



Bregenz, 16.12.2025

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT (RSG) VORARLBERG 2030

RSG 2030

Anlage 1 - Text

Fassung vom 16.12.2025

INHALT

1. EINLEITUNG	1
2. RAHMENBEDINGUNGEN	2
2.1. Topografie	2
2.2. Demografie	2
2.3. Leistungsentwicklung	4
2.4. Kostenentwicklung.....	4
2.5. Medizinisches Personal und Pflegepersonal	6
2.6. Überblick IST-Situation.....	8
2.7. Erreichbarkeit im Akutfall.....	9
3. PLANUNGSMETHODIK	10
3.1. Planungsablauf.....	10
3.2. Methodik der stationären Planung	11
3.2.1. Ziele und Grundsätze.....	11
3.2.2. Inhalt	13
3.2.3. Datengrundlage.....	13
3.2.4. Methodik zur Erstellung der stationären Planungsempfehlung.....	14
3.3. Methodik der ambulanten Planung	14
3.3.1. Ziele und Grundsätze.....	14
3.3.2. Inhalt	15
3.3.3. Datengrundlage.....	16
3.3.4. Methodik zur Erstellung der kalkulatorischen bzw. idealtypischen Planungsempfehlung ..	17
4. ERGEBNISSE	20
4.1. Stationäre Versorgung.....	20
4.1.1. Stationäre Planungsempfehlungen und ÖSG-Planungsrichtwerte.....	20
4.1.2. Stationäre Planungsergebnisse	20
4.2. Ambulante Versorgung	25
4.2.1. Planungsergebnisse	25
4.2.2. Ausbau von Fachgebieten	25
4.3. Überblick Planungsempfehlungen	31
5. VERSORGUNGSRELEVANTE THEMEN	33
5.1. Primärversorgungseinheiten	33
5.2. Diabetesversorgung.....	33

5.3. Dialyseversorgung.....	34
5.4. Frauengesundheitszentren.....	34
5.5. Analyse der Notwendigkeit und möglicher Standorte für Ambulatorien in Vorarlberg	35
5.6. Brustzentren	35
5.7. Zahnbehandlung in Narkose.....	35
5.8. E-Health und Telemedizin.....	36
QUELLENVERZEICHNIS.....	38
ANHANG.....	38
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	39
TABELLENVERZEICHNIS	39
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	40

1. EINLEITUNG

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Vorarlberg (RSG) 2030 ist das zentrale Planungsinstrument für die Gesundheitsversorgung in Vorarlberg. Er umfasst die Versorgungsplanung des Bundeslandes und gliedert sich in zwei wesentliche Teilbereiche:

- ▶ den RSG Vorarlberg stationär, der die stationäre Ziel- und Kapazitätsplanung abbildet,
- ▶ sowie den RSG Vorarlberg ambulant, der die ambulante ärztliche Versorgung und den Ausbau von Primärversorgungseinheiten und Vergemeinschaftungsformen regelt.

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Vorarlberg 2030 wurde gemeinsam von dem Land Vorarlberg und der Sozialversicherung mit wissenschaftlicher Unterstützung der Gesundheit Österreich GmbH und der BDO Health Care Consultancy GmbH (beauftragt durch den Vorarlberger Landesgesundheitsfonds) entwickelt und der Vorarlberger Landes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorgelegt. Darüber hinaus wurden folgende Stakeholder eingebunden:

- ▶ ÖGK
- ▶ Ärztekammer
- ▶ Land Vorarlberg
- ▶ Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft (KHBG)
- ▶ Stadt Dornbirn
- ▶ KH Dornbirn
- ▶ Stiftung Maria Ebene
- ▶ BMASGPK
- ▶ GÖG

Im vorliegenden Bericht werden zunächst die Rahmenbedingungen und Zielsetzungen sowie die Inhalte der stationären und ambulanten Planung dargestellt. Darauf aufbauend werden die geplanten Leistungsangebote beschrieben und die zugrunde liegenden Qualitätskriterien erläutert. Abschließend werden weitere versorgungsrelevante Themen betrachtet. Der Bericht liefert die Grundlage für die künftige Ausgestaltung des stationären und ambulanten Bereichs in den Versorgungsregionen und ist handlungsweisend für den Umsetzungsprozess.

Hinweis

Die fachbereichsbezogene Differenzierung von IST-Standdarstellung und Kapazitätsplanung erfolgte unter Berücksichtigung der diesbezüglichen ÖSG-Vorgaben nach den in der RSG-Planungsmatrix für die Kapazitätsplanung im extramuralen Bereich vorgesehenen Fachbereiche. Das sind:

- ▶ Allgemeinmedizinische ärztliche Versorgung
- ▶ Fachärztliche Versorgung in den in Regiomed erfassten Fachbereichen Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU); Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP); Chirurgie (CH; einschließlich Kinderchirurgie, KCH und Plastische Chirurgie, PCH); Innere Medizin (IM); Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH); Neurologie (NEU); Psychiatrie (PSY); Dermatologie (DER); Augenheilkunde (AU); Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO); Urologie (URO); Pulmologie (PUL); Orthopädie (OR); Unfallchirurgie (UCH); Orthopädie und Traumatologie (ORTR); Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG) sowie Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK; einschließlich Kieferorthopädie, KFO)

Für die Fachrichtungen „Orthopädie (OR)“ und „Unfallchirurgie (UCH)“ wird in der sektorenübergreifenden Dokumentation der ambulanten Inanspruchnahme des BMASGPK keine Differenzierung vorgenommen, sodass die ambulanten ärztlichen Kontakte nur für das Fach „Orthopädie und Traumatologie (ORTR)“ ausgewiesen werden.

Die Erfassung der ärztlichen ambulanten Kontakte erfolgt im extramuralen Bereich über die Abrechnungsdaten der Sozialversicherung. Das führt sehr wahrscheinlich zu einer Untererfassung vor allem bei der Erfassung der Kontaktzahlen ausländischer Gastpatient:innen, was insbesondere in touristisch geprägten Regionen bei der Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen ist.

2. RAHMENBEDINGUNGEN

Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen erläutert, die der gesamten Planung des RSG Vorarlberg 2030 zugrunde liegen. Dabei werden neben der Topografie und demografischen Entwicklung im Land auch die Leistungs-, Kosten- und Personalperspektive berücksichtigt.

2.1. TOPOGRAFIE

Vorarlberg hat eine Gesamtfläche von 2.601 km². Verwaltungstechnisch besteht es aus vier Bezirken mit 96 Gemeinden. Der Ballungsraum Vorarlbergs konzentriert sich hauptsächlich auf das Rheintal und den Walgau. Diese Regionen sind dicht besiedelt und somit geprägt von einer hohen Bevölkerungsdichte.

Im ÖSG erfolgt die Einteilung von Vorarlberg für die Gesundheitsstrukturplanung in zwei Versorgungsregionen (VR) - siehe auch **Abbildung 1**. Die VR Rheintal - Bregenzerwald mit den Bezirken Bregenz und Dornbirn und die VR Vorarlberg Süd mit den Bezirken Feldkirch und Bludenz.



Abbildung 1 Versorgungsregionen Vorarlberg

VR 81 Unterland: Versorgungsregion Rheintal-Bregenzerwald

Die Versorgungsregion 81 (VR Unterland) umfasst derzeit die Landeskrankenhäuser Bregenz und Hohenems sowie das Krankenhaus der Stadt Dornbirn.

Für die Schwerpunktbildung ist vorgesehen, verschiedene fachliche Zentren entweder in Bregenz oder Dornbirn zu verorten - etwa Gynäkologie und Geburtshilfe in Bregenz sowie Orthopädie und Traumatologie in Dornbirn.

Zudem wird eine Stärkung der standort- und trägerübergreifenden Zusammenarbeit angestrebt.

VR 82 Oberland: Versorgungsregion Vorarlberg-Süd

Die Versorgungsregion 82 (VR Oberland) beinhaltet aktuell die Landeskrankenhäuser Rankweil, Feldkirch und Bludenz sowie das Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene.

Der RSG 2030 sieht eine Vertiefung der engen Zusammenarbeit zwischen den Standorten im Oberland, insbesondere Feldkirch und Bludenz, vor.

Zur Ausschöpfung bestehender Effizienzpotenziale sollte für die meisten Fachbereiche in Bludenz eine Verlagerung der organisatorischen Verantwortung nach Feldkirch geprüft werden.

Die Rolle des Monopolkrankenhauses Rankweil im Bereich Psychiatrie in Vorarlberg soll weiter gestärkt und zu einem landesweiten Kompetenzzentrum ausgebaut werden. Das Versorgungsangebot soll dabei durch eine enge Zusammenarbeit mit dem KH Stiftung Maria Ebene abgestimmt werden.

2.2. DEMOGRAFIE

Die demografische Struktur von Vorarlberg im Jahr 2023 sowie eine Prognose für das Jahr 2030 ist in **Tabelle 1** festgehalten. Zu Jahresbeginn 2023 lebten in Vorarlberg laut Statistik Austria 406.395 Menschen, davon 229.321 in der VR Rheintal-Bregenzerwald (VR 81) und 177.074 in der VR Vorarlberg Süd (VR 82). Bis zum Jahr 2030 wird die Bevölkerung gemäß aktuellen Bevölkerungsprognosen auf 421.445 Einwohner:innen anwachsen, was einem Wachstum von rund 3,7 Prozent entspricht.

Region	Wohnbevölkerung insgesamt		Wohnbevölkerung 0 bis 19 Jahre		Wohnbevölkerung 20 bis 74 Jahre		Wohnbevölkerung 75 Jahre und älter	
	2023	2030	2023	2030	2023	2030	2023	2030
	Anzahl der Einwohner/-innen absolut							
Vorarlberg	406.395	421.445	86.268	86.573	284.367	292.688	35.760	42.184
(VR 81) Rheintal-Bregenzerwald	229.321	238.456	49.015	49.261	160.000	165.241	20.306	23.954
(VR 82) Vorarlberg-Süd	177.074	182.989	37.253	37.312	124.308	127.447	15.454	18.230

Tabelle 1 Demografische Struktur und Prognose Vorarlberg 2023 und 2030¹²³

In Vorarlberg waren zu Jahresbeginn 2023 35.760 Einwohner:innen 75 Jahre und älter. Dies entspricht einem Anteil von rund 8,8 Prozent der Gesamtbevölkerung. Dieser Anteil wird sich bis zum Jahr 2030 auf rund 10 Prozent erhöhen. Somit werden mehr als 42.000 Menschen in Vorarlberg leben, die 75 Jahre und älter sind. Unter der Annahme einer unveränderten alters- und geschlechtsspezifischen Betteninanspruchnahme würde sich bis 2030 theoretisch ein zusätzlicher Bettenbedarf von etwa 10 Prozent ergeben. Langfristigen Entwicklungen wirkt dieser Trend jedoch entgegen, denn vor allem die Absenkung der KHH durch die fortschreitende „Ambulantisierung“ auf verschiedenen Ebenen sowie die Verkürzung der durchschnittlichen Behandlungsdauer infolge minimal-invasiver Verfahren und des Fortschritts in der Medizintechnik.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist zu erwarten, dass die Frequenz der Arztbesuche im extramuralen Bereich weiter ansteigen wird. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass ältere Bevölkerungsgruppen häufiger medizinische Betreuung benötigen. Diese Zunahme der Arztkontakte stellt den bedeutendsten Einflussfaktor für die prognostizierten Steigerungen bis zum Jahr 2030 dar. Die alternde Bevölkerung führt zu einer erhöhten Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, da mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit von chronischen Erkrankungen und gesundheitlichen Beschwerden steigt. Daher ist es wichtig, die Gesundheitsinfrastruktur entsprechend anzupassen, um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden und eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Die Gruppe der 0-19-Jährigen bleibt in absoluten Zahlen weitgehend konstant. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung sinkt jedoch aufgrund des prognostizierten Wachstums der Bevölkerung ab 75 Jahren um rund 0,7 Prozent. Diese Zahlen und ihre Entwicklung beeinflussen, wie altersspezifische Versorgungsangebote strukturiert und dimensioniert werden sollten.

¹ Statistik Austria (2023)

² Österreichische Raumordnungskonferenz (2022)

³ Statistik Austria (2024)

2.3. LEISTUNGSENTWICKLUNG

Aufgrund dieser demografischen Entwicklung ist es wichtig, die daraus resultierenden Konsequenzen in jegliche Planungsempfehlungen miteinzubeziehen.

Medizinische Leistungen	2014	2023	Delta Abs. & %
Atmungssystem, Thorax	87	132	45 51,72%
Augen und Orbita	6144	5555	-589 -9,59%
Bewegungsapparat	3144	3184	40 1,27%
Bildgebende Diagnostik und Interventionen	8414	9591	1177 13,99%
Diagnostische und therapeutische Verfahren	9405	12169	2764 29,39%
Dialyseverfahren	373	441	68 18,23%
Endokrine Drüsen	75	52	-23 -30,67%
Endoskopische Diagnostik und Therapie	1706	3497	1791 104,98%
Haut und Anhangsgebilde	792	786	-6 -0,76%
Herz und Kreislaufsystem	1076	1210	134 12,45%
Invasive kardiologische Diagnostik und Therapie	1410	1563	153 10,85%
Neonatologische/Pädiatrische Intensivleistungen	0	0	n/a
Nervensystem, Psyche, Gehirnschädel, Wirbelsäule	846	840	-6 -0,71%
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	1	19	18 1800%
Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie	631	431	-200 -31,7%
Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals	564	435	-129 -22,87%
Onkologische Therapie und andere Pharmakotherapie	5656	4314	-1342 -23,73%
Organtransplantationen	0	1	n/a
Strahlentherapie	501	451	-50 -9,98%
Therapie auf Spezialabteilungen	259	522	263 101,54%
Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	1131	1574	443 39,17%
Verdauungstrakt, Abdomen	1328	1442	114 8,58%
Summe	43543	48209	4666 10,72%

Abbildung 2 Anzahl der medizinischen Leistungen bei Spitalsentlassungen über 65-Jähriger 2014 vs. 2023

Diese Mehrbelastung, wie in **Abbildung 2**⁴ wird insbesondere auch durch medizinische Mehrleistungen in den Bereichen bildgebende Diagnostik, diagnostische und therapeutische Verfahren und Endoskopische Diagnostik und Therapie getrieben.

In der Vergangenheit war zu beobachten, dass die Frequenz der medizinischen Inanspruchnahme in allen Bereichen zugenommen hat, wobei ein besonderer Anstieg bei älteren Altersgruppen verzeichnet wurde. Diese Entwicklung wurde durch mehrere Faktoren beeinflusst. Zum einen führten neue therapeutische Ansätze zu einer erhöhten Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen. Zum anderen spielten Nachholeffekte eine Rolle, bei denen Patienten, die zuvor aus verschiedenen Gründen auf medizinische Versorgung verzichtet hatten, diese verstärkt in Anspruch nahmen. Besonders im extramuralen Bereich, also außerhalb von Krankenhäusern, war diese Zunahme deutlich spürbar.

2.4. KOSTENENTWICKLUNG

Eine weitere wichtige Rahmenbedingung stellt die Kostenentwicklung dar. **Abbildung 3**⁵ zeigt die Hochrechnung der Gesundheitsausgaben für das Land Vorarlberg im Zeitraum von 2025 bis 2050. Im Rahmen des SHA-Konzepts (System of Health Accounts) werden die Gesundheitsausgaben nach Gesundheitsleistungen und -gütern (Health Care Functions) gegliedert. Dieses System wurde gemeinsam von der OECD, Eurostat und der Weltgesundheitsorganisation entwickelt. Ziel des SHA ist es, die Gesundheitsausgaben konsistent und international vergleichbar zu erfassen. Dabei werden verschiedene Hauptkategorien unterschieden, die die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens abbilden:

⁴ STATcube (2024)

⁵ Hochrechnung (BDO) für ambulante und stationäre Versorgung basierend auf Statistik Austria (2025a)

- ▶ Ambulante ärztliche Leistungen, ambulante Pflege, diagnostische und therapeutische Leistungen
- ▶ Stationäre Leistungen, etwa Krankenhausaufenthalte und Behandlungen in Spitälern
- ▶ Häusliche Pflege
- ▶ Krankentransport und Rettungsdienste
- ▶ Pharmazeutische Erzeugnisse bzw. medizinische Ge- und Verbrauchsgüter
- ▶ Prävention und Gesundheitsförderung
- ▶ Verwaltung der Gesundheitsversorgung - Staat inkl. Sozialversicherungsträger

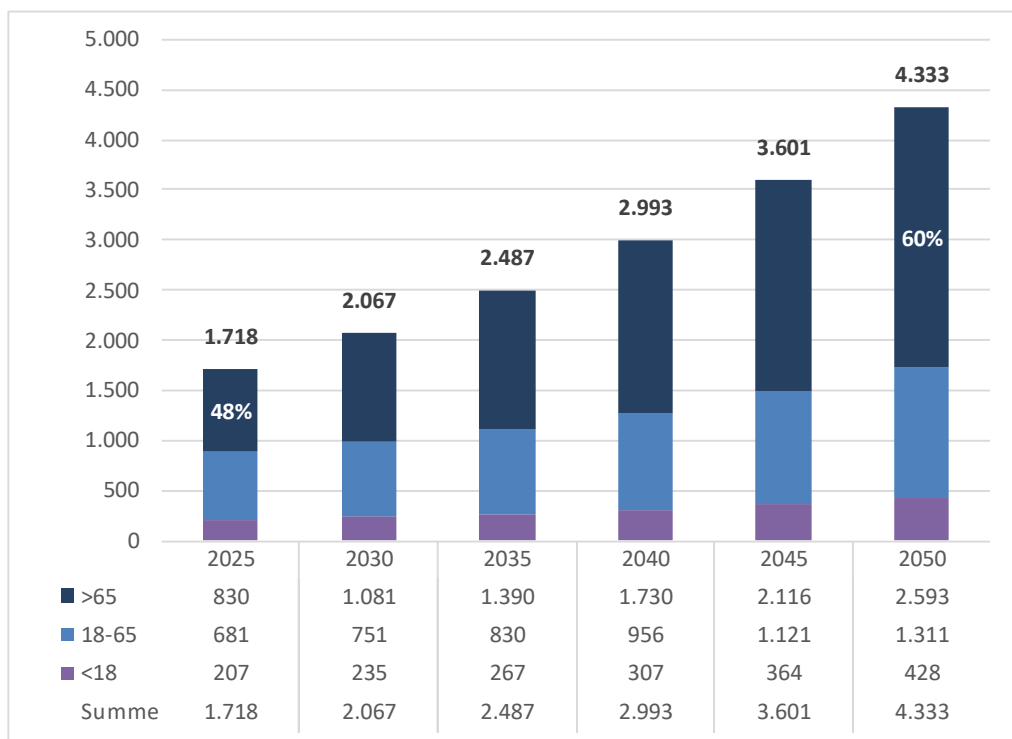


Abbildung 3 Hochrechnung Gesundheitsausgaben Vorarlberg 2025-2050 [in MEUR]

Die Ausgaben für über 65-Jährige werden bereits im Jahr 2025 rund 48 Prozent der gesamten Ausgaben für die ambulante und stationäre Versorgung in Vorarlberg ausmachen⁶. Aufgrund der demografischen Entwicklung werden sich diese Kosten bis 2050 voraussichtlich mehr als verdoppeln. Bereits 2030 werden die Ausgaben für über 65-Jährige erstmals jene für unter 65-Jährige übersteigen. Die Anpassung der Strukturplanung im Rahmen des RSG 2030 ist daher von hoher Dringlichkeit.

Durch den Ausbau ambulanter Angebote werden stationäre Kapazitäten gezielt entlastet und Gesundheitsausgaben langfristig optimiert.

⁶ OECD (2019) & Statistik Austria (2025b)

2.5. MEDIZINISCHES PERSONAL UND PFLEGEPERSONAL

Zusätzlich verändert sich die Demografie der Dienstleistungserbringer:innen. **Abbildung 4** zeigt die Entwicklung der Ärzt:innen nach Berufsgruppen im Zeitraum von 2013 bis 2023 sowie eine Prognose des Ärzt:innenbedarfs in den Fondskrankenanstalten bis 2031⁷.

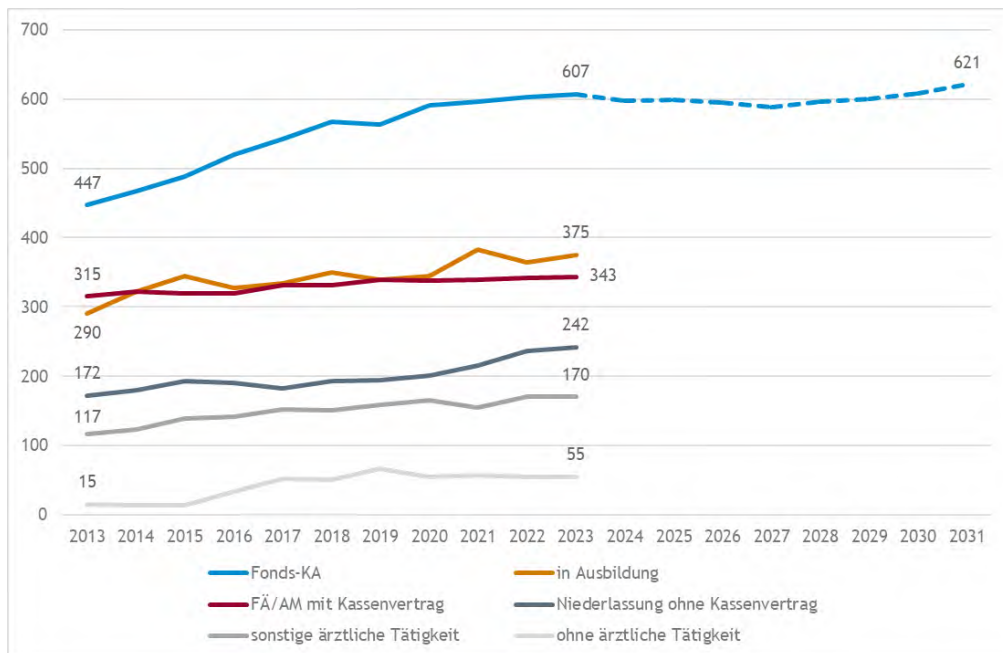


Abbildung 4 Entwicklung der Ärzt:innen je Berufsgruppe in Vorarlberg

Der Altersdurchschnitt der Ärzt:innen, die 2023 in den Fondskrankenanstalten in Vorarlberg tätig waren, beträgt bei Männern 50,0 Jahre und bei Frauen auf 46,9 Jahre. Bis zum Jahr 2030 werden voraussichtlich 146 Ärzt:innen in Pension gehen. Dies entspricht rund 24 Prozent des ärztlichen Personals in den Vorarlberger Fondskrankenanstalten. Diese Prognose deckt sich mit der österreichweiten Entwicklung.

	Iststand 2020	Sollstand 2030	Wachstum Zusatzbedarf	Ersatzbedarf (Personen)	Wachstum Ersatzbedarf	Zusatzbedarf (Personen)	Mehrbedarf (Personen)
DGKP	3.555	4.074	15 %	802	23 %	518	1.321
PFA/PTA	1.196	1.486	24 %	360	30 %	291	650
SBB	822	975	19 %	156	19 %	153	309
HH	629	764	21 %	-	-	135	135
Summe	6.202	7.299	18 %	1.318	24 %	1.097	2.415

Tabelle 2 Veränderung zwischen Ist-Stand 2020 & Sollstand 2030 [in Personen und Prozent]

Ende 2020 übten rund 6.202 Personen einen Pflege- bzw. Betreuungsberuf aus. **Tabelle 2** zeigt bis 2030 einen kumulativen Mehrbedarf von insgesamt 2.415 Angehörigen der Pflege- und Betreuungsberufe. Dieser ergibt sich aus dem Ersatzbedarf (durch Pensionierungen) sowie dem Zusatzbedarf infolge demografischer Entwicklungen.⁸

⁷ Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2023)

⁸ Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2021)

	bei fortgeschriebenen Grade-Mix	bei Grade-Mix Alternative
DGKP	1.321	881
PFA	280	1.068
PA	370	47
SBB	309	284
Summe	2.280	2.280

Tabelle 3 Gegenüberstellung des Mehrbedarfs bis 2030 - abhängig vom Grade-Mix [in Personen und Prozent]

Ein weiterer Einflussfaktor ist das Verschiebungspotenzial zwischen den Berufsgruppen. Der im Jahr 2020 vorliegende Skill-Grade-Mix wurde bis 2030 fortgeschrieben, wie in **Tabelle 3**⁹ ersichtlich ist. In diese Überlegungen wurden keine Annahmen zur realistischen Umsetzung in Bezug auf die Ausbildungskapazitäten in der Pflegefachassistenz (PFA) einbezogen. **Abbildung 5**¹⁰ veranschaulicht, wie sich der Skill-Grade-Mix zwischen den Pflege- und Betreuungsberufen in Vorarlberg bis 2030 verändern könnte. Im Jahr 2020 lag der Anteil der DGKP bei 64 Prozent, jener der PFA bei einem Prozent, der PA bei 21 Prozent und der SBB bei 15 Prozent. Eine mögliche Veränderung des Skill-Grade-Mixes bis 2030 würde dazu führen, dass der Anteil der DGKP bei 56 Prozent, der PFA bei 13 Prozent, der PA bei 17 Prozent und der SBB knapp unter 15 Prozent liegt. Dies hätte zur Folge, dass sich der Mehrbedarf zwischen den Berufsgruppen verschiebt und damit auch der Bedarf an Ausbildungsplätzen entsprechend anpasst.

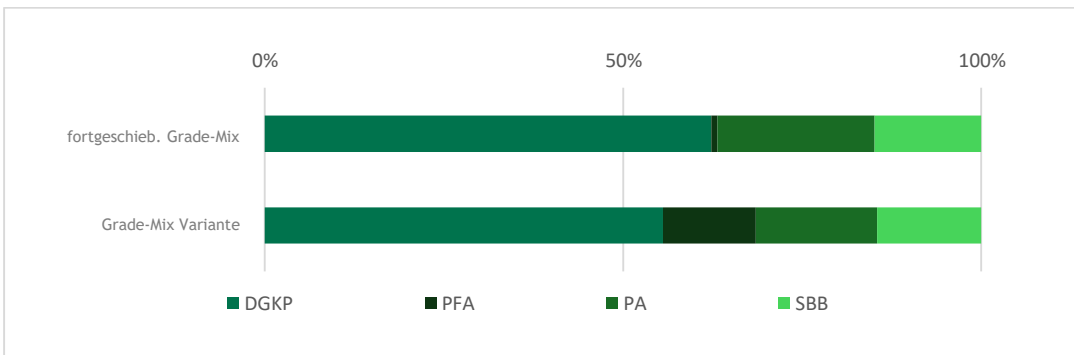


Abbildung 5 Grade-Mix Varianten im Jahr 2030

Im Jahr 2020 waren in Vorarlberg 6.202 Berufsangehörige der Pflege- und Betreuungsberufe beschäftigt. Der kumulative Ersatzbedarf bis 2030 wird auf 1.318 Personen (848 VZÄ) geschätzt, der kumulative Zusatzbedarf auf 1.097 Personen (720 VZÄ). Insgesamt ergibt sich daraus ein kumulativer Mehrbedarf von 2.415 Berufsangehörigen der Pflege- und Betreuungsberufe bis 2030. Der hohe Ersatzbedarf an Pflegepersonen macht eine Anpassung der Versorgungsstrategien erforderlich.

Im niedergelassenen Bereich steht bis zum Jahr 2028 eine erhebliche Anzahl von Ärzten vor dem Ruhestand. Bislang konnte der Großteil dieser Stellen erfolgreich nachbesetzt werden, und es ist zu erwarten, dass auch in Zukunft die Nachbesetzungen effizient durchgeführt werden können. Um den Übergang zu erleichtern und die Kontinuität der medizinischen Versorgung sicherzustellen, ist der Einsatz neuer Versorgungsformen von entscheidender Bedeutung. Dazu gehören unter anderem Gruppenpraxen, Primärversorgungseinheiten (PVE) und Job-Sharing-Modelle. Diese innovativen Ansätze bieten nicht nur flexible Arbeitsbedingungen für Ärzte, sondern fördern auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Optimierung der Patientenversorgung. Durch die Implementierung solcher Modelle kann die Gesundheitsinfrastruktur gestärkt und an die sich wandelnden Bedürfnisse der Bevölkerung angepasst werden.

⁹ Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2021)

¹⁰ Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2021)

2.6. ÜBERBLICK IST-SITUATION

Die Entwicklung der stationären Auslastung von 2023 im Vergleich zu 2019 wird in **Abbildung 6** dargestellt.

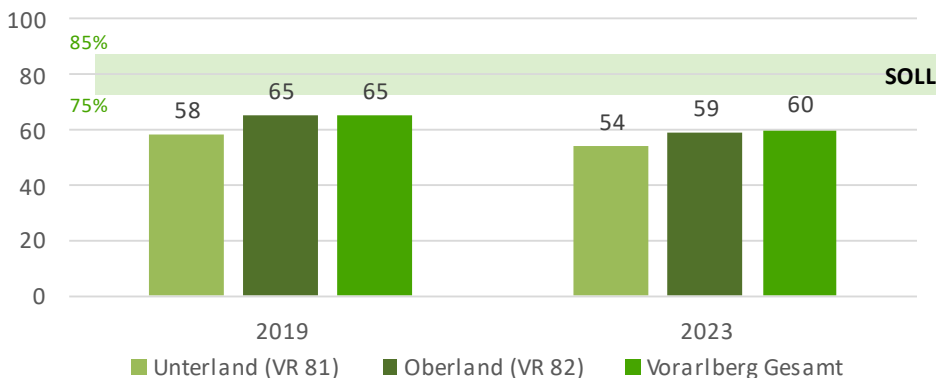


Abbildung 6 Stationäre Auslastung 2019 und 2023 [in Prozent]

Die stationäre Auslastung belief sich im Jahr 2023 über alle Stationen in Vorarlberg hinweg auf 60 Prozent. Dabei wurden jeweils die Mitternachtsstände berücksichtigt. Dabei bestanden teilweise Bettensperren, die in der Berechnung nicht vollständig berücksichtigt wurden. Zwischen den einzelnen Fachbereichen und Standorten bestehen jedoch deutliche Unterschiede.

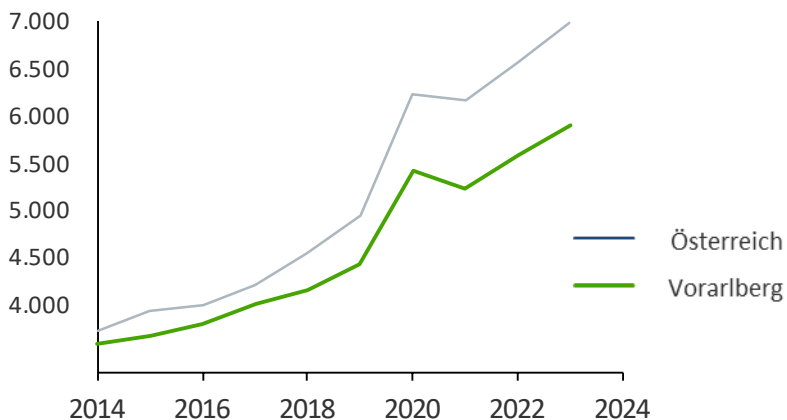


Abbildung 7 Stationäre Kosten pro Aufenthalt 2014-2023 [in EUR]

Die stationären Endkosten pro Aufenthalt, dargestellt in **Abbildung 7**, lagen im betrachteten Zeitraum in den durch den Landesgesundheitsfonds (LGF) finanzierten Krankenanstalten Vorarlbergs unter dem österreichischen Durchschnitt. Seit 2014 steigen sie kontinuierlich, besonders deutlich im Jahr 2020. Auch die Investitionsausgaben der KHBG liegen im Jahr 2024 über dem Niveau von 2019. Zwar gingen die Ausgaben zwischen 2019 und 2021 zurück, in den darauffolgenden Jahren kam es jedoch erneut zu einem Anstieg.

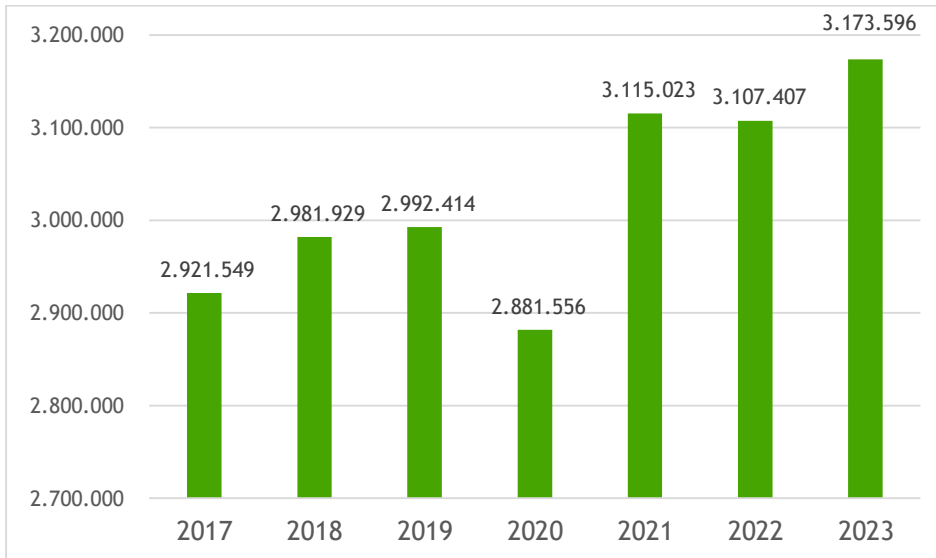


Abbildung 8 Anzahl der eCard-Gesamtkonsultationen (Vertragsärzt:innen) ÖGK-V

Im niedergelassenen Bereich ist ein zunehmender Trend bei den eCard-Konsultationen zu beobachten (**Abbildung 8**). Die Anzahl der Konsultationen steigt kontinuierlich, was eine sorgfältige Berücksichtigung dieser Frequenzzunahme erfordert. Diese Entwicklung hat direkte Auswirkungen auf die Kostenstruktur im Gesundheitswesen. Mit der steigenden Anzahl an eCard-Konsultationen wachsen auch die finanziellen Anforderungen, die mit der Bereitstellung und Verwaltung dieser Dienstleistungen verbunden sind.

2.7. ERREICHBARKEIT IM AKUTFALL

Im Zuge der Analyse der Versorgungslandschaft Vorarlbergs wurde auch eruiert, wie es um die Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen in Akutfällen bestellt ist. Als Fallbeispiele dienten dabei zum einen die Therapie mittels Herzkatheter, etwa bei einem akuten Herzinfarkt, und zum anderen das Eintreten einer Risikogeburt.

Beide Situationen sind hochgradig zeitkritisch und erfordern eine rasche medizinische Versorgung. Vorarlberg wurde diesbezüglich anhand mehrerer Parameter mit anderen Bundesländern verglichen. Die **Abbildung 9** veranschaulicht diese Gegenüberstellung.

	Vorarlberg	Tirol	Steiermark	Wien
Einwohner:innen (EW)	ca. 400.000	ca. 800.000	ca. 1.300.000	ca. 2.000.000
Fläche	2.600 km ²	12.650 km ²	16.400 km ²	415 km ²
Herzkatheter Anzahl der Standorte mit 24/7-Öffnungszeiten	1	1	2*	2**
EW je Herzkatheter	400.000	800.000	870.000	1.300.000
km ² je Herzkatheter	2.600 km ²	12.650 km ²	11.000 km ²	300 km ²
NICU / NIMCU Anzahl der Standorte	4	4	3	5
EW je NICU / NIMCU	130.000	200.000	650.000	330.000
km ² je NICU / NIMCU	870 km ²	3.100 km ²	8.200 km ²	70 km ²

Abbildung 9 Erreichbarkeit im Akutfall im ausgewählten Bundesländervergleich

* Leoben mit begrenztem Leistungsumfang

** Mo-Fr 2 Standorte, am Wochenende nur AKH

3. PLANUNGSMETHODIK

Ziel des RSG Vorarlberg ist die Planung einer qualitätvollen, gesamtwirtschaftlich effizienten, effektiven, medizinisch adäquaten sowie bedarfs- und patient:innenorientierten Versorgung aller Vorarlberger:innen mit medizinischen Leistungen -unabhängig von Alter, Geschlecht oder Einkommen. Die rechtliche Grundlage des RSG Vorarlberg bildet der in Artikel 5 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens verankerte ÖSG.

Demografische und technologische Entwicklungen führen im Zeitverlauf zu Veränderungen sowohl des Versorgungsbedarfs als auch der Versorgungsmöglichkeiten. Aufgabe des RSG Vorarlberg ist es, diese Veränderungen durch eine adäquate Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu begleiten. Unter Berücksichtigung von Versorgungsgerechtigkeit und Bedarfsorientierung sowie der Kriterien Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit werden die Versorgungsstrukturen unter qualitativen und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten optimiert.

Ein am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtetes Gesundheitswesen verlangt, dass Versorgungsprobleme der Bevölkerung jeweils dort gelöst werden, wo die medizinische Betreuung unter Beachtung humanitärer Bedingungen am effizientesten und effektivsten durchgeführt werden kann. Dies setzt abgestufte Versorgungsebenen voraus, die zwischen Gesundheitsförderung und Prävention, Grundversorgung, spezialisierter und hochspezialisierter Versorgung unterscheiden.

3.1. PLANUNGSABLAUF

Die Planungen gliederten sich in drei aufeinander aufbauende Phasen mit spezifischen Schwerpunkten und Zielsetzungen. Dabei baute jede Planungsphase inhaltlich und methodisch auf den Ergebnissen der vorherigen Phase auf. So entstand ein konsistenter und fundierter Gesamtprozess, der eine bedarfsorientierte und zukunftsgerichtete Planung ermöglichte.

Phase 1: IST-Standdarstellung

In der ersten Phase wurden die vorhandenen Daten sorgfältig geprüft und aufbereitet. In enger Abstimmung mit den Zielsteuerungspartner:innen wurde die Ergänzung um zusätzliche Datenquellen vorgenommen. Basierend darauf wurde eine umfassende Analyse durchgeführt, um ein klares Bild der aktuellen Versorgungssituation in Vorarlberg zu erhalten.

Neben der Bevölkerungsstruktur und -entwicklung wurden verschiedene Indikatoren wie Versorgungsdichte und Kontakthäufigkeit in Bezug auf die Wohnbevölkerung sowie die Patient:innenströme für die vier Bezirke, die beiden Versorgungsregionen und das gesamte Bundesland Vorarlberg erfasst und teilweise über längere Zeiträume ausgewertet.

Auf dieser Grundlage wurde eine Ist-Stand-Analyse erstellt, die nach Sektoren, Fachbereichen und regionalen Gegebenheiten differenziert wurde. Am Ende der Phase 1 wurden alle Ergebnisse zusammengeführt. Dieses gemeinsame Bild der aktuellen Versorgungssituation diente als Basis für die Planung des zukünftigen Bedarfs.

Phase 2: Kalkulatorischer Soll-Stand

Auf Basis der aktuellen Ist-Analyse wurde eine kalkulatorische Soll-Stand-Planung bzw. Prognose erstellt. Für den stationären Bereich wurde der zukünftige Kapazitätsbedarf, unter Berücksichtigung demografischer Entwicklungen, medizinisch-technischer Trends und weiterer Rahmenbedingungen modelliert. Zusätzlich wurden mögliche Verlagerungen in den (spitals-) ambulanten Bereich sowie das Potenzial der Tageskliniken in die Planung einbezogen. Zur Berechnung der kalkulatorischen Soll-Werte im ambulanten Bereich wurde der Ist-Stand normiert und unter Berücksichtigung örtlicher Gegebenheiten (Touristenzahlen, Risikostruktur) angepasst. Anschließend erfolgte eine Prognose bis 2030 basierend auf demografischen Trends. Zur Orientierung wurden auch einfache demografische Hochrechnungen des Ist-Zustands bereitgestellt.

Die Ergebnisse zur stationären Versorgung wurden nach Fachbereichen, Regionen und Sektoren differenziert dargestellt und dienen als Referenz für weiterführende Planungsüberlegungen und -schritte.

Phase 3: Abgestimmte Planung

In der dritten Phase wurden die kalkulatorischen Planungsergebnisse bzw. idealtypischen Planungsempfehlungen in einem strukturierten Abstimmungsprozess mit den Zielsteuerungspartnern weiterentwickelt. Begleitet wurde dieser Prozess von der GÖ FP und der Einbindung weiterer relevanter Stakeholder:innen. Ziel war die Erarbeitung einer konsolidierten und bedarfsgerechten Strukturplanung.

Der Abstimmungsprozess erfolgte als Verhandlungs- und Feedbackrunde, in der unterschiedliche Perspektiven einfließen konnten, um ein integratives und tragfähiges Planungsergebnis zu sichern. Die GÖ FP unterstützte die Auftraggeber:innen/Systempartner:innen in dieser Phase durch zusätzliche Analysen zur Klärung von Detailfragen, Teilnahme an Verhandlungs- und Abstimmungsrunden sowie durch Beratungsleistungen.

Aktualisierung und Anpassung

Der RSG 2030 kann jährlich aktualisiert und angepasst werden. Dies soll einerseits garantieren, dass die tatsächliche Bevölkerungsentwicklung im Vergleich zur prognostizierten Bevölkerungsentwicklung fortlaufend überwacht werden kann, und andererseits sollen vereinbarte, aber noch nicht verortete Planungen integriert werden.

Zusätzlich soll durch die Einbeziehung auch von derzeit noch nicht vorliegenden Informationen (Inanspruchnahme telemedizinischer Videokonsultation, ambulante Diagnosecodierung, etc.) die Planung weiter optimiert werden.

Der Prozess für die Aktualisierung und Anpassung des RSG ist so ausgelegt, dass der zu aktualisierende Teil spätestens mit 1. Januar des Folgejahres der Aktualisierung als Verordnung veröffentlicht ist.

3.2. METHODIK DER STATIONÄREN PLANUNG

3.2.1. Ziele und Grundsätze

Konkret basiert der stationäre RSG Vorarlberg 2030 auf folgenden Zielvorstellungen und Grundsätzen:

- ▶ Sicherstellung der stationären Akutversorgung durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und im Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Akut-Krankenanstalten. Diese sollen, sofern sinnvoll und möglich, in regionalen Verbänden organisiert sein und durch geeignete Kooperationsstrukturen ergänzt werden.
- ▶ Verstärkter Einsatz tagesklinischer und ambulanter Behandlungskonzepte, wobei die präoperative Abklärung sowie die postoperative medizinisch-pflegerische Betreuung sicherzustellen sind. Die Organisation der häuslichen Nachsorge soll als Bestandteil des Entlassungsmanagements in den Behandlungsprozess integriert werden.
- ▶ Implementierung abgestufter Organisationsformen zur Reduktion vollstationärer Bettenkapazitäten, wobei diese Kapazitäten nicht additiv, sondern substitutiv geschaffen werden sollen.
- ▶ Förderung interdisziplinärer Strukturen zur Verbesserung des Leistungsangebots und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte, etwa durch Nutzung von Größenvorteilen oder Berücksichtigung von Fixkostensprüngen.
- ▶ Sicherstellung einer bedarfsorientierten Umstrukturierung der Kapazitäten von Fächern mit steigendem beziehungsweise sinkendem Bedarf.
- ▶ Fortsetzung der Anpassung stationärer Bereiche an die speziellen Bedürfnisse der zunehmend zahlreicher werdenden hochbetagten Patient:innen.

- ▶ Sicherstellung von stationär und ambulant verzahnten, vorrangig multiprofessionellen Angeboten in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Psychosomatik für Erwachsene und Kinder und Jugendliche sowie deren Vernetzung insbesondere mit Angeboten im Sozial- und Bildungsbereich.
- ▶ Verstärkter, bedarfsgerechter Auf- und Ausbau der Versorgung in den Bereichen Akutgeriatrie, Remobilisation und/oder Palliativmedizin in Krankenanstalten sowie deren Vernetzung mit extramuralen Angeboten im Gesundheits- und Sozialbereich.

Bei der Weiterentwicklung der Akut-Krankenanstalten (Akut-KA) gelten die nachstehend angeführten Planungsrichtwerte des ÖSG (BMSGPK 2023) als Orientierungsgrößen (siehe **Tabelle 4**). Die fachrichtungsspezifisch festgelegten Erreichbarkeitsrichtwerte sowie die Richtintervalle der Bettenmessziffern (BMZ) sollen nur in begründeten Ausnahmefällen über- bzw. unterschritten werden. Die Erreichbarkeitsrichtwerte pro Fachrichtung sind so auszulegen, dass sie für mindestens 90 Prozent der Gesamtbevölkerung des jeweiligen Bundeslandes - unter Berücksichtigung auch bundesländerübergreifender Versorgungsbeziehungen - eingehalten werden.

Fachbereiche/Versorgungsbereiche	Err. (Min.)	BMZvs (min)	BMZvs (max)	PMZ	KMZ	BMZ 2019	MBZ
Intensivbehandlungsbereiche (INT/IS)	60	0,13	0,22	*	0,17	0,16	6
Intensivüberwachungsbereiche (INT/UE)	45	0,06	0,10	*	0,08	0,07	4
IMCU/ICU (NEO), Kinder und Jugendliche	60	0,05	0,08	*	0,06	0,06	4/6
Kinder- und Jugendheilkunde (KJU)	45	0,09	0,15	*	0,13	0,15	20
Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)	*	0,02	0,03	*	0,03	0,03	20
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	60	0,05	0,09	0,04	0,11	0,06	30
Chirurgie (CH)	45	0,38	0,64	0,01	0,52	0,64	30
Neurochirurgie (NCH)	60	0,04	0,07	*	0,06	0,06	30
Innere Medizin (IM)	45	0,99	1,65	0,07	1,39	1,41	30
- davon Pulmologie (PUL) / Innere Medizin-Pneumologie (IM-PUL)	*	0,08	0,13	0,01	0,11	0,10	30
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH)	45	0,17	0,28	0,02	0,24	0,33	20
Neurologie (NEU)	60	0,17	0,28	*	0,23	0,23	30
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe B (NEU-ANB/B)	60	0,04	0,07	*	0,05	0,04	3
Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe C (NEU-ANB/C)	90	0,06	0,09	*	0,07	0,07	8
Psychiatrie (PSY, exkl. PSY-ABH und PSY-FOR)	60	0,31	0,51	0,09	0,50	0,36	30
Haut- und Geschlechtskrankheiten (DER)	90	0,03	0,05	*	0,05	0,06	25
Augenheilkunde (AU)	90	0,02	0,03	0,05	0,07	0,08	15
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	60	0,07	0,11	*	0,09	0,12	25
Urologie (URO)	60	0,10	0,16	*	0,14	0,14	25
Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (PCH)	*	0,02	0,03	*	0,03	0,03	15
Orthopädie und Traumatologie (ORTR)	45	0,42	0,70	0,02	0,58	0,68	30
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	*	*	*	*	*	0,02	15
Strahlentherapie-Radioonkologie (STR)	90	*	*	*	*	0,03	*
Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)	*	*	*	*	*	0,01	*
Psychosomatik / Erwachsene (PSO-E)	90	0,03	0,06	0,01	0,05	0,05	20
Psychosomatik / Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSO-KJ) ¹	90	0,02	0,04	*	0,03	0,01	6
Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)	45	0,24	0,40	0,02	0,34	0,20	24
Remobilisation/Nachsorge (RNS)	*	0,03	0,06	*	0,05	0,03	24
Palliativmedizin (PAL) / Erwachsene	60	0,05	0,08	*	0,06	0,04	8
Palliativmedizin (PAL) / Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	*	*	*	*	*	0,00	*
Gemischter Belag (GEM)	*	*	*	*	*	0,03	*
Summe (exkl. PSY-ABH und PSY-FOR)¹	*	3,63	6,06	0,35	5,19	5,28	*

¹ Summen enthalten auch Fachbereiche/Versorgungsbereiche ohne ausgewiesene Planungsrichtwerte oder IST-Werte (*)

* Angaben nicht sinnvoll bzw. nicht verfügbar

Tabelle 4 Planungsrichtwerte für die Normalpflege- und Intensivbereiche sowie tagesklinische/tagesambulante Versorgung in Akutkrankenhäusern (Planungshorizont 2030), (BMSGPK 2023, S. 44)

Grundsätzlich gilt: Je allgemeiner eine Leistung ist und je häufiger sie in Anspruch genommen wird, desto wohnortnaher ist sie zu erbringen. Spezialisierte Leistungen mit entsprechend hohen Vorhaltekosten

hingegen sind stärker zu konzentrieren. In diesem Zusammenhang sei explizit darauf hingewiesen, dass das Schwerpunktkrankenhaus LKH Feldkirch für Patient:innen sowohl von der VR 81 als auch von der VR 82 gut erreichbar ist.

3.2.2. Inhalt

Der RSG Vorarlberg 2030 legt unter Bedachtnahme auf die gesetzlichen Vorgaben und auf die bestehenden Strukturen ein abgestuftes und bedarfsgerechtes Krankenhausversorgungssystem fest.

Im RSG Vorarlberg 2030 werden für die **stationäre Versorgung** folgende Punkte festgelegt:

- ▶ die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung für das gesamte Bundesland (inkl. der Anzahl der Plätze in Dialyseeinrichtungen)
- ▶ die Fächerstrukturen (differenziert nach der abgestuften Leistungserbringung) und die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) für jede von der Planung umfasste Krankenanstalt
- ▶ Betriebsformen von Spitalsambulanzen je Fach-/Versorgungsbereich
- ▶ Ambulante Betreuungsplätze (ambBP)
- ▶ Tagesklinische Plätze
- ▶ Stationäre Organisationsformen je Fach-/Versorgungsbereich
- ▶ Referenzzentren
- ▶ Versorgungsstufen
- ▶ Überregionale Versorgungsplanung
- ▶ Spezialzentren
- ▶ Module, Spezialisierungen und Strukturqualitätskriterien

Die Standort- und Fächerstrukturen sowie die Plankapazitäten 2030 (stationär und tagesambulant) je Fachrichtung stellen für das Land Vorarlberg verbindliche Obergrenzen dar, die nicht überschritten werden dürfen. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung erfolgt durch die Krankenanstaltenträger:innen, abhängig von den verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen. Durch den in den Planungen vorgesehenen Ausbau des ambulanten Bereichs kann es zu einer Reduktion der stationären Strukturen kommen.

3.2.3. Datengrundlage

Folgende Datengrundlagen wurden im Rahmen der stationären Planungen herangezogen:

- ▶ Demografische Bevölkerungsprognose für Vorarlberg 2023 - 2030 bzw. 2050 (Statistik Austria)
- ▶ Krankenanstalten-Verzeichnis 2024 (BMASGPK 2025, Excel-Datei)
- ▶ Organisationsformen im stationären Bereich je Fach-/Versorgungsbereich auf KA-Standort-Ebene, Stand 2024
- ▶ Zuordnungen von abgestuften Versorgungsbereichen, Referenzzentren, Spezialzentren und speziellen Versorgungsbereichen auf KA bzw. KA-Standorte, Stand 2024
- ▶ Betriebsformen von Spitalsambulanzen (Terminambulanzen, Akutambulanzen) je Fach-/Versorgungsbereich (inkl. ZAE) bzw. je KA-Standort, Stand 2024
- ▶ Informationen zur Anzahl von Hämodialyse-Plätzen (HDia), zum Schichtbetrieb, zur Anzahl von HDia-Patient:innen sowie zum standortbezogenen Anteil der Peritonealdialyse Verfahren (PDia) am Dialysegeschehen

Als weitere heranzuziehende Daten- und Informationsquellen sind anzuführen:

- ▶ Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2023 i.d.g.F.
- ▶ Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz i.d.g.F.
- ▶ Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene i.d.g.F.
- ▶ Landes-Zielsteuerungsübereinkommen für Vorarlberg i.d.g.F.
- ▶ aktuell bestehende Planungen im RSG Vorarlberg zum Planungshorizont 2025

3.2.4. Methodik zur Erstellung der stationären Planungsempfehlung

Im ersten Schritt erfolgte die Aufbereitung und Analyse der vorhandenen Ausgangsdaten, um die bestehende Krankenhausstrukturen zu erfassen. Dazu zählten neben den IST-Bettenzahlen je Standort und Fachbereich Auslastungszahlen sowie Belagsdauern. Um die aktuellen Situationen und Herausforderungen besser nachvollziehen zu können, wurden partizipative Strukturdialoge mit verschiedenen Interessensvertretern aus 14 ausgewählten Fächern geführt.

Im zweiten Schritt wurden die zukünftigen Krankenhausfälle und Belagstage prognostiziert. Dafür wurde eine demografische Hochrechnung für das Jahr 2030 durchgeführt, um die künftige Entwicklung der Fallzahlen auf Basis der Bevölkerungsstruktur abzubilden. Ebenso wurde das Potenzial für tagesklinische und ambulante Leistungen analysiert und bei den Kalkulationen berücksichtigt. Dadurch wurden die Fallzahlen und Belagstage nach Versorgungsart angepasst.

Auf Basis der Bettenmessziffer (BMZ), Platzmessziffer (PMZ) und Kapazitätsmessziffer (KMZ) wurden die jeweiligen fächerspezifischen Planungskorridore des ÖSG (BMASGPK 2023 idgF, S. 44) für Vorarlberg sowie individuell für die zwei Versorgungsregionen aufgestellt. Die Berechnung der Korridore erfolgte dabei auf Basis der absoluten Vorarlberger Bevölkerung, wodurch eine direkte Vergleichbarkeit zwischen den Planungswerten und der tatsächlichen Bevölkerungsentwicklung gewährleistet wird. Dies ermöglicht eine realitätsnahe Einschätzung des künftigen Bedarfs und stellt sicher, dass die Kapazitätsplanung auf einer fundierten demografischen Grundlage basiert. Zusätzlich wurden potenzielle Auslastungsoptimierungen durchgeführt, um Veränderungen in der Inanspruchnahme oder in der regionalen Verteilung der Leistungen zu berücksichtigen. Anschließend konnte eine erste Abschätzung der Betten- und Platzbedarfe entwickelt werden.

Um auch zukünftig die Ressourcenverwendung effizient gestalten und die Attraktivität des Arbeitsplatzes sicherstellen zu können, wurden Spezialisierungen und Schwerpunktsetzungen als Arbeitshypothesen formuliert. Diese punktuellen Adaptionen in der Leistungszuordnung wurden anschließend den betroffenen Fachbereichen vorgestellt und in Abstimmungen diskutiert.

3.3. METHODIK DER AMBULANTEN PLANUNG

3.3.1. Ziele und Grundsätze

Die primäre Gesundheitsversorgung stellt die erste und wichtigste Schnittstelle im umfassenden System medizinischer, pflegerischer und rehabilitativer Leistungsangebote dar. Sie wird leicht zugänglich sowie wohnort- und bedarfsnah in Primärversorgungszentren oder hausärztlichen Praxen erbracht und bildet das Fundament eines kontinuierlichen Versorgungsprozesses. Die fachärztliche Versorgung in Vorarlberg erfolgt nicht ausschließlich im Krankenhaus, sondern vor allem durch niedergelassene Fachärzt:innen mit Kassenvertrag. Dies ermöglicht eine individuelle und wohnortnahe Betreuung. Spezialleistungen werden zur Qualitätssicherung bei besonders qualifizierten Fachärzt:innen gebündelt, während hochspezialisierte Leistungen aufgrund erhöhter Risiken und der erforderlichen Infrastruktur eine Einbettung in ein Krankenhausumfeld erfordern.

Für den gesamten ambulanten Planungsbereich, sowohl extramural als auch spitalsambulant, gelten die im ÖSG idgF (BMASGPK 2023) festgelegten Planungsrichtwerte als Orientierungsgrößen (siehe **Tabelle 5**). Die Versorgungsdichte soll in jeder Versorgungsregion unter Berücksichtigung regionaler Austauschbeziehungen innerhalb des angegebenen Intervalls liegen. Zusätzlich ist auf regionaler Ebene im Rahmen von Detailplanungen (RSG) eine detaillierte Bedarfsschätzung und Angebotsplanung durchzuführen, wobei lokale Spezifika wie Pendlerbewegungen ebenso zu berücksichtigen sind wie bundesweite Vorgaben. Die Planungsrichtwerte dürfen nur in begründeten Ausnahmefällen über- oder unterschritten werden.

Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich (Planungshorizont 2030)

Fachrichtung/Fachbereich **	Err. (Min.)	VDmin	VDmax	VD2021	BEVmin
Allgemeinmedizin (AM)**	10	34,9	64,8	48,7	2.000
Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU)**	20	4,2	7,9	6,0	17.000
Kinder- und Jugendchirurgie (KJC)	*	*	*	*	*
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ¹	30	0,8	1,4	1,0	100.000
Chirurgie (CH)	*	4,5	8,4	6,3	*
Neurochirurgie (NCH)	*	*	*	*	*
Innere Medizin (IM)**	20	14,4	26,8	18,2	6.000
- davon Pulmologie (PUL) / Innere Medizin-Pneumologie (IM-PUL)	*	1,6	3,0	2,2	45.000
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (GGH)	30	7,0	12,9	9,8	10.000
Neurologie (NEU)	30	2,4	4,5	3,4	30.000
Psychiatrie (PSY)	30	3,3	6,0	4,1	24.000
Dermatologie (DER)	30	3,2	5,9	4,5	22.000
Augenheilkunde (AU)	30	5,3	9,8	7,3	14.000
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO)	30	2,9	5,4	4,2	24.000
Urologie (URO)	30	2,5	4,6	3,5	29.000
Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (PCH)	*	*	*	*	*
Orthopädie und Traumatologie (ORTR) ²	30	7,4	13,8	10,4	10.000
Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	*	0,5	0,9	0,7	*
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK)	20	28,3	52,6	40,4	2.500
- davon mit kieferorthopädischem Schwerpunkt	*	2,8	5,1	3,9	*

Tabelle 5 Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich (Planungshorizont 2030), (BMASGPK 2023, S. 41)

3.3.2. Inhalt

Im RSG Vorarlberg 2030 werden für die **ambulante Versorgung** folgende Punkte festgelegt:

- ▶ Allgemeinmedizinische Versorgung / Primärversorgung / Allgemeinmediziner:innen
 - In Einzel- und Gruppenpraxen, die als Vertragsärzt:innen oder Wahlärzt:innen tätig sind
 - In Primärversorgungseinheiten (PVE)
 - In eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger
 - Erstversorgungsambulanzen (EVA)
- ▶ Ärzt:innen in zentralen Notfallambulanzen (ZAE)
- ▶ Ambulante Fachversorgung
- ▶ Fachärzt:innen (d.h. allgemeine Fachärzt:innen ausgenommen Fachärzt:innen für Radiologie, Fachärzt:innen für Physikalische Medizin, Fachärzt:innen für Pathologie, Fachärzt:innen für medizinische und chemische Labordiagnostik)
 - In Spitalsambulanzen

- Im niedergelassenen Bereich, die als Vertragsärzt:innen oder Wahlärzt:innen tätig sind
- In Primärversorgungseinheiten (PVE): Kinder- und Jugendheilkunde, Gynäkologie
- In eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger
- In selbstständigen Ambulatorien bzw. Instituten (mit Vertrag)
- ▶ Zahnärztliche Versorgung, Zahnärzt:innen, Dentist:innen, Fachärzt:innen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Kieferorthopädie
 - Im niedergelassenen Bereich, die als Vertragsärzt:innen oder Wahlärzt:innen tätig sind
 - In eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger
 - In selbstständigen Ambulatorien bzw. Instituten (mit Vertrag)

Die genannten Planungsbereiche wurden im IST 2023 in ÄAVE abgebildet und auf Basis der Inanspruchnahmedaten für das SOLL 2030 ebenfalls in ÄAVE berechnet. Das daraus resultierende Planungsergebnis für 2030 wurde in weiterer Folge in Sachleistungsstellen übergeleitet, kalkuliert und in die Planungsmatrix integriert.

3.3.3. Datengrundlage

Die Analyse- und Planungsarbeiten erfolgten primär auf Basis der für das Referenzjahr 2023 zur Verfügung stehenden Daten zu ärztlichen ambulanten Versorgungskapazitäten (ÄAVE aus dem System Regiomed des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger) sowie Daten zu den ärztlichen ambulanten Inanspruchnahmen (ambulante Kontakte nach „KDok“). Die regionale Differenzierung der daraus abgeleiteten Analysen/Indikatoren erfolgt unter Berücksichtigung der physischen und rechtlichen Datenverfügbarkeit auf Ebene der vier politischen Bezirke (PB) und der zwei Versorgungsregionen (VR) im Bundesland Vorarlberg. Bei der GÖ FP wurden für die Projektarbeiten folgende Datengrundlagen unter Nutzung des bundesweit konzipierten „Österreichischen Gesundheitssystem (ÖGIS)“ (bereits in elektronischer Form aufbereitet) herangezogen:

- ▶ Demographische und epidemiologische Basisdaten 1980-2023 sowie Bevölkerungsprognose 2020-2076 (Statistik Austria, ÖROK);
- ▶ Diagnosen-/Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1992-2023 (BMASGPK, „KDok“ bzw. „XDok“);
- ▶ Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik 1994-2023 (BMASGPK, „KDok“ bzw. „XDok“); » Inanspruchnahme-Daten gemäß Verordnung zur Dokumentation im ambulanten Bereich, 2015-2021 (BMASGPK, „KDok“ bzw. „XDok“);
- ▶ Anzahl der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) gemäß „Regiomed“ auf Ebene der Versorgungsregionen und der Bezirke 2007-2023 (DVSU); » Liste der selbstständigen Ambulatorien 2012 bis 2023 (BMASGPK);
- ▶ Ärztekostenstatistik 1991-2021 (DVSU);
- ▶ Österreichische Ärzteliste 1999-2021 (ÖÄK, ZÄK);
- ▶ Erreichbarkeit (Reisezeit) im Straßen-Individualverkehr 2020/2021 (GeoMagis GmbH).

Anm.: Die Heranziehung von ÄAVE gemäß „Regiomed“ als Datenbasis für ärztliche Kapazitäten im gesamten ambulanten Bereich wird in Hinblick auf eine österreichweite und direkte Vergleichbarkeit mit den im derzeit gültigen ÖSG 2017 vorgegebenen Planungsrichtwerten für den ambulanten Bereich für 2025 sowie mit den im ÖSG 2017 bis Ende Juni 2023 vorliegenden Planungsrichtwerten für den ambulanten Bereich für 2030 als wesentlich erachtet.

Als weitere heranzuziehende Daten- und Informationsquellen sind anzuführen:

- ▶ Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2023 i.d.g.F.
- ▶ Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz i.d.g.F.
- ▶ Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene i.d.g.F.
- ▶ Landes-Zielsteuerungsübereinkommen für Vorarlberg i.d.g.F.
- ▶ aktuell bestehende Planungen im RSG Vorarlberg zum Planungshorizont 2025

3.3.4. Methodik zur Erstellung der kalkulatorischen bzw. idealtypischen Planungsempfehlung

Nachfolgend werden die Methoden beschrieben, die bei den Planungsarbeiten und der Erstellung der kalkulatorischen Planungsgrundlagen verwendet wurden. Aufgrund unterschiedlicher methodischer Anforderungen in der stationären und ambulanten Leistungsplanung kamen bereichsspezifische Planungsmodelle zum Einsatz.

Im Rahmen der ambulanten Versorgungsplanung wurde die ärztliche Versorgungssituation des gesamten ambulanten Bereichs in seinem Leistungsgeschehen 2023 dargestellt und planerisch berücksichtigt. Für die Ableitung des Versorgungsbedarfs bis zum Jahr 2030 im ambulanten Bereich wurde für die politischen Bezirke Vorarlbergs, die zwei Versorgungsregionen Vorarlbergs sowie für das gesamte Bundesland Vorarlberg eine Kapazitätsplanung differenziert nach den gemäß „RSG-Planungsmatrix“ vorgegebenen medizinischen Fachrichtungen erstellt. Folgende Kennzahlen wurden für die Analyse herangezogen:

- ▶ **Versorgungsdichte:** Die Versorgungsdichte gibt die Anzahl der ÄAVE pro 100.000 Einwohner:innen in einer Region an. Sie ist im ambulanten Bereich eine zentrale Kenngröße, da sie als Planungsrichtwert im ÖSG pro Fachrichtung für die RSG-Planung vorgegeben wird. Basierend auf der durchschnittlichen Versorgungsdichte in Österreich (ohne Wien) wird durch Heranziehen einer Bandbreite von +/-30 Prozent das Versorgungsdichte-Soll-Intervall ermittelt. Die Versorgungsdichte soll in jeder Versorgungsregion (unter Berücksichtigung regionaler Austauschbeziehungen) innerhalb des angegebenen Intervalls liegen bzw. nur in begründeten Ausnahmefällen über- bzw. unterschritten werden (vgl. ÖSG i. d. g. F. vom 25.04.2025). Im Rahmen der Ist-Stand-Analyse wurde geprüft, ob diese Planungsrichtwerte in Vorarlberg im Basisjahr 2023 eingehalten wurden.
- ▶ **Patient:innenströme:** Analysiert wurde die quellbezogene und zielbezogene fachspezifische Inanspruchnahme der extramuralen und spitalsambulanten Versorgungsstrukturen in Vorarlberg sowie in der VR 81 und der VR 82. Für die extramurale Versorgung wurden die e-card-Konsultationen 2023 aller Krankenversicherungsträger herangezogen, im spitalsambulanten Bereich die ambulanten ärztlichen Kontakte 2023 (XDok-Daten). Mittels Patientenstrommatrizen wurden folgende Kennzahlen berechnet:
 1. Quellbezogene Eigenversorgungsquote (EVQ): Eine niedrige quellbezogene EVQ bedeutet, dass ein hoher Teil der Wohnbevölkerung Versorgungsstrukturen außerhalb der Region in Anspruch nimmt bzw. dass viele Patientinnen und Patienten auspendeln.
 2. Zielbezogene Eigenversorgungsquote (EVQ): Eine niedrige zielbezogene EVQ bedeutet, dass die Versorgungsstrukturen nicht nur von der Wohnbevölkerung, sondern auch von vielen Patient:innen außerhalb der Region genutzt werden. Dabei wird unterschieden, ob diese aus einem anderen Bundesland stammen und bei den Spitalsambulanzen zusätzlich, ob sie im Ausland wohnen.
 3. Patientenstromsaldo: Der regionale Saldo gibt an, wie viele Konsultationen bzw. Kontakte in der Region auf Patient:innen von außerhalb der Region entfallen abzüglich jener Konsultationen bzw. Kontakte, die von der Wohnbevölkerung außerhalb ihrer eigenen Region in Anspruch genommen wurden. Ein negativer Saldo bedeutet, dass mehr Patient:innen der Region in anderen Regionen mitversorgt werden als es umgekehrt der Fall ist. Der saldierte Wert der Patientenströme gibt einen Einblick in die versorgungsmäßigen Wechselwirkungen zwischen den Regionen und ist bei der

regionalen sektorenübergreifenden Angebotsplanung als lokales Spezifikum ebenso zu berücksichtigen wie die bundesweiten Vorgaben im ÖSG (vgl. ÖSG i. d. g. F.).

- ▶ **Ambulante ärztliche Inanspruchnahmehäufigkeiten:** Die extramurale Inanspruchnahmehäufigkeit (e-card-Konsultationen der KV-Träger pro 100 EW) sowie die spitalsambulante Inanspruchnahmehäufigkeit (ärztlicher ambulanter Kontakt pro 100 EW) bzw. deren Abgleich mit dem Bundesdurchschnitt ohne Wien zeigt, ob die Inanspruchnahme einer regionalen Bevölkerung über- oder unterdurchschnittlich ausgeprägt ist, unabhängig vom Ort, wo die Konsultation bzw. die Kontakte stattfinden.
- ▶ **Ambulante ärztliche Versorgung in ÄAVE pro Ärztin bzw. Arzt:** Diese Kennzahl setzt die Anzahl der fachspezifischen ÄAVE im Bundesland in Relation mit der Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit kurativen Verträgen der Krankenversicherungsträger (ÖGK, SVS, BVAEB) und wird mit dem Bundesdurchschnitt ohne Wien verglichen. Eine hohe Abweichung vom Durchschnitt weist darauf hin, dass die Ärztinnen und Ärzte einer Region in einer Fachrichtung über- oder unterdurchschnittlich ausgelastet bzw. versorgungswirksam sind.
- ▶ **Prognose des ambulanten ärztlichen Kapazitätsbedarfs (Soll-Stand-Kalkulation 2030):** Für die kalkulatorische Bedarfsprognose wurden zwei methodische Ansätze entwickelt:
 - Die einfache demografische Hochrechnung (Ist-Stand) basierend auf der demografischen Entwicklung des sektoralen Ist-Stands. Eine Beurteilung, ob der Ist-Stand eine angemessene Versorgung widerspiegelt oder ob Anpassungen nötig sind, erfolgt durch eine detaillierte Ist-Stand-Analyse verglichen mit bundesweiten Referenzwerten (ohne Wien).
 - Beim komplexeren Planungsmodell werden zunächst auf regionaler Ebene die Kapazitätswerte ermittelt, die durchschnittlich zur Versorgung der Einwohner:innen der Region erforderlich wären. Als Normwert/Referenz dient der österreichische Durchschnitt ohne Wien der Versorgungsdichte mithilfe der ÄAVE. Anschließend werden schrittweise weitere regionale Einflussfaktoren eingeführt, wodurch sich Abweichungen im regionalen Kapazitätsbedarf ergeben. Der daraus resultierende Soll-Stand dient als Zwischenergebnis, der sich zunächst auf das Basisjahr 2023 bezieht und planerisch als idealtypischer regionaler Ist-Stand interpretiert wird. Aufbauend darauf erfolgt eine demografische Prognose des Bedarfs für den Planungshorizont Jahr 2030.

Folgende Planungsfaktoren werden im Rahmen der kalkulatorischen Bedarfsschätzung angewandt:

- ▶ **Referenzwert für die ärztliche ambulante Versorgungsdichte:** Der Referenzwert leitet sich grundsätzlich vom im ÖSG angeführten Bundesdurchschnitt ohne Wien (BDoW) der Versorgungsdichte (ÄAVE pro 100.000 EW) für den gesamten ambulanten ärztlichen Bereich ab. Dabei wird allerdings der Wahlarztbereich zunächst noch exkludiert und eine sektorale Aufteilung der Versorgungsdichte vorgenommen. Der Referenzwert für den extramuralen bzw. den spitalsambulanten Bereich entspricht folglich der bundesweit durchschnittlichen Versorgungsdichte in einer Fachrichtung für den jeweiligen Sektor.
- ▶ **Regionaler Risikostrukturfaktor:** Dieser Faktor vergleicht die regionale Bevölkerung hinsichtlich ihrer demografischen Alters- und Geschlechtsstruktur mit der österreichischen Referenzbevölkerung, die den BDoW begründet. Aus den Abweichungen in der regionalen Bevölkerungsstruktur ergeben sich erhöhte oder verringerte Gesundheitsrisiken und Versorgungsbedarfe und folglich auch Abweichungen in der regionalen fachspezifischen Inanspruchnahmehäufigkeit. Dieser Faktor passt den durchschnittlichen ÄAVE-Bedarf an die regionale demografische Risikostruktur an.
- ▶ **Nah- und Fernpendlersaldo:** Diese beiden Faktoren berücksichtigen die regionalen Patientenströme, differenziert nach Nahpendelverflechtungen (Pendlerströme, bei denen Quell-Ziel-Reisezeitdistanzen innerhalb der fachspezifischen Erreichbarkeitsrichtwerte gemäß ÖSG liegen)

und Fernpendelverflechtungen (Pendlerströme, bei denen Quell-Ziel-Reisezeitdistanzen die jeweiligen ÖSG-Erreichbarkeitsrichtwerte übersteigen). Basierend auf der durchschnittlichen bundesland- und fachspezifischen Inanspruchnahme pro ÄAVE im spitalsambulanten bzw. extramuralen Bereich im Jahr 2023 wird aus den Pendlersalden jene Anzahl an ÄAVE errechnet, die in den betrachteten Regionen aufgrund der Patientenströme zusätzlich erforderlich sind (bei positivem Saldo) oder weniger benötigt werden (bei negativem Saldo).

- ▶ **Demografiefaktor (DF):** Ausgangspunkt der Berechnungen sind die anhand der tatsächlichen Inanspruchnahme 2023 (differenziert nach intra- und extramuralem Bereich) pro Bezirk ermittelten fachrichtungs-, alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmequoten (Kontakte pro Einwohner*in). Diese Inanspruchnahmequoten werden auf die für 2030 prognostizierte Bevölkerung umgelegt. Stellt man nun die tatsächlich im jeweiligen Bezirk beobachteten Kontakte aus dem Jahr 2023 den geschätzten Kontaktzahlen für 2030 gegenüber, so erhält man einen prozentuellen Demografiefaktor, der in weiterer Folge in die Schätzung der kalkulatorisch erforderlichen ÄAVE einfließt. Mit dieser Vorgehensweise wird sowohl den regional unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen sowie den Bevölkerungsentwicklungen Rechnung getragen als auch auf bestehende epidemiologische Unterschiede Rücksicht genommen.
- ▶ **Umlagerungsfaktor (ULF):** Hierbei wird die im ÖSG 2023 verwendete Methode, basierend auf dem gültigen LKF-Modell, für die Umlagerung vom stationären in den spitalsambulanten Bereich herangezogen.

Alle Planungsfaktoren des Prognosemodells der GÖ FP für die kalkulatorische Bedarfsschätzung im ambulanten Bereich sind so gestaltet, dass jeder Faktor einen eigenen Zu- oder Abschlag zu den regionalen ÄAVE-Vorhaltebedarfen verursacht. Dadurch ist die Einflussgröße jedes Faktors auf das Planungsergebnis direkt sichtbar und nutzbar.

Die für das Jahr 2030 pro Fachbereich und LDG ermittelte Anzahl an Ambulanzkontakten, plutzerzeugenden Besuchen und NTA, bildet das Gesamtpotenzial der aus dem derzeitigen Versorgungssegment der plutzerzeugenden und vollstationären Aufenthalte und Besuche zusätzlich erwartbaren im spitalsambulanten Bereich versorgbaren Inanspruchnahme. Dieses Gesamtpotenzial wurde zu mindestens 75 Prozent in den spitalsambulanten Bereich verlagert. Sofern im IST bereits darüberhinausgehende ambulante Versorgungsanteile zu beobachten waren, wurden diese übernommen.

Hinter dem Verlagerungsanteil von 75 Prozent steht die Annahme, dass davon auszugehen ist, dass in vielen Bereichen etwa 25 Prozent der im spitalsambulanten Bereich versorgbaren Inanspruchnahme auch im Jahr 2030 noch als NTA erbracht werden. Dieser Prozentsatz wird daraus abgeleitet, dass Patientinnen und Patienten mit sogenannter „Sonderklasse“ aufgrund ökonomischer Anreize bis 2030 auch weiterhin als stationäre Fälle geführt werden und §16, Abs. 1, Pkt. g) KAKuG vorsieht, dass „die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt“. Diese bettenspezifische Regelung wird nun gemäß Annahme auf die hier relevante Leistungserbringung umgelegt, sodass die Annahme von 25 Prozent im stationären Bereich verbleibenden onkologischen und tagesklinischen NTA ausgeht..

4. ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden Planungsempfehlungen auf Basis der durchgeführten Kalkulationen und Abstimmungen mit den Systempartnern gegeben. Die Planungsergebnisse werden mit den laut ÖSG (BMASGPK 2023 idgF) vorgegebenen Planungskorridoren abgeglichen und etwaige Abweichungen zu den Korridoren entsprechend begründet.

4.1. STATIONÄRE VERSORGUNG

4.1.1. Stationäre Planungsempfehlungen und ÖSG-Planungsrichtwerte

Betreffend die Über- bzw. Unterschreitung der Kapazitätsmessziffer (KMZ) Ober- bzw. Untergrenze gemäß ÖSG wird festgehalten, dass diese in einzelne Fachrichtungen nicht eingehalten werden. Im Bereich der Kinder- und Jugendchirurgie wird keine Abteilung in Vorarlberg vorgehalten, die Versorgung erfolgt insbesondere durch die Universitätsklinik Innsbruck. Trotz leichter Unterschreitung der KMZ-Untergrenze im Bereich der Neurologie (inkl. Neurologische Akut-Nachbehandlung/Stufe B) wird davon ausgegangen, dass der Bedarf gedeckt werden kann. Historisch bedingt ist die Anzahl der RNS-Kapazitäten hoch und die AG/R-Kapazitäten bis dato nicht vorhanden. In Summe über beide Fachbereiche liegt der Planwert der Kapazitäten für 2030 innerhalb des summierten ÖSG-PRW-Intervalls. Im Bereich der ICU- bzw. IMCU-Kapazitäten ist für das Jahr 2026 die Erarbeitung eines landesweiten Intensivkonzeptes unter Einbindung der verantwortlichen Intensivmediziner vorgesehen, insbesondere die Verteilung der ICU- bzw. IMCU-Kapazitäten an den einzelnen Standorten soll definiert und gegebenenfalls in einer RSG-Revision abgebildet werden.

4.1.2. Stationäre Planungsergebnisse

Das Zielbild für 2030 zeigt eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung mit einem klaren Fokus auf den Ausbau der ambulanten Betreuung und einer gleichzeitig gezielten Anpassung der stationären Kapazitäten. Die Gesamtzahl der stationären Betten wird moderat von 1805 auf 1796 angepasst (-0,5%), während die Anzahl der ambulanten Behandlungsplätze signifikant von 55 auf 168 (+205%) erhöht werden soll. Diese Entwicklung spiegelt eine stärkere Gewichtung der ambulanten Versorgung wider, um flexibler und bedarfsorientierter auf Patientenbedürfnisse eingehen zu können.

Im Unterland ist vorgesehen, die Zahl der stationären Betten von 681 auf 668 anzupassen, während die ambulanten Behandlungsplätze von 25 auf 65 anwachsen sollen. Für das Oberland ist eine Bettenerhöhung von 1124 auf 1128 vorgesehen, wobei die ambulanten Kapazitäten von 30 auf 103 deutlich erhöht werden sollen. Diese Umstrukturierung verdeutlicht die übergeordnete Zielsetzung, die medizinische Versorgung wohnortnah und effizienter zu gestalten.

In spezifischen Fachbereichen wird das Ziel verfolgt, die Ressourcen an den tatsächlichen Versorgungsbedarf anzupassen. So soll beispielsweise die Kapazität der Intensivbetten für Erwachsene (ICU-Erw) von 34 auf 42 erhöht werden, um dem steigenden Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung gerecht zu werden. In der Kinder- und Jugendheilkunde (KIJU) hingegen erfolgt eine Reduktion der stationären Betten von 70 auf 60, begleitet von einer Verdopplung der ambulanten Plätze von 4 auf 8, um neue Versorgungsformate zu fördern. Ähnlich zeigt sich in der Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH) durch strukturelle Anpassungen in der Versorgung eine geplante Reduzierung der stationären Betten von 128 auf 111, während die ambulanten Plätze von 8 auf 14 erweitert werden. Auch im Fachbereich Orthopädie und Traumatologie (ORTR) wird die Zahl der stationären Betten von 228 auf 205 reduziert, während 12 ambulante Behandlungsplätze eingerichtet werden.

Das Zielbild für 2030 verdeutlicht somit eine zukunftsorientierte Strategie, die darauf abzielt, die Gesundheitsversorgung effizienter und patientenzentrierter zu gestalten. Durch die gezielte Stärkung der ambulanten Kapazitäten wird dem steigenden Bedarf an flexiblen und wohnortnahen Behandlungsangeboten Rechnung getragen.

FACH	Unterland (VR 81)				Oberland (VR 82)				GESAMT					
	Systemisiert		2030		Systemisiert		2030		Systemisiert		2030			
	stat	ambBP	stat	ambBP	stat	ambBP	stat	ambBP	stat	ambBP	stat	ambBP		
	Betten		Betten		ambBP	Betten		ambBP	Betten		ambBP	Betten		ambBP
GEM/IDB	16		4	6	43		21		59		25	6		
IMCU-Erw	6		9		24		34		30		43			
ICU-Erw	16		18		18		24		34		42			
NIMCU	13		12		4		6		17		18			
NICU					8		8		8		8			
KIJU	46	4	30	4	24		30	4	70	4	60	8		
KJC														
KJP					25	12	30	20	25	12	30	20		
GCH					16		16		16		16			
CH	93		88	2	68		62	6	161		150	8		
NCH					17		19		17		19			
IM	205	9	203	13	178	12	182	21	383	21	385	34		
GGH	70	8	56	10	58		55	4	128	8	111	14		
NEU					102		112	4	102		112	4		
PSY (exkl. PSY-ABH)					196	6	178	12	196	6	178	12		
DER			17		12				12		17			
AU				12	34		14	12	34		14	24		
HNO					36		36	2	36		36	2		
URO	20				25		50	1	45		50	1		
PCH					16		16	1	16		16	1		
PUL	38		34	4					38		34	4		
ORTR (inkl. Gastpat.)	98		80	4	130		125	8	228		205	12		
MKG					8		8		8		8			
NUKT					5		5		5		5			
STR					15		15	4	15		15	4		
AG/R			36	4			28	4			64	8		
RNS	30		48		62		48		92		96			
PAL	16		19						16		19			
PSO-E	14	4	14	6					14	4	14	6		
PSO-KJ							10				10			
Insgesamt	681	25	668	65	1124	30	1132	103	1805	55	1800	168		

Die Daten dieser Übersicht sind der Planungsmatrix entnommen.

FACHGEBIET	ANMERKUNGEN
Akutgeriatrie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Etablierung von je einer neuen Akutgeriatrie im Ober- und Unterland ▶ Akutgeriatrie, Remobilisation/Nachsorge und Überleitungspflege werden unter Berücksichtigung von Synergien geplant <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überleitungspflege benötigt eigene Strukturen an der Schnittstelle zum Sozialbereich ▶ Herausforderungen durch Fachkräftemangel und Abwanderung von Pflegemitarbeitenden in den Pflegebereich bestehen
Anästhesie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bestehende Standorte bleiben, Notfallaufnahmen werden optimiert ▶ Fächerverschiebungen: Geburtshilfe von Bludenz und Neurologie von Rankweil nach Feldkirch; Schwerpunktsetzung Dornbirn (Ortho/Trauma) und Bregenz (Gyn/Geb, KIJU) ▶ Ambulante Versorgung an bisherigen Standorten erhalten ▶ Ausbau der Intensivmedizin in Feldkirch ▶ Zusätzliche ambulante OP-Kapazitäten in Feldkirch nötig ▶ Standortübergreifende Abteilungen, Doppelprimariate und Ausbildungskonzepte bis Q2/2026 klären ▶ Schmerzkonzept bis 2026 weiterentwickeln, Bedarf an tagesklinischen Strukturen evaluieren ▶ Weiterentwicklung des landesweiten Intensivkonzeptes
Augenheilkunde	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Durch den hohen ambulanten Bedarf werden weniger stationäre Betten und mehr ambulante Betreuungsplätze im Bereich der Augenheilkunde im RSG 2030 ausgewiesen ▶ Erhalt der 24/7 Versorgung am Standort des Schwerpunktspitales Feldkirch (Flächenbedarf zur Umsetzung Masterplan) ▶ Entlastung des Standortes Feldkirch durch Aufbau einer elektiven ambulanten Versorgung für das Unterland (insbesondere IVOM- und Katarakteingriffe) am Standort Bregenz (Bespielung durch Mutterabteilung Feldkirch)
Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Langfristig sind für die Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie und Plastische Chirurgie in Feldkirch ambulante Betreuungsplätze im Kontext des zu schaffenden ambulanten OP-Bereiches in Feldkirch geplant
Dermatologie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ausbau dermatologische Onkologie in der Dermatologie ▶ Verlagerung der Dermatologie an den Standort Hohenems auf Basis eines detaillierten Umsetzungskonzepts (Planung in 2026) unter Berücksichtigung der Ambulanz- und OP-Kapazitäten

Gynäkologie und Geburtshilfe	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zusammenführungen im Ober- und Unterland geplant ▶ Oberland: Verlagerung der Gyn./ Geb. von Bludenz nach Feldkirch; Weiterführung von gynäkologischen stationären und ambulanten Eingriffen am Standort Bludenz ▶ Unterland: Etablierung eines Eltern-Kind-Zentrums in Bregenz, wie auch Überführung der Gyn./Geb. von Dornbirn nach Bregenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhalt der bestehenden Zertifizierungen in der gynäkologischen Chirurgie bei Verschiebung der Abteilung und des Behandlungsschwerpunktes nach Bregenz ▪ Möglichkeit der Schaffung einer dislozierten Betreuungseinheit für onkologische Gynäkologie/Brustgesundheitszentrum am Standort Dornbirn (5-10 Betten, die standortübergreifend von Bregenz betreut werden) ▶ Ein sinnvoller Abgleich der Fallzahlen zwischen dem Oberland und dem Unterland ist herzustellen ▶ Die Brustgesundheitszentren sowie die forensische Ambulanz sind weiterzuentwickeln
Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Keine Änderungen der Öffnungszeiten und Strukturen geplant, aber zusätzliche ambulante Betreuungsplätze für onkologische Versorgung und Ambulantisierung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwerpunktsetzung: Onkologie, Nephrologie und interventionelle Kardiologie in Feldkirch (Verlagerung der Onkologie von Rankweil nach Feldkirch) ▪ Die internistische Notfall- und Allgemeinversorgung (inkl. kardiologische Versorgung) bleibt an allen Standorten erhalten ▶ Zentrale Notaufnahme (ZNA) in Feldkirch sowie Bregenz/Dornbirn in Planung, EVA soll Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich kompensieren ▶ Fokus auf trägerübergreifende Ausbildungsrotationen und klare Konzepte für Geriatrie, Notfall- und Intensivversorgung
	<ul style="list-style-type: none"> ▶
Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Langfristig ist die gesamte Akut-Neurologie (stationärer Bereich und Ambulanzen) in Feldkirch verortet ▶ Der Zeitpunkt der Verlagerung ist abhängig vom Masterplan Bau in Feldkirch ▶ In einem ersten Schritt sollen die akutneurologischen Stationen sowie die Nachsorge B nach Feldkirch verlagert werden
Onkologie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die internistische Onkologie wird auch örtlich in Feldkirch verortet, die Versorgung im Unterland bleibt erhalten ▶ Pathologie und Strahlentherapie bleiben an je einem zentralen Standort in Vorarlberg ▶ Die gynäkologische Onkologie und das Brustgesundheitszentrum bleiben bestehen, um die Versorgungsqualität zu sichern ▶ Tagesklinische Versorgung im Unterland wird weiter entwickelt

Orthopädie und Traumatologie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Schwerpunkt Feldkirch: der Vollbetrieb der zugeordneten Kapazitäten ist sicherzustellen (damit soll der Bereich Orthopädie gestärkt werden) und weitere Kapazitäten für Kinderorthopädie sollen geschaffen werden ▶ Im Unterland wird ein Ortho/Traumafokus in Dornbirn favorisiert, wobei die konservative Orthopädie in Akutgeriatrie, Remobilisation und Ortho/Trauma integriert werden soll ▶ Etablierung eines Traumanetzwerks Vorarlberg/Tirol zur Sicherstellung der neurochirurgischen Versorgung in Vorarlberg durch verlängerte Tagdienste und fachärztliche Rufbereitschaft ▶ Versorgung von Kindern ab 3 Jahren soll an zwei Standorten (Dornbirn und Feldkirch) sichergestellt werden; dafür werden auch am Standort Dornbirn angemessene Strukturen und Prozesse sichergestellt. Konzept wird mit den Expert:innen erarbeitet. ▶ Ein Schmerzkonzept (konservative Betreuung Orthopädie) ist auszuarbeiten
Pädiatrie inkl. Neonatologie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bregenz ist im Rahmen des Eltern-Kind-Schwerpunkts als zentraler Standort im Unterland geplant ▶ Pädiatrische und neonatologische Strukturen sollen standortübergreifend im Kompetenzverbund Pädiatrie abgestimmt und nachhaltig etabliert werden ▶ Spezialisierte Bereiche (z. B. Kinderkardiologie, -nephrologie, -onkologie) werden im Kompetenzverbund weiterentwickelt
Psychiatrie, Psychosomatik und Sucht	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Der Neubau am LKH Rankweil konzentriert sich auf stationäre Versorgung und eine unterstützende Wohnstation, ohne Langzeit-Stationen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Gerontopsychiatrie ist nicht im Neubau integriert; der Fokus liegt auf einer möglichen Neuausrichtung hin zu tagesklinischen und ambulanten Angeboten ▪ Die Erwachsenen-Psychiatrie bleibt wie geplant im Neubau verankert ▶ Die Erwachsenen-Psychosomatik bleibt weiterhin in Hohenems verortet ▶ Die Kinder- und Jugend-Psychosomatik soll in Vorarlberg neu etabliert werden und ist im Rahmen des RSG 2030 inklusive einer Ambulanz am Standort Rankweil vorgesehen ▶ Mit der Stiftung Maria Ebene wurde ein Prozess angestoßen, was die weitere Entwicklung der Strukturen anlangt inkl. Abklärungen zu einer möglichen rehafinanzierten Neuausrichtung. Ab 2028 sollen jene stationäre Angebote an Rankweil überführt werden, die LKF-finanziert sind
Radiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Durch Schwerpunktsetzungen müssen Bedarf und Versorgungsangebote definiert und angepasst werden <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundversorgung in Hohenems (in Verbund mit Bregenz) ▪ Grundversorgung in Bludenz (im Verbund mit Feldkirch) ▶ Feldkirch benötigt ein zweites MRT (zusätzlicher Bedarf durch die Verortung der Akut-Neurologie am Standort und Bestrahlungsplanung)
Remobilisation und Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Betten von Maria Rast bleiben im RSG Feldkirch zugeordnet, sind aber in Bludenz verortet; Eine endgültige organisatorische Lösung wird erarbeitet.
Strahlentherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Etablierung eines vierten Linearbeschleunigers in Feldkirch

Urologie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Abteilungszusammenführung wird zunächst noch an 2 Standorten umgesetzt; eine gesamthafte Verlagerung nach Feldkirch ist im Rahmen der Umsetzung des Masterplans Bau bis 2030 vorgesehen ▶ Bei Verzögerungen im baulichen Bereich kann sich die Umsetzung der Zusammenlegung der Urologie in Feldkirch verschieben
-----------------	---

Tabelle 6 Fachspezifische Anmerkungen zu der stationären Planungsmatrix

4.2. AMBULANTE VERSORGUNG

Die extramurale Versorgung wurde durch die Gesundheit Österreich GmbH analysiert und die Prognose für das Jahr 2030 berechnet. Alle Ergebnisse wurden in der Steuerungsgruppe im Rahmen der Zielsteuerung abgestimmt.

4.2.1. Planungsergebnisse

Die Planungsergebnisse zeigen einen Ausbaubedarf von rund 43,0ÄÄVE für ganz Vorarlberg für den Zeitraum 2023 bis 2030. Der größte Ausbaubedarf wird im Bereich der Grundversorgung (Allgemeinmedizin und Innere Medizin) gesehen. Bei den Ergebnissen, die in **Tabelle 7** dargestellt sind, handelt es sich um den zusammengefassten spitalsambulant und extramuralen Ausbaubedarf.

Fachgebiet	VR81	VR82	Gesamt
AM	8,8	7	15,8
KIJU	0,2	-0,1	0,1
KJP	0	0,1	0,1
CH	0,7	0,7	1,4
IM	3,2	3,3	6,5
GGH	0,5	0,4	0,9
NEU	0,2	0,3	0,5
PSY	0,2	0,1	0,3
DER	0,4	0,7	1,1
AU	1,1	2	3,1
HNO	0,3	0,4	0,7
URO	0,7	0,8	1,5
PUL	1,1	0,2	1,3
ORTR	1,5	1	2,5
MKG	0	0,1	0,1
ZMK	4,9	3,5	8,4
Summe	23,8	20,5	44,3

Tabelle 7 Ausbaubedarf der ambulanten Versorgung je Fachbereich und Versorgungsregion

4.2.2. Ausbau von Fachgebieten

Die Planungsergebnisse zeigen je Fachgebiet und Versorgungsregion einen unterschiedlichen Ausbau- bzw. Reduzierungsbedarf der ärztlichen, ambulanten Versorgungseinheiten für das Jahr 2030 auf. Diese werden daher im Nachfolgenden einzeln erläutert:

Allgemeinmedizin:

ALLGEMEINMEDIZIN	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	96,4	105,2	8,8
VR82	78,6	85,6	7,0
Vorarlberg	175,0	190,8	15,8

Die Allgemeinmedizin wird bedarfsgerecht ausgebaut und zählt zur in Vorarlberg definierten Grundversorgung (Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde). Erstmals erfolgt ein Ausbau im Bereich Allgemeinmedizin auch spitalsambulant in Form von EVAs. Der Ausbau von PVEs erfolgt im Rahmen von RSG-Revisionen bei Bedarf.

Kinder- und Jugendheilkunde:

KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	21,6	21,8	0,2
VR82	10,0	9,9	-0,1
Vorarlberg	31,6	31,7	0,1

Die Überschreitung der maximalen Versorgungsdichte in der VR81 wird durch die Grundversorgung begründet - Kinder- und Jugendheilkunde stellt hierbei eine wesentliche Säule dar. Ein Abbau ergibt sich aufgrund der Änderung der Altersstruktur in Vorarlberg.

Kinder- und Jugendpsychiatrie:

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	2,3	2,3	0,0
VR82	3,9	4,0	0,1
Vorarlberg	6,2	6,3	0,1

Es ist eine höhere Versorgungsdichte durch die einzige KH-Ambulanz in der VR82 (Oberland) gegeben. Trotz Mangelfach konnten neue extramurale VP die letzten Jahre gewonnen werden. Überschreitung des VDmax stellt eine bedarfsgerechte Versorgung sicher.

CHIRURGIE	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	5,4	6,1	0,7
VR82	7,7	8,4	0,7
Vorarlberg	13,1	14,5	1,4

Die Versorgungsstrukturen in der Chirurgie sollten im Rahmen einer umfassenden Evaluierung geprüft werden, um geeignete Strukturen zu entwickeln. Dabei ist es wichtig, die aktuellen Entwicklungen abzuwarten, und der RSG allenfalls zu novellieren.

Innere Medizin:

INNERE MEDIZIN	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	29,7	32,9	3,2
VR82	26,5	29,8	3,3
Vorarlberg	56,2	62,7	6,5

Höhere Versorgungsdichte in der VR82 aufgrund des LKH Feldkirch als Schwerpunktkrankenhaus für Vorarlberg. Ausbau der Versorgung bis 2030 erfolgt sowohl spitalsambulant als auch extramural. Die Innere Medizin ist Teil der definierten Grundversorgung und wird im Konnex zu den Fachgebieten AM und KIJU geplant.

Gynäkologie und Geburtshilfe:

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	24,0	24,5	0,5
VR82	17,7	18,1	0,4
Vorarlberg	41,7	42,6	0,9

Ein Frauengesundheitszentrum soll geprüft und ein Konzept dafür erstellt werden. Die Versorgungsdichte liegt in Vorarlberg nahe an der VDmax - im Zusammenhang mit der Prüfung eines Frauengesundheitszentrums wird ein Ausbau erst nach Abschluss dieser Prüfung in Betracht gezogen.

Neurologie:

NEUROLOGIE	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	3,4	3,6	0,2
VR82	4,1	4,4	0,3
Vorarlberg	7,5	8,0	0,5

Höhere Versorgungsdichte in der VR82 aufgrund des LKH Feldkirch (aktuell Standort Rankweil) als Schwerpunktkrankenhaus für Vorarlberg - Einzige KH-Struktur für Neurologie in Vorarlberg. Erreichung des VDmin durch Synergien in den neuen Strukturen und damit verbundene Änderungen im Angebot.

Psychiatrie:

PSYCHIATRIE	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	7,9	8,1	0,2
VR82	5,0	5,1	0,1
Vorarlberg	12,9	13,2	0,3

Die Deckung des Mehrbedarfs in der Psychiatrie erfolgt durch eine extramurale Stelle in der VR81 (Unterland).

Dermatologie:

DERMATOLOGIE	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	5,2	5,6	0,4
VR82	9,7	10,4	0,7
Vorarlberg	14,9	16,0	1,1

Höhere Versorgungsdichte in der VR82 aufgrund des LKH Feldkirch als Schwerpunktkrankenhaus für Vorarlberg - Einzige KH-Struktur für Dermatologie in Vorarlberg. Deckung des Mehrbedarfs durch eine extramurale Stelle.

Augenheilkunde:

AUGENHEILKUNDE	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	9,5	10,6	1,1
VR82	12,1	14,1	2,0
Vorarlberg	21,6	24,7	3,1

Höhere Versorgungsdichte in der VR82 aufgrund des LKH Feldkirch als Schwerpunktkrankenhaus für Vorarlberg - Einzige KH-Struktur für Augenheilkunde in Vorarlberg. Deckung des Mehrbedarfs durch extramurale Besetzungen und erweitertes Jobsharing. Ausbau der intramuralen Kapazitäten.

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde:

HNO	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	5,4	5,7	0,3
VR82	7,7	8,1	0,4
Vorarlberg	13,1	13,8	0,7

Höhere Versorgungsdichte in der VR82 aufgrund des LKH Feldkirch als Schwerpunktkrankenhaus für Vorarlberg - Einzige KH-Struktur für HNO in Vorarlberg.

Urologie:

UROLOGIE	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	3,9	4,6	0,7
VR82	4,8	5,6	0,8
Vorarlberg	8,7	10,2	1,5

Höhere Versorgungsdichte in der VR82 aufgrund des LKH Feldkirch als Schwerpunktkrankenhaus für Vorarlberg. Deckung des Mehrbedarfs durch zusätzliche intra- und extramurale Leistungserbringung.

Pulmologie:

PULMOLOGIE	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	1,2	2,3	1,1
VR82	2,1	2,3	0,2
Vorarlberg	3,3	4,6	1,3

Ausbau der intramuralen Kapazitäten am LKH Hohenems. Ausbau der extramuralen Kapazitäten durch erweitertes Jobsharing.

Orthopädie und Traumatologie:

ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	18,7	20,2	1,5
VR82	15,1	16,1	1,0
Vorarlberg	33,8	36,3	2,5

Die VR82 hat aufgrund des LKH Feldkirch als Schwerpunktkrankenhaus für Vorarlberg eine höhere Versorgungsdichte. Deckung des Mehrbedarfs durch zusätzliche intra- und extramurale Leistungserbringung und eine zusätzliche Sachleistungsstelle extramural.

Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie:

MKG	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	0	0	0
VR82	2,9	3,0	0,1
Vorarlberg	2,9	3,0	0,1

Höhere Versorgungsdichte in der VR82 aufgrund des LKH Feldkirch als Schwerpunktkrankenhaus für Vorarlberg - Einzige KH-Struktur für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie in Vorarlberg. Weiterhin zentrale Erbringung der Leistungen im LKH Feldkirch als Kompetenzzentrum.

Zahn- Mund- und Kieferheilkunde:

ZMK	2023	2030	Ausbau ÄAVE
VR81	100	104,9	4,9
VR82	69,0	72,5	3,5
Vorarlberg	169,0	177,4	8,4

Ausbau der ÄAVE in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde durch Besetzung unbesetzter Stellen und damit verbundene Schaffung zusätzlicher Kapazitäten.

4.3. ÜBERBLICK PLANUNGSEMPFEHLUNGEN

Die stationäre Strukturplanung bis zum Planungshorizont 2030 sieht insgesamt weder eine deutliche Steigerung noch eine wesentliche Reduktion der Bettenkapazitäten in den Vorarlberger Akutkrankenanstalten vor. Im ambulanten Bereich wurde ein deutlicher Zuwachs (+8% bis 2030) im Rahmen der ÄAVE im Vergleich zum Jahr 2023 geplant, insbesondere im extramuralen Bereich.

Im Rahmen der Planungsarbeiten wurden bereits erste Schritte mit dem Ziel gesetzt, die Versorgungsstrukturen an die sich ändernden Versorgungsbedarfe der Vorarlberger Bevölkerung, sowie an die sich wandelnden medizinisch-technischen Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung anzupassen. Dies betrifft insbesondere die folgenden Empfehlungen:

- ▶ aufgrund steigender Anteile tagesklinischer und tagesambulanter Behandlungen → Ausbau und Forcierung spitalsambulanter und tagesklinischer Behandlungsstrukturen und Organisationsformen
- ▶ in Hinblick auf die demografischen Entwicklungen bzw. den zunehmenden Altersdurchschnitt in der Bevölkerung und die geplante Anpassung der Langlieger:innen auf Normalstationen → Ausbau der akuteriatriischen Versorgungsstrukturen
- ▶ in Hinblick auf eine effektive und effiziente Patient:innenführung und die Beseitigung struktureller Engpässe in der Akutversorgung und die geplante Anpassung der durchschnittlichen Belagstage der Langlieger:innen auf Normalpflegestationen → Optimierung der Versorgungsstrukturen im Bereich der Remobilisation

- ▶ Aufbau von integrierten, abgestuften, niederschweligen, sektorenübergreifenden und alternativen Versorgungsformen in Form von Gesundheitszentren bzw. Ambulatorien, für die teilweise ein Aufbau an ärztlichen Versorgungsstrukturen erfolgt
- ▶ Forcierung von telemedizinischen bzw. digitalen Angeboten
- ▶ Fortsetzung des Ausbaus der Primärversorgungszentren

5. VERSORGUNGSRELEVANTE THEMEN

5.1. PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN

In Vorarlberg wurden bisher drei Primärversorgungseinheiten (PVE) erfolgreich eingerichtet: zwei PVE-Zentren für Allgemeinmedizin in Bregenz und Hohenems sowie ein Kinder-PVE in Dornbirn. Diese Einrichtungen bilden die Grundlage für die Weiterentwicklung und den Ausbau der Primärversorgung im Land. Sowohl das Land Vorarlberg als auch die Sozialversicherung verfolgen gemeinsam das Ziel, die Primärversorgung bis zum Jahr 2030 deutlich auszubauen und zu stärken. Dabei soll eine flächendeckende, patientennahe und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung gewährleistet werden.

Derzeit laufen neben den bestehenden PVE weitere Umsetzungsprozesse, und es werden erste Gespräche über die Errichtung weiterer Primärversorgungseinheiten geführt, beispielsweise im Kleinwalsertal. Im Rahmen des RSG 2030 wird die Weiterentwicklung der Primärversorgung kontinuierlich überprüft und angepasst. So kann bei Bedarf flexibel auf neue Anforderungen reagiert und die Errichtung zusätzlicher PVE standortgerecht geplant werden.

Ziel des Ausbaus der Primärversorgung ist es, die medizinische Versorgung der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Dazu gehört nicht nur eine Erweiterung des Leistungsangebots, sondern auch eine Ausweitung der Öffnungszeiten, um die Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Durch die bessere Vernetzung und Bündelung der Angebote soll die Primärversorgung als erste Anlaufstelle gestärkt werden, wodurch auch Krankenhauseinweisungen reduziert und die Versorgung insgesamt effizienter gestaltet werden kann. Mit diesem strategischen Ausbau leistet Vorarlberg einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen und hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen.

5.2. DIABETESVERSORGUNG

Die Diabetesversorgung in Vorarlberg wurde im Rahmen eines integrativen Stakeholderprozesses umfassend weiterentwickelt. Dabei wurden Expert:innen aus allen relevanten Bereichen - darunter niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, Selbsthilfegruppen, die Ärztekammer sowie Vertreter der Krankenanstalten - eng eingebunden. Gemeinsam erarbeiteten sie ein abgestuftes Versorgungskonzept, das darauf abzielt, die Diabetesbehandlung patientenorientiert und effizient am sogenannten Best-Point-of-Service sicherzustellen. Dieses Konzept wurde von der Landes-Zielsteuerungskommission offiziell beschlossen.

Ein wesentlicher Bestandteil des neuen Versorgungskonzepts ist die Etablierung extramuraler Diabetesstützpunkte als zusätzliches Angebot zur ambulanten und stationären Versorgung. Das abgestufte Versorgungssystem umfasst verschiedene Bausteine, die zusammengenommen eine ganzheitliche Betreuung von Menschen mit Diabetes ermöglichen. Dazu gehören Diabetesambulanzen, die niedergelassene ärztliche Versorgung, extramurale Diabetesstützpunkte, telemedizinische Angebote für Ärztinnen, Ärzte und Patientinnen sowie Patienten, strukturierte Diabeteschulungen und das Disease-Management-Programm (DMP) Therapie-Aktiv.

In der ersten Ausbaustufe des Projekts wurden bereits zwei Diabetesstützpunkte in Weiler und Dornbirn erfolgreich umgesetzt. Diese Stützpunkte werden derzeit evaluiert, um ihre Wirksamkeit und Effizienz zu überprüfen. Bei positiver Evaluierung ist eine Erweiterung der bestehenden Stützpunkte geplant. Dabei sollen sowohl die Öffnungszeiten kontinuierlich ausgeweitet als auch weitere Diabetesstützpunkte in das Versorgungssystem integriert werden. Aktuell wird zudem die Umsetzbarkeit weiterer Standorte, unter anderem in Bregenz, geprüft, um das Angebot flächendeckend auszubauen und noch mehr Patientinnen und Patienten eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Diabetesversorgung zu ermöglichen.

5.3. DIALYSEVERSORGUNG

Die Dialyseversorgung in Vorarlberg wurde in den letzten Jahren grundlegend neu organisiert, um eine langfristige Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Ein bedeutender Schritt in diesem Prozess war die Übernahme der extramuralen Dialyseleistungen in die öffentliche Hand. Diese Verantwortung wird künftig gemeinsam von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), dem Land Vorarlberg sowie der Krankenhaus-Betriebsgesellschaft (KHBG) durch die Gesundheit Vorarlberg GmbH (GVG) getragen. Durch diese Kooperation wird eine enge Vernetzung und Koordination aller beteiligten Akteure erreicht, was maßgeblich zur Stabilisierung und Weiterentwicklung der Dialyseversorgung beiträgt.

Im Rahmen dieser Neustrukturierung ist geplant, die Dialyseversorgung ab dem Jahr 2026 an einem zentralen Standort zu bündeln. Der Baufortschritt dafür ist nach aktuellem Stand (Oktober 2025) im Zeitplan und soll im Mai 2026 fertiggestellt sein. Im September 2026 wird mit dem Start des Patientenbetriebs gerechnet.

Die Bündelung an einem Standort ermöglicht eine effizientere Nutzung der vorhandenen Ressourcen, eine verbesserte Patientenbetreuung sowie eine optimale Auslastung der Kapazitäten. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die gezielte Nutzung von Synergien zwischen der intra- und extramuralen Dialyse. Durch die enge Verzahnung dieser Bereiche können Abläufe optimiert, Kosten gesenkt und Effizienzen gehoben werden, was zu einer nachhaltig verbesserten Versorgung führt.

Der Aufbau und die Sicherstellung der notwendigen Kapazitäten für die kommenden Jahre werden aktiv vorangetrieben, um den steigenden Bedarf an Dialysebehandlungen in Vorarlberg zu decken, was dem demografischen Wandel geschuldet ist. Mit zunehmender Zahl an Bürger:innen über 65 Jahren steigt die Prävalenz chronischer Nierenerkrankungen, wodurch eine Dialyseversorgung zur Entlastung des stationären Sektors dringend erforderlich wird.

Durch die gemeinsame Trägerschaft und die gezielte Koordination aller Beteiligten entsteht eine zukunftsfähige Versorgungsstruktur, die den Patientinnen und Patienten eine wohnortnahe, verlässliche und qualitativ hochwertige Behandlung garantiert. Zusätzlich verhindern ambulante Strukturen eine Überlastung stationärer Einrichtungen und senken Kosten durch weniger Krankenhausaufenthalte.

Insgesamt stellt diese Neuausrichtung einen wichtigen Meilenstein für die Dialyseversorgung in Vorarlberg dar und trägt entscheidend dazu bei, die medizinische Versorgung der Bevölkerung nachhaltig zu sichern und weiter zu verbessern.

5.4. FRAUENGESUNDHEITZENTREN

Die Frauengesundheitszentren sollen als ein zusätzlicher und integraler Baustein innerhalb der Gesundheitsversorgung etabliert werden, um gezielt die besonderen Bedürfnisse von Frauen in sämtlichen Lebensphasen abzudecken. Dabei wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der weit über die rein medizinische Behandlung hinausgeht und auch präventive, beratende sowie begleitende Leistungen umfasst.

Ein zentrales Element dieses Angebots ist die Erweiterung des Leistungsspektrums durch die Integration weiterer qualifizierter Gesundheitsberufe. So sollen beispielsweise Hebammen sowie diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) aktiv in die Versorgung eingebunden werden. Diese Interdisziplinarität ermöglicht eine umfassendere Betreuung, die individuell auf die verschiedenen Lebenssituationen von Frauen zugeschnitten ist - sei es im jungen Erwachsenenalter, während der Schwangerschaft und Geburt, in der Menopause oder im höheren Lebensalter.

Um den Bedürfnissen der Zielgruppe bestmöglich gerecht zu werden, sind erweiterte Öffnungszeiten der Frauengesundheitszentren vorgesehen. Dadurch wird eine flexiblere und unkompliziertere Nutzung der Angebote ermöglicht, was insbesondere für Frauen mit familiären oder beruflichen Verpflichtungen von großer Bedeutung ist.

Die Entwicklung und Umsetzung der Frauengesundheitszentren erfolgt im Rahmen der laufenden Zielsteuerungsperiode. Dabei arbeiten alle relevanten Zielsteuerungspartner eng zusammen, um sicherzustellen, dass das Konzept sowohl den gesundheitspolitischen Vorgaben entspricht als auch den tatsächlichen Bedürfnissen der Frauen vor Ort gerecht wird. Der erste wesentliche Schritt in diesem Prozess ist eine detaillierte Bedarfsanalyse, die Aufschluss darüber gibt, welche spezifischen Angebote und Ressourcen erforderlich sind. Auf Basis dieser Analyse wird anschließend ein maßgeschneidertes Versorgungskonzept erarbeitet, das langfristig zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Frauen beitragen soll.

Das übergeordnete Ziel der Frauengesundheitszentren besteht darin, eine qualitativ hochwertige, niederschwellige und auf die individuellen Lebensumstände der Frauen abgestimmte Versorgung sicherzustellen. Damit soll nicht nur die medizinische Betreuung verbessert, sondern auch die gesundheitliche Chancengleichheit gefördert und die Eigenverantwortung der Frauen für ihre Gesundheit gestärkt werden.

5.5. ANALYSE DER NOTWENDIGKEIT UND MÖGLICHER STANDORTE FÜR AMBULATORIEN IN VORARLBERG

Im Rahmen der strategischen Gesundheitsplanung für Vorarlberg ist es von zentraler Bedeutung, eine fundierte Analyse zur Notwendigkeit von Ambulatorien durchzuführen. Dabei werden sowohl demografische Entwicklungen als auch die aktuelle Versorgungssituation umfassend berücksichtigt, um den tatsächlichen Bedarf an ambulanten Versorgungsangeboten zu ermitteln. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Identifikation geeigneter Standorte, die eine flächendeckende und patientenorientierte Versorgung gewährleisten können.

Parallel zur Standortbestimmung wird der Bedarf an verschiedenen Fachgebieten systematisch erfasst, um ein bedarfsgerechtes und auf die Bevölkerung zugeschnittenes Leistungsspektrum zu definieren. Die Klärung des Angebotsumfangs erfolgt in enger Abstimmung mit den relevanten Akteuren und wird im Rahmen der übergeordneten Zielsteuerung gemeinsam festgelegt. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen effizient, nachhaltig und in hoher Qualität ausgestaltet werden.

Im weiteren Verlauf der Planung wird auf Basis der Analyseergebnisse eine verbindliche Festschreibung der notwendigen Stellen vorgenommen. Dies geschieht im Kontext einer anstehenden Revision der regionalen Struktur- und Gesamtplanung, um die Rahmenbedingungen für die Einrichtung und den Betrieb der Ambulatorien klar zu regeln. Durch diese systematische Vorgehensweise wird eine zukunftsfähige und bedarfsgerechte ambulante Versorgung in Vorarlberg sichergestellt.

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS) plant die Errichtung eines Gesundheitszentrums in Vorarlberg. Im Zuge dessen werden derzeit umfassende Analysen durchgeführt. Die konkrete Umsetzung wird im Rahmen einer bevorstehenden RSG-Revision entsprechend berücksichtigt und realisiert.

5.6. BRUSTZENTREN

Zwei Brustzentren in Vorarlberg sollen hochwertige Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs zentralisieren. Interdisziplinäre Teams und modernste Technik sichern eine optimale Versorgung. Ziel ist eine wohnortnahe Betreuung, Prävention sowie eine Steigerung der Behandlungsqualität.

5.7. ZAHNBEHANDLUNG IN NARKOSE

Die Zahnbehandlung in Narkose bietet besonders für Kinder und Menschen mit Beeinträchtigungen eine sichere und stressfreie Möglichkeit, notwendige Eingriffe durchzuführen. Das Projekt zur zahnärztlichen Versorgung unter Narkose wurde erfolgreich im extramuralen Bereich sowie in mehreren Krankenhäusern

umgesetzt. Kapazitätsanpassungen sind bei Bedarf sowohl im Krankenhausbereich als auch im niedergelassenen Bereich vorgesehen. Das Projekt verläuft sehr erfolgreich und wird daher kontinuierlich weitergeführt, um die Versorgung für diese besondere Patientengruppe nachhaltig zu verbessern.

5.8. E-HEALTH UND TELEMEDIZIN

Die Versorgung in Vorarlberg folgt dem Prinzip „Digital vor ambulant vor stationär“. Digitale Lösungen wie Telemedizin-Angebote und digitales Selbstmanagement werden als erste Versorgungsebene etabliert und gezielt gefördert. Ambulante Angebote bilden die nächste Stufe, stationäre Leistungen werden nur bei medizinischer Notwendigkeit in Anspruch genommen. Ziel ist ein strukturierter, abgestufter Leistungszugang, der Ressourcen schont, den Stand der Technik nutzt und Patient:innen eine moderne, gerechte und effiziente Versorgung bietet.

Es wird daher eine umfassende eHealth-Strategie in Vorarlberg forciert, die die folgenden strategischen Ziele zusammenfasst:

- ▶ Ziel 1: Gezielte Gesundheitsförderung und -vorsorge
- ▶ Ziel 2: Bessere Versorgung von chronisch Kranken
- ▶ Ziel 3: Einfache Zugänge zu Gesundheitsförderung, Vorsorge und Versorgung
- ▶ Ziel 4: Erleichterter Datenaustausch zwischen Gesundheitsdiensten
- ▶ Ziel 5: Erleichterter Zugang zu anonymisierten Daten für Evaluierung und Forschung

Diese Ziele sollen fachliche Schwerpunkte wie die aktive Einbindung von Bürger:innen/Patient:innen und die Prozessunterstützung fördern. Inhaltlich sind erst einmal Maßnahmen zur Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes sowie in den Bereichen Onkologie und Dermatologie angedacht. Als operative Handlungsfelder werden weiters identifiziert:

- ▶ Prävention, Health-Literacy und Compliance von Bürger:innen erhöhen
- ▶ Zentraler Informationszugang zu Vorsorge und Versorgung
- ▶ Steuerung der Patientenströme zum Best Point of Service
- ▶ Übergreifende Kommunikation
- ▶ Vorantreiben der Standardisierung und Aufbau des eHealth-Bereichs
- ▶ Neue (digitale) Versorgungsformen etablieren
- ▶ Vorarlberg als eHealth-Innovationszentrum positionieren

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ist der gezielte Ausbau der Telemedizin in Vorarlberg geplant, wobei der Schwerpunkt auf der verstärkten Bereitstellung von Videokonsultationen liegt. Dieses zusätzliche Angebot soll Patient:innen eine unkomplizierte und zeitnahe Möglichkeit bieten, medizinische Beratung und Betreuung von zuhause oder unterwegs in Anspruch zu nehmen. Die Einführung und Organisation der medizinischen Erstbewertung und Triage erfolgt dabei zentral über die Gesundheitshotline 1450. Durch diese zentrale Anlaufstelle wird ein neuer „Behandlungsort“ im Sinne des Best-Point-of-Service geschaffen, der die Versorgung gezielt dort ermöglicht, wo sie am effektivsten ist.

Um die Umsetzung dieses Vorhabens zu sichern und den weiteren Ausbau voranzutreiben, wird die Trägerschaft der 1450 in die gemeinsame Verantwortung von Land und Österreichischer Gesundheitskasse (ÖGK) überführt. Eingebettet wird das Ganze in der GVG, der Gesundheit Vorarlberg GmbH. Diese wird durch verschiedene Fonds, wie z.B. dem Landesgesundheitsfonds (LGF) sowie der Sozialversicherung finanziert (siehe **Abbildung 10**).

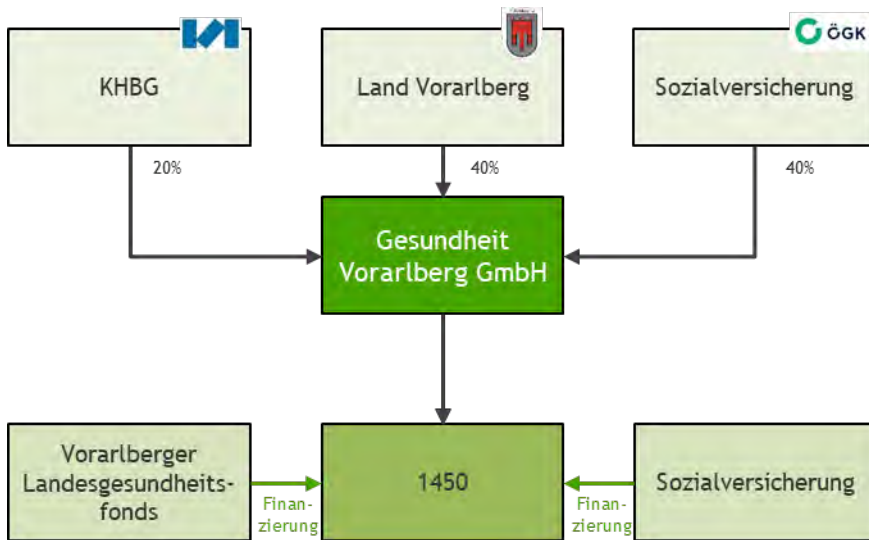


Abbildung 10 Organigramm GVG und 1450 in Vorarlberg

Die Übernahme und der Betrieb der Hotline 1450 wird ebenfalls in der Verantwortung der Gesundheit Vorarlberg GmbH liegen.

Diese Maßnahmen gewährleisten nicht nur eine stabile Finanzierung, sondern auch eine koordinierte Steuerung und Weiterentwicklung der Telemedizin-Angebote, besonders an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuraler Versorgung. Auch Zielsteuerungsprojekte mit telemedizinischem Anteil können über die Gesellschaft erfolgen. Somit wird die Versorgung für Patient:innen nachhaltig verbessert und den sich wandelnden Bedürfnissen der Bevölkerung besser Rechnung getragen. Insgesamt trägt dieses Projekt wesentlich dazu bei, die Erreichbarkeit und Qualität der medizinischen Versorgung zu erhöhen und den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen deutlich zu erleichtern.

Ein Pilotierungsprojekt in diesem Zusammenhang ist die Xsund-App. Diese eröffnet die Möglichkeit einer identifizierten Kontaktaufnahme mit 1450. Zusätzlich wäre sie als Schnittstelle für Informationsweitergaben mit einer möglichen Chat-Bot-Funktion denkbar.

Die Gesundheitsversorgung durch telemedizinische Angebote befindet sich derzeit im Aufbau. In Verbindung mit der Gesundheitsberatung 1450 wird ein zentral organisiertes telemedizinisches Versorgungsangebot - die „Virtuelle Krankenbehandlung (VIKB)“ - von der ÖGK zunächst im Bereich der Primärversorgung für Akutfälle auf allgemeinmedizinischem Niveau pilotiert. Die telemedizinische Versorgung soll zunehmend eine alternative Versorgungswirksamkeit neben den bestehenden Anbieterstrukturen entwickeln. Sobald Inanspruchnahmedaten zu dieser ärztlichen telemedizinischen Versorgung vorliegen, werden diese im Rahmen der Zielsteuerung analysiert und bewertet und können dann sukzessive in der Weiterentwicklung und Umsetzung der Regionalen Strukturplanung Gesundheit (RSG) entsprechend berücksichtigt werden.

QUELLENVERZEICHNIS

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) (2023): *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 - Textband*. Wien. Online verfügbar unter: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/ÖSG_2023_-_Textband_Stand_25.04.2025.pdf [Zugriff am: 10.10.2025].

European Observatory on Health Systems and Policies (OECD) (2019): *Austria: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU - OECD Publishing*. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies Brussels. Online verfügbar unter: [Austria: Country Health Profile 2019 \(EN\)](#) [Zugriff am: 10.10.2025]

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖFP) (2023): *Ärztbedarfsstudie Vorarlberg 2023-2030 - Ergebnisbericht*. Wien. Online verfügbar unter: <https://vorarlberg.at/documents/302033/31502708/%C3%84rztebedarfsstudie.pdf/9cc49ce3-72e6-336e-1f31-fe16dcf38543?t=1763713321512> [Zugriff am: 10.10.2025]

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖFP) (2021): *Aktualisierung der Pflegepersonalprognose Vorarlberg - Ergebnisbericht*. Wien. Online verfügbar unter: [8ca011d1-d080-d751-8d21-c73ade858b0d](#) [Zugriff am: 10.10.2025]

Österreichische Raumordnungskonferenz (ÖROK) (2022): *ÖROK-Regionalprognosen 2021 bis 2050: Bevölkerung - Schriftenreihe Nr. 212*. Wien. Online verfügbar unter: [O_ROK_212_OEROK-BevPrognose_2021-2050.pdf](#) [Zugriff am: 10.10.2025].

STATcube (2024): *Spitalsentlassungen - Berichtsjahr, Alter in 4 Klassen, Standort Krankenanstalt (Bundesland) und Medizinische Leistung (Codes ab 2009) - Kapitel nach Zahl Entlassungsfälle - Excel Datei*. Wien. Online verfügbar unter: <https://statcube.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml> [Zugriff am: 10.10.2025].

Statistik Austria (St. AT) (2025a): *Gesundheitsausgaben - Online-Quelle*. Wien. Online verfügbar unter: [Gesundheitsausgaben - STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager](#) [Zugriff am: 10.10.2025].

Statistik Austria (St. AT) (2025b): *Personal health expenditure according to the "System of Health Accounts" (HC.1-HC.5) by age and gender in Austria - Excel-Datei*. Wien. Online verfügbar unter: https://www.statistik.at/fileadmin/pages/386/Table_Age_Gender_2014_2019.ods [Zugriff am: 10.10.2025].

Statistik Austria (St. AT) (2024): *Zukünftige Bevölkerungsentwicklung Österreichs und der Bundesländer 2024 bis 2080 (2100) - Textband*. Wien. Online verfügbar unter: [Zukünftige Bevölkerungsentwicklung Österreichs und der Bundesländer 2024 bis 2080 \(2100\)](#) [Zugriff am: 10.10.2025].

Statistik Austria (St. AT) (2023): *Bevölkerungswachstum 2023 deutlich geringer als im Jahr zuvor - Pressemitteilung 13 339-105/24*. Wien. Online verfügbar unter: [Bevölkerungswachstum 2023 deutlich geringer als im Jahr zuvor](#) [Zugriff am: 10.10.2025].

ANHANG

Anlage 2: RSG-Planungsmatrix

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Versorgungsregionen Vorarlberg	2
Abbildung 2 Anzahl der medizinischen Leistungen bei Spitalsentlassungen über 65-Jähriger 2014 vs. 2023 .	4
Abbildung 3 Hochrechnung Gesundheitsausgaben Vorarlberg 2025-2050 [in MEUR].....	5
Abbildung 4 Entwicklung der Ärzte je Berufsgruppe in Vorarlberg	6
Abbildung 5 Grade-Mix Varianten im Jahr 2030	7
Abbildung 6 Stationäre Auslastung 2019 und 2023 [in Prozent]	8
Abbildung 7 Stationäre Kosten pro Aufenthalt 2014-2023 [in EUR]	8
Abbildung 8 Anzahl der eCard-Gesamtkonsultationen (Vertragsärzt:innen) nach der ÖGK-V.....	9
Abbildung 9 Erreichbarkeit im Akutfall im ausgewählten Bundesländervergleich	9
Abbildung 10 Organigramm GVG und 1450 in Vorarlberg.....	37

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Demografische Struktur und Prognose Vorarlberg 2023 und 2030	3
Tabelle 2 Veränderung zwischen Ist-Stand 2020 & Sollstand 2030 [in Personen und Prozent].....	6
Tabelle 3 Gegenüberstellung des Mehrbedarfs bis 2030 - abhängig vom Grade-Mix [in Personen und Prozent]	7
Tabelle Planungsrichtwerte für die Normalpflege- und Intensivbereiche sowie tagesklinische/tagesambulante Versorgung in Akutkrankenanstalten (Planungshorizont 2030), (BAMSGPK 2023, S. 44)	12
Tabelle Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich (Planungshorizont 2030), (BAMSGPK 2023, S. 41)	15
Tabelle Fachspezifische Anmerkungen zu der stationären Planungsmatrix.....	25
Tabelle Ausbaubedarf der ambulanten Versorgung je Fachbereich und Versorgungsregion	25

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ÄAVE	Ärztliche Ambulante Versorgungseinheit
AG/R	Akutgeriatrie und Remobilisation
AM	Allgemeinmedizin
AU	Augenheilkunde
BDoW	Bundesdurchschnitt ohne Wien
BL	Bundesland
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege- und Konsumentenschutz
BMZ	Bettenmessziffer
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
BZK	Bundeszielsteuerungskommission
CH	Chirurgie
DER	Dermatologie
DF	Demografiefaktor
DGKP	Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in
DMP	Disease-Management-Programm
DVSV	Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
EAPF	Ein-/Auspendlerfaktor
EVQ	Eigenversorgungsquote
EW	Einwohner:innen
FA	Fachärzt:in
FKA	Fonds-Krankenanstalten
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungsgesellschaft
GVG	Gesundheit Vorarlberg GmbH
HDG	Hauptdiagnosegruppe
HH	Heimhilfe
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
IM	Innere Medizin
i.d.g.F.	in der gültigen Fassung
KAKuG	Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz
KFO	Kieferorthopädie
KHBG	Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft m.b.H.
KHH	Krankenhausthäufigkeit
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
KJC	Kinder- und Jugendchirurgie
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KMZ	Kapazitätsmessziffer
KTH	Kontakthäufigkeit
LD	Landesdurchschnitt
LDG	Leistungsorientierte Diagnose-Fallgruppe
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LGF	Vorarlberger Landesgesundheitsfonds
MHG	Medizinische Einzelleistungs- und Hauptdiagnosegruppe
MKG	Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie
NEU	Neurologie
NTA	Nulltagesaufenthalt
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer

OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGIS	Österreichisches Gesundheitsinformationssystem
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
OR	Orthopädie
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
ORTR	Orthopädie und Traumatologie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PA	Pflegeassistenz
PB	Politischer Bezirk
PCH	Plastische Chirurgie
PDia	Peritonealdialyse
PFA	Pflegefachassistenz
PMZ	Platzmessziffer
PSY	Psychiatrie
PUL	Pulmologie
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheiten
RH	Rechnungshof
RNS	Remobilisation und Nachsorge
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SAN	Sanatorien
SBB	Sozialbetreuungsberufe
SHA	System of Health Accounts
SID	Sonstige interdisziplinäre Kostenstelle
ST.AT	Statistik Austria
SVS	Sozialversicherung der Selbständigen
UCH	Unfallchirurgie
ULF	Umlagerungsfaktor
URO	Urologie
VC	Versorgungsregionscode
VDmin	Untere Grenze des Versorgungsdichte-Soll-Intervalls
VD	Versorgungsdichte - ÄAVE (inkl. „abrechnungsrelevante“ Wahlärztinnen) pro 100.000 Einwohnerinnen der Wohnbevölkerung
VR	Versorgungsregion
WÄ	Wahlärztinnen und Wahlärzte
ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
ZAE	Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit
ZÄK	Zahnärztekammer