	40			30								30	16			20			8
RSG 2015	48		69	40			27								30	16			30			8
RSG 2020	48		69	40			27								30	16			30			8
Organisationsform	A		A	A			A								A	D			D			TK ¹⁾

Intensivbereiche	ICU	IMCU	NICU	NIMCU
Tatsächliche Betten 2011	8			6
Plan-Betten 2010	8			6
RSG 2015	10			8
RSG 2020	10			8
Organisationsform	E ²⁾			E

Normalpflege	Intensivpflege	Gesamtbetten
270	14	284
270	14	284
268	18	286
268	18	286

Referenzzentren u. besondere Leistungsbereiche	TCH	GCH	KAR	ONK	KIONK	NUKT	SU	DIA
Ist-Stand 2011	-	-	-	ONKB	-	-	-	-
RSG 2015	-	-	-	ONKA	³⁾	-	-	-
RSG 2020	-	-	-	ONKA	³⁾	-	-	-

Medizinisch-technische Großgeräte	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
Ist-Stand 2011	1	⁴⁾	-	-	-	-
RSG 2015	1	1				
RSG 2020	1	1				

Fußnoten K807 KH Dornbirn

- ¹⁾ Interdisziplinäre Tagesklinik für alle A, D der Krankenanstalt und zusätzlich dTK für HNO und AU
- ²⁾ Interdisziplinäre Intensivbehandlungseinheit bzw. kombiniert mit Intensivüberwachungsplätzen
- ³⁾ Primäre Koordinationsstelle und Behandlung von Vorarlberger Kindern mit hämatologisch-onkologischen Erkrankungen in Zusammenarbeit mit Referenzzentrum der KIONK
- ⁴⁾ Kooperation mit extramuralen Anbieter

LKH Standort Hohenenems

Normalpflege	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KJP	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKC	SRN	RNS	PAL	PSO	I-TK/GEM
Tatsächliche Betten 2011			52											37	14					10		11
Plan-Betten 2010			52											38	14					10	14	6
RSG 2015			52											38	14					14	18 ¹⁾	8
RSG 2020			52											38	14					16	18 ¹⁾	8
Organisationsform			A											A	F					S	D	TK ²⁾

Intensivbereiche	ICU	IMCU	NICU	NIMCU
Tatsächliche Betten 2011		6		
Plan-Betten 2010		6		
RSG 2015		6		
RSG 2020		6		
Organisationsform		E		

Normalpflege	Intensivpflege	Gesamtbetten
124	6	130
134	6	140
134	6	140
146	6	152

Referenzzentren u. besondere Leistungsbereiche	TCH	GCH	KAR	ONK	KIONK	NUKT	SU	DIA
Ist-Stand 2011	-	-	-	-	-	-	-	-
RSG 2015	-	-	-	ONKA	-	-	-	-
RSG 2020	-	-	-	ONKA	-	-	-	-

Fußnoten LKH Standort Hohenenems

- ¹⁾ davon 4 tagesklinische Plätze
- ²⁾ Interdisziplinäre Tagesklinik für alle A der Krankenanstalt und zusätzlich dTK für CH, UC, HNO un AU
- ³⁾ Kooperation mit extramuralen Anbieter

Medizinisch-technische Großgeräte	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
Ist-Stand 2011	1	³⁾	-	-	-	-
RSG 2015	1	³⁾	-	-	-	-
RSG 2020	1	³⁾	-	-	-	-

KH Sanatorium Mehrerau

Normalpflege	HOS	IM	RNS
Tatsächliche Betten 2011	0	30	20
Plan-Betten 2010	0	25	25
RSG 2015	10	-	-
RSG 2020	10	-	-

Normalpflege	Intensivpflege	Gesamtbetten
50	0	50
50	0	50
10	0	10
10	0	10

1. 2. Versorgungsregion Vorarlberg Süd

LKH Standort Bludenz

Normalpflege	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KJP	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKC	SRN	RNS	PAL	PSO	I-TK/GEM		
Tatsächliche Betten 2011	30		60	16			4			2	4				4	20								
Plan-Betten 2010	32		68	20								12				16							8	
RSG 2015	32		63	16												20							8	
RSG 2020	30		63	14												20							8	
Organisationsform	A	⁴⁾	A	A	⁶⁾											D	^{3),5)}						TK	¹⁾

Intensivbereiche	ICU	IMCU	NICU	NIMCU
Tatsächliche Betten 2011		6		
Plan-Betten 2010		6		
RSG 2015		6		
RSG 2020		6		
Organisationsform		E		

Referenzzentren u. besondere Leistungsbereiche	TCH	GCH	KAR	ONK	KIONK	NUKT	SU	DIA
Ist-Stand 2011	-	-	-	-	-	-	-	-
RSG 2015	-	-	-	ONKA	-	-	-	-
RSG 2020	-	-	-	ONKA	-	-	-	-

Medizinisch-technische Großgeräte	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
Ist-Stand 2011	1	²⁾	-	-	-	-
RSG 2015	1	²⁾	-	-	-	-
RSG 2020	1	²⁾	-	-	-	-

Normalpflege	Intensivpflege	Gesamtbetten
140	6	146
156	6	162
139	6	145
135	6	141

Fußnoten LKH Standort Bludenz

- ¹⁾ interdisziplinäre Tagesklinik für alle A, D der Krankenanstalt und zusätzlich dTK für HNO und AU
- ²⁾ Kooperation mit extramuralen Anbieter
- ³⁾ Department für interdisziplinäre orthopädisch/unfallchirurgische Versorgung (Übergangslösung bis zu entsprechenden Festlegungen zur traumatologischen Versorgung im ÖSG)
- ⁴⁾ Standortübergreifende Abteilung mit Feldkirch, eventuell zusätzlich Umwandlung von stationären Betten in tageschirurgische Betten
Schwerpunkte: Tageschirurgie und Spezialeingriffe wie Hernien OP, Proktologie, Varizenentfernung, ...
- ⁵⁾ Kooperation mit der Abteilung für Feldkirch im Bereich Endoprothetik
Die Organisationsform dieser Kooperation wird sich an den im ÖSG 2017 definierten Organisationsformen orientieren
- ⁶⁾ Standortübergreifende Abteilung mit Feldkirch (zur besseren OP-Nutzung in Bludenz)

LKH Standort Rankweil

Normalpflege	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KJP	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKC	SRN	RNS	PAL	PSO	I-TK/GEM
Tatsächliche Betten 2011					92	209		10											30		14	
Plan-Betten 2010					96	190		10											30			
RSG 2015					54 ¹⁾	184 ^{2), 3)}		37 ⁴⁾											30			
RSG 2020					54 ¹⁾	184 ^{2), 3)}		37 ⁴⁾											30			
Organisationsform					AD ¹⁾	A		A											D			

Intensivbereiche	ICU	IMCU	NICU	NIMCU
Tatsächliche Betten 2011				
Plan-Betten 2010				
RSG 2015				
RSG 2020				
Organisationsform				

	Normalpflege	Intensivpflege	Gesamtbetten
Tatsächliche Betten 2011	355	0	355
Plan-Betten 2010	326	0	326
RSG 2015	305	0	305
RSG 2020	305	0	305

Referenzzentren u. besondere Leistungsbereiche	TCH	GCH	KAR	ONK	KIONK	NUKT	SU	DIA
Ist-Stand 2011	-	-	-	-	-	-	-	-
RSG 2015	0	0	0	0	0	0	0	0
RSG 2020	0	0	0	0	0	0	0	0

Medizinisch-technische Großgeräte	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
Ist-Stand 2011	-	1	-	-	-	-
RSG 2015	-	1	-	-	-	-
RSG 2020	-	1	-	-	-	-

Fußnoten LKH Standort Rankweil

- ¹⁾ Neurol. Nachsorge C
- ²⁾ Die vorgesehene Anzahl an PSY-Plan-Betten ist nur unter der Voraussetzung des vollständigen Ausbaus ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar
- ³⁾ exklusiv 9 Betten Psychiatriepflege und 14 Betten Wachkomastation
- ⁴⁾ dislozierter Standort im Herz-Jesuheim Rankweil
inkl. 4 Betten Kinderpsychosomatik; davon 12 tagesklinische Plätze, 8 davon in Bregenz

K828 KH Frastanz

Normalpflege	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KJP	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKC	SRN	RNS	PAL	PSO	I-TK/GEM	
Tatsächliche Betten 2011						85																	
Plan-Betten 2010						85																	
RSG 2015						85																	
RSG 2020						85																	
Organisationsform						A																	

Intensivbereiche	ICU	IMCU	NICU	NIMCU
Tatsächliche Betten 2011				
Plan-Betten 2010				
RSG 2015				
RSG 2020				
Organisationsform				

	Normalpflege	Intensivpflege	Gesamtbetten
Tatsächliche Betten 2011	85	0	85
Plan-Betten 2010	85	0	85
RSG 2015	85	0	85
RSG 2020	85	0	85

Referenzzentren u. besondere Leistungsbereiche	TCH	GCH	KAR	ONK	KIONK	NUKT	SU	DIA
Ist-Stand 2011	-	-	-	-	-	-	-	-
RSG 2015	-	-	-	-	-	-	-	-
RSG 2020	-	-	-	-	-	-	-	-

Medizinisch-technische Großgeräte	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
Ist-Stand 2011	-	-	-	-	-	-
RSG 2015	-	-	-	-	-	-
RSG 2020	-	-	-	-	-	-

Fußnoten K828 KH Frastanz

- ¹⁾ Behandlung von Abhängigkeitskranken
 - 50 Betten Alkohol-Therapie Maria Ebene
 - 29 Betten Drogen-Therapie (davon 14 Lukasfeld und 15 Carina)
 - 6 Entzugsbetten Lukasfeld

LKH Standort Feldkirch

Normalpflege	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KJP	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKC	SRN	RNS	PAL	PSO	I-TK/GEM
Tatsächliche Betten 2011	68 ⁷⁾	17	114	39			24		12	34	36	25	16		54	74	8	21	34			
Plan-Betten 2010	68	18	124	40			24		12	28	36	25	18		54	72	8	21	34			12
RSG 2015	66 ⁸⁾	17	128 ¹⁾	32	36		24		12	24	38	25	16		54	74	8	20 ²⁾	34			
RSG 2020	66 ⁷⁾	17	127 ¹⁾	32	36		24		12	24	36	25	16		54	74	8	20 ²⁾	34			
Organisationsform	A ⁹⁾	A	A ¹²⁾	A ¹¹⁾	A		A		A	A	A	A	A		A ¹⁰⁾	A	A	A	D ⁵⁾			TK

Intensivbereiche	ICU	IMCU	NICU	NIMCU
Tatsächliche Betten 2011	14	10	0	6
Plan-Betten 2010	14	10	9	0
RSG 2015	18	10	6	3
RSG 2020	18	16	8	4
Organisationsform	E	E	E	E

Referenzzentren u. besondere Leistungsbereiche	TCH	GCH	KAR	ONK	KIONK	NUKT	SU	DIA
Ist-Stand 2011	ja	ja	ja ³⁾	ONKB	-	ja	-	ja ⁴⁾
RSG 2015	ja	ja	ja ³⁾	ONKS	-	ja	ja	ja ⁴⁾
RSG 2020	ja	ja	ja ³⁾	ONKS	-	ja	ja	ja ⁴⁾

Medizinisch-technische Großgeräte	CT ⁶⁾	MR	COR	STR	ECT	PET
Ist-Stand 2011	1	1	1	2	3	1
RSG 2015	2	1	2	3	3	1
RSG 2020	2	1	2	3	3	1

Normalpflege	Intensivpflege	Gesamtbetten
576	30	606
594	33	627
608	37	645
605	46	651

Fußnoten LKH Standort Feldkirch

- ¹⁾ inklusive Interne E und Nephrologie
- ²⁾ 15 Betten Strahlentherapie und 5 Betten Nuklearmedizin
- ³⁾ Versorgungstufe 2 gemäß Kapitel 2.5.5 ÖSG 2012, Kooperationsabkommen mit einer herzchirurgischen Abteilung (herzchirurgischer back up)
- ⁴⁾ 21 Plätze für ambulante Dialysen
- ⁵⁾ Betten befinden sich am Standort Maria Rast
- ⁶⁾ exkl 1 Funktionsgerät
- ⁷⁾ davon 17 Betten GCH
- ⁸⁾ davon 16 Betten GCH
- ⁹⁾ Standortübergreifende Abteilung mit Bludenz
- ¹⁰⁾ Kooperation mit dem Department für UC in Bludenz im Bereich Endoprothetik
- ¹¹⁾ Standortübergreifenden Abteilung mit Bludenz (zur besseren OP-Nutzung in Bludenz)
- ¹²⁾ Neustrukturierung durch Aufteilung in folgende vier Organisationseinheiten:
 Abteilung für IM mit Kardiologie und Angiologie
 Abteilung für IM mit Onkologie und Gastroenterologie
 Abteilung IM mit Nephrologie
 interdisziplinäre internistische und Notfall-Ambulanz

2. Private bettenführende Krankenanstalten

K838 Unfallstation Dr Rhomberg, Lech

Normalpflege	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KJP	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKC	SRN	RNS	PAL	PSO	I-TK/GEM	
Tatsächliche Betten 2011																							9
Plan-Betten 2010																							9
RSG 2015																							9
RSG 2020																							9
Organisationsform																							

Intensivbereiche	ICU	IMCU	NICU	NIMCU
Tatsächliche Betten 2011				
Plan-Betten 2010				
RSG 2015				
RSG 2020				
Organisationsform				

Normalpflege	Intensivpflege	Gesamtbetten
9	0	9
9	0	9
9	0	9
9	0	9

K858 Sanatorium Dr Schenk, Schruns

Normalpflege	CH	NC	IM	GGH	NEU	PSY	KI	KJP	DER	AU	HNO	URO	PCH	PUL	OR	UC	MKC	SRN	RNS	PAL	PSO	I-TK/GEM	
Tatsächliche Betten 2011																							8
Plan-Betten 2010																							8
RSG 2015																							8
RSG 2020																							8
Organisationsform																							

Intensivbereiche	ICU	IMCU	NICU	NIMCU
Tatsächliche Betten 2011				
Plan-Betten 2010				
RSG 2015				
RSG 2020				
Organisationsform				

Normalpflege	Intensivpflege	Gesamtbetten
8	0	8
8	0	8
8	0	8
8	0	8