



Ing. Maurice Androsch
Landesrat für Gesundheit, Soziales, Jugendwohlfahrt und Tierschutz

GZ: B.Androsch-AP-258/004-2013

Herrn
Präsident des NÖ Landtages
Ing. Hans Penz

im Hause

Landtag von Niederösterreich
Landtagsdirektion

Eing.: 31.10.2013

zu Ltg.-**150/A-5/24-2013**

-Ausschuss

St. Pölten am 29. Oktober 2013

Sehr geehrter Herr Präsident!

Zur Anfrage der Abgeordneten Dr. Helga Krismer-Huber, Ltg.-150/A-5/24-2013, betreffend Versorgungssituation im niedergelassenen Bereich darf ich, soweit mir dazu Informationen vorliegen, wie folgt Stellung nehmen:

Der niederösterreichische "Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG)" wurde von der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH (ÖBIG FP GmbH) im Auftrag des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) und in Abstimmung mit den niederösterreichischen Krankenversicherungsträgern erarbeitet.

Der "Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG)" und daraus abgeleitet der zwischen dem Land NÖ und den niederösterreichischen Krankenversicherungsträgern einvernehmlich beschlossene RSG (RSG NÖ 2015) sehen für den ambulanten Bereich eine integrierte Planung des extramuralen und des intramuralen Bereiches unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Aspekte vor. Dementsprechend werden in den Analysen und Planungen zum ambulanten Bereich alle Leistungsanbieter/innen des jeweiligen Fachgebietes gemeinsam dargestellt und auch sektorenübergreifende Vorgaben definiert. Ein Vergleich des in den Umsetzungsverhandlungen allein für den niedergelassenen Bereich

vorgesehenen Handlungsbedarfes (Aufbau von insgesamt 9,8 ÄVZÄ) mit der Entwicklung der gesamten niederösterreichischen Bevölkerung ist daher nicht mit der im RSG NÖ 2015 angewandten Methodik kompatibel.

Die im Erarbeitungsprozess des RSG NÖ 2015 von den beteiligten Finanziers (Land NÖ, Krankenversicherungsträger in NÖ) und der ÖBIG FP GmbH gewählte Methodik sieht wie folgt aus:

- Ausgangspunkte sind die Vorgaben der Vereinbarung gemäß Art.15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2008-2013) und des ÖSG 2008 als Rahmenplan.
- Aufgrund der Komplexität der integrativen Analytik und der Planung ist in Szenarien zu denken und mit Bandbreiten-Modellen vorzugehen.
- Die Planung auf Basis von "Köpfen" bzw. Planstellen ist, aufgrund der Unterschiedlichkeit der Versorgungswirksamkeit, nicht sinnvoll. Es wird daher in Analogie zum Analyseinstrument REGIOMED des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vorgegangen, welches mittels geeigneter Gewichtungen einzelner Vertragspartner/innen, Vertragsgruppenpraxen, Wahlärzten/-ärztinnen und Krankenanstaltenambulanzen versucht, die Vergleichbarkeit der Versorgungswirksamkeit herzustellen. Diese Methodik wird laufend verbessert, wodurch Zeitreihenvergleiche von "Ärztlichen Ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE)" erschwert werden.
- Zur Feststellung der Bedarfsgerechtigkeit (Über-, Unter- oder Fehlversorgung) wurde der Richtwert "Bundesdurchschnitt ohne Wien" herangezogen.
- Der demographischen Entwicklung wurde in Form der Bevölkerungsentwicklung (Anstieg in NÖ um rund 3 % bis 2015) aber auch durch die Berücksichtigung von Wanderungstendenzen innerhalb von NÖ Rechnung getragen.
- Abschließend wurde im Verhandlungswege festgelegt, in welchem Kompetenzbereich (intra- oder extramural) Handlungsschritte, resultierend aus den Berechnungen und Schätzungen der ÖBIG FP GmbH, zu setzen sind. Diese Maßnahmen können in Form von Schaffung zusätzlicher Strukturen bestehen, aber auch z. B. in Form von Ausweitung bzw. Koordination von Öffnungszeiten. Dabei ist das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage jedenfalls zu berücksichtigen.

- Letztendlich ist vereinbart, die Ergebnisse der Maßnahmen zu beobachten und in einem neuerlichen Planungsprozess etwaige weitere Handlungsschritte festzulegen ("rollierende Planung"). Darüber hinaus sieht auch der aktuelle Bundes-Zielsteuerungsvertrag die Anpassung der Versorgungsdichten vor.

Ziel des RSG NÖ 2015 ist es, die ersten Schritte in die richtige Richtung zu setzen, um eine regional möglichst gleichmäßige Verteilung der ambulanten Strukturen und eine Anpassung der Versorgungsdichte zu erreichen.

Intention der aktuellen Gesundheitsreform mit der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit (vgl. Bundes-Zielsteuerungsvertrag mit dem zentralen Begriff des "best point of service") ist insbesondere die Beseitigung der "allokativen Ineffizienzen". Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag ist auch ein finanzieller Ausgleich von Leistungsverlagerungen vorgesehen.

Grundsätzlich darf ich noch abschließend im Zusammenhang mit den Fragen, die sich auf die Situation der Landärzte/Landärztinnen allgemein beziehen, auf meine Ausführungen in der Anfragenbeantwortung zu Ltg.-68/A-5/11-2013 verweisen, die sich mit dieser Thematik beschäftigt.

Mit freundlichen Grüßen