

REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT (RSG)

WIEN 2030

RSG 2030

Anlage 1 - Text

INHALT

1. EINLEITUNG	2
2. ZIELE UND GEGENSTAND DER PLANUNG	3
2.1. Wiener Gesundheitsziele 2030	3
2.2. Ziele und Grundsätze der Stationären Planung	5
2.3. Ziele und Grundsätze der Ambulanten Planung.....	6
2.4. Planungsumfang	8
2.5. Planungsgebiet und regionale Versorgungswirkung	9
2.6. Inhalt der Stationären und ambulanten Planung.....	9
2.7. Berücksichtigung anderer Planungsprozesse	10
2.8. Jährliche Aktualisierung und Anpassung	12
3. STATIONÄRE LEISTUNGSANGEBOTSPLANUNG.....	13
3.1. Umfang und Ziele der Leistungsangebotsplanung	13
3.2. Qualitätskriterien	13
4. AMBULANTE PLANUNG	15
4.1. Umfang und Ziel der ambulanten Planung	15
4.2. Planung ärztlicher ambulanter Versorgungseinheiten (ÄAVE)	16
4.3. Planung ambulanter Sachleistungsstellen	17
5. VERGEMEINSCHAFTETE VERSORGUNGS- UND ORGANISATIONSFORMEN.....	19
5.1. Planung von Primärversorgungseinheiten (PVE).....	19
5.2. Integrierte Versorgung und weitere Vergemeinschaftete Versorgungsformen	19
6. PLANUNG DES RETTUNGSDIENSTES	22
7. PLANUNG DES DIGITALEN BEREICHS	23
7.1. Digital vor ambulant vor stationär	23
7.2. Digital (1450)	23
7.3. Tele-Center für chronische Erkrankungen	23
7.4. Tele Schrittmacher	23
TABELLENVERZEICHNIS	24
QUELLENVERZEICHNIS	24
ANLAGEN	24
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	24

1. EINLEITUNG

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

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

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Wien 2030 wurde gemeinsam von der Stadt Wien und der Sozialversicherung mit wissenschaftlicher Unterstützung der BDO Health Care Consultancy GmbH (beauftragt durch den Wiener Gesundheitsfonds) entwickelt und der Wiener Landeszielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorgelegt. Darüber hinaus wurden folgende Stakeholder eingebunden:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ÖGK• SVS• BVAEB• Wirtschaftskammer• Ärztekammer• Zahnärztekammer• Wiener Patientenanwalt• Land Wien (MA 24, MA 70, MA 40) | <ul style="list-style-type: none">• WIGEV• Wiener Ordensspitäler• Hanusch Krankenhaus• Evangelisches Krankenhaus• BMASGPK• GÖG• PSD |
|--|---|

Im vorliegenden Bericht werden zunächst die Zielsetzungen und Inhalte der stationären und ambulanten Planung dargestellt. Darauf aufbauend werden die geplanten Leistungsangebote beschrieben sowie die zugrunde liegenden Qualitätskriterien erläutert und zusätzliche Planungsbereiche (Vergemeinschaftungsformen, Planung des Rettungsdienstes, Planung des digitalen Bereichs) betrachtet.

Die Planung des stationären und ambulanten Bereichs folgt einer mehrstufigen Methodik, die in der „RSG Wien 2030 Methodenbeschreibung“ detailliert beschrieben ist. Der Bericht liefert die Grundlage für die künftige Ausgestaltung des stationären und ambulanten Bereichs in den Versorgungsregionen und ist handlungsweisend für den Umsetzungsprozess. Es wird darauf hingewiesen, dass Verlagerungen ärztlicher Kapazitäten zwischen stationärem und ambulatem Bereich über die Umsetzung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells hinaus im RSG Wien ambulant nicht berücksichtigt sind. Diese werden im Zuge der jährlichen Aktualisierung des RSG Wien stationär bewertet.

2. ZIELE UND GEGENSTAND DER PLANUNG

Im Folgenden werden die Zielvorstellungen und Grundsätze erläutert, die der gesamten Planung zugrunde liegen. Im Anschluss wird aufgezeigt, welche Leistungserbringer bzw. Träger in die Planung einbezogen sind, anschließend wird näher auf den inhaltlichen Gegenstand der Planung eingegangen. Abschließend erfolgt eine Abgrenzung zu jenen Versorgungsbereichen, die nicht Gegenstand der Planung sind.

2.1. WIENER GESUNDHEITSZIELE 2030

Wien bekennt sich zu den 10 Gesundheitszielen der Republik Österreich, wie sie 2012 vom Ministerrat beschlossen wurden. Diese Ziele bilden den übergeordneten strategischen Rahmen für ein gesundes Leben aller Menschen in Österreich - unabhängig von Herkunft, Alter, Geschlecht oder sozialem Status.

Im Sinne einer kohärenten Gesundheitspolitik und als urbanes Zentrum mit besonderer Versorgungsverantwortung hat Wien nachfolgende Gesundheitsziele formuliert. Diese orientieren sich klar an den Bundeszielen, vertiefen diese inhaltlich und operationalisieren sie unter Berücksichtigung der spezifischen Herausforderungen der Bundeshauptstadt.

1. Sicherstellung einer bedarfsgerechten und gleichwertigen medizinischen Versorgung

Die Wiener Bevölkerung hat - unabhängig von Wohnort, sozialem Status oder Herkunft - Anspruch auf eine flächendeckende und dem Stand der Wissenschaft entsprechende medizinische Versorgung.

Ziel ist die Sicherung der wohnortnahen, bedarfsgerechten und sektorenübergreifenden Versorgung, angepasst an die demografische, epidemiologische und soziale Struktur Wiens. Dabei wird u.a. das öffentliche Gesundheitswesen durch Angebote für besonders vulnerable und spezielle Zielgruppen weiterentwickelt (z.B. Kindergesundheitszentren, psychosoziale Versorgungsangebote für Kinder und Erwachsene sowie fachmedizinische Zentren, z. B. für Gynäkologie, Diabetes)

2. Niederschwelliger und gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung für alle Wiener*innen

Für alle Wiener Bürger*innen ist der Zugang zum Gesundheitssystem niederschwellig, diskriminierungsfrei und nachvollziehbar strukturiert, um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit sicherzustellen.

Bei präventiven Leistungen, Früherkennung oder Erkrankung besteht Anspruch auf eine gleichwertige, qualitativ hochwertige und leitlinienkonforme Beratung und Behandlung - unabhängig von Versicherungsstatus oder Versorgungsbereich.

Angebote der Gesundheitsförderung ergänzen die Gesundheitslandschaft, indem die Gesundheit der Wiener*innen von Beginn an und in allen Lebensphasen gefördert und gestärkt wird.

3. Stärkung der Patient*innenorientierung und Selbstbestimmung

Das Wiener Gesundheitssystem stellt die Bedürfnisse, Werte und Entscheidungen der Patient*innen in den Mittelpunkt. Ziel ist eine partizipative Versorgung, in der Bürger*innen und Patient*innen befähigt werden, informierte Entscheidungen zu treffen.

Gesundheits- und Ernährungskompetenz sowie digitale Selbstbestimmungsinstrumente (z. B. ELGA, Patientenverfügung) werden systematisch gestärkt.

4. Sicherung des evidenzbasierten medizinischen Fortschritts für Wien

Innovative, wissenschaftlich gesicherte Methoden und digitale Lösungen werden zielgerichtet eingeführt, bewertet und verbreitet, um die Qualität und Effizienz der Versorgung zu verbessern und ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen sicherzustellen.

Wien positioniert sich als Vorreiterin bei der kontrollierten Integration medizinischer Innovationen und der strukturierten Nutzung von Versorgungsforschung und Gesundheitsdaten. Auch KI-Projekte und deren

weitere Entwicklung sollen forciert werden, um komplexe Datenanalysen durchzuführen, Risiken frühzeitig zu erkennen und das medizinische Personal bei Entscheidungsprozessen zu unterstützen.

5. Sicherung und Weiterentwicklung fachlicher Expertise des Gesundheitspersonals

Alle im Wiener Gesundheitssystem tätigen medizinischen Fachkräfte verfügen über die notwendige Qualifikation und ausreichende praktische Routine zur Sicherstellung der Behandlungsqualität.

Die Förderung kontinuierlicher Fortbildung, Spezialisierung und klinischer Erfahrung ist zentrales Qualitätsziel und wirkt dem Fachkräftemangel entgegen.

6. Nachhaltiger und wirtschaftlicher Umgang mit Ressourcen im Gesundheitswesen

Ressourcen im Wiener Gesundheitswesen werden zielgerichtet, effizient, transparent und umwelt- sowie klimagerecht eingesetzt. Strukturelle Über- oder Unterversorgung wird vermieden.

Ziel ist eine ausgewogene Leistungsplanung, die Versorgungsbedarf, medizinischen Nutzen und wirtschaftliche sowie ökologische Tragfähigkeit in Einklang bringt.

7. Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen

Die Qualitätsziele und Strukturvorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) sowie der Zielsteuerung Gesundheit werden auf Landesebene konsequent umgesetzt.

Qualitätssicherung, Ergebnisqualität und Patientenorientierung sind integraler Bestandteil der Versorgung und Grundlage der Versorgungssteuerung.

8. Umsetzung des Stufenmodells: „Digital vor ambulant vor stationär“

Digital unterstützte Versorgungslösungen (Telemedizin, eHealth, digitales Selbstmanagement) werden gezielt gefördert und als erstes Interventionsniveau etabliert. Ein digital gut organisiertes Gesundheitswesen bringt spürbare Verbesserungen für Patient*innen und Mitarbeiter*innen - durch einfachere Abläufe, besseren Informationsfluss und mehr Zeit für medizinische, pflegerische und therapeutische Betreuung.

Die Versorgung wird im Sinne des Ressourcenvorrangs zunächst ambulant, nur bei Bedarf stationär durchgeführt. Ziel ist ein strukturierter, abgestufter Leistungszugang, der dem Stand der Technik und medizinischen Notwendigkeiten entspricht.

9. Gestaltung eines vernetzten, sektorenübergreifenden Gesundheitssystems

Die Versorgungssektoren in Wien - ambulant, stationär, digital - aber auch sozial, werden kooperativ und patientenorientiert verzahnt. Dafür benötigt es für Patient*innen Orientierungspfade entlang moderner Behandlungsstrukturen, die erkennbar, transparent und nachvollziehbar sein müssen. Datengetriebene Steuerung, gemeinsame Planung und einheitliche Dokumentation sichern eine koordinierte Patientenreise über alle Ebenen hinweg und ermöglichen eine Gesundheitsplanung, welche sich an der Entwicklung der Stadt orientiert.

10. Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit des Wiener Gesundheitssystems

Alle Leistungen im Wiener Gesundheitssystem sollen nachhaltig finanziert und betriebswirtschaftlich vertretbar sein.

Ziel ist eine klare Prioritätensetzung im Sinne von Nutzen, Dringlichkeit und Versorgungspflicht, unter Berücksichtigung limitierter öffentlicher Mittel.

11. Berücksichtigung der besonderen Anforderungen Wiens

Wien trägt durch seine Sonderrolle als urbanes Zentrum, Gesundheits-Hub, Bildungsstandort sowie durch das hohe Aufkommen an Gastpatient*innen und Pendler*innen besondere Versorgungsverantwortung.

Diese Besonderheiten fließen transparent in Planung, Steuerung und Finanzierung systematisch ein.

Die Gesundheitsziele Wiens sind inhaltlich vollumfänglich kompatibel mit den Gesundheitszielen der Republik Österreich. Sie konkretisieren diese für den urbanen Raum, operationalisieren zentrale Prinzipien wie Chancengleichheit, Effizienz und Qualität und übernehmen damit eine Vorbildfunktion für andere Ballungsräume.

Im Rahmen der regionalen Struktur- und Gesundheitsplanung wurden diese Wiener Gesundheitsziele umfassend und adäquat berücksichtigt, sodass deren Leitprinzipien in die strategische Ausrichtung und konkreten Maßnahmen einfließen.

2.2. ZIELE UND GRUNDSÄTZE DER STATIONÄREN PLANUNG

Konkret basiert der stationäre Regionale Strukturplan Wien 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 und die Organisation der häuslichen Nachsorge als Teil des Entlassungsmanagements in den Behandlungsprozess integriert ist.
- ▶ Implementierung abgestufter Organisationsformen zur Reduktion vollstationärer Bettenkapazitäten, wobei diese Kapazitäten nicht additiv, sondern substitutiv geschaffen werden.
- ▶ 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 Fixkostensprünge.
- ▶ 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 und 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 2025) als Orientierungssgrößen (siehe nachfolgende Tabelle 1). Die fachrichtungsspezifisch festgelegten Erreichbarkeitsrichtwerte sowie die Richtintervalle zu den 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. Die Bettenmessziffern für die Fachbereiche Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativmedizin und Psychosomatik stellen Orientierungswerte dar.

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 (KIJU)	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 Pneumologie (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 1: Planungsrichtwerte für die Normalpflege- und Intensivbereiche sowie tagesklinische/tagesambulante Versorgung in Akutkrankanstalten (Planungshorizont 2030), (BMSGPK 2025, S. 42)

2.3. ZIELE UND GRUNDSÄTZE DER AMBULANTEN PLANUNG

Ziel des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien (RSGW) ist die Gewährleistung einer qualitätsvollen, gesamtwirtschaftlich effizienten, effektiven, medizinisch adäquaten und vor allem bedarfs- und Patient*innenorientierten Versorgung aller Wiener*innen unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen mit medizinischen Leistungen. Die rechtliche Grundlage des RSGW bildet der in Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens etablierte ÖSG.

Demografische und technologische Entwicklungen führen im Zeitverlauf zu Veränderungen sowohl im Versorgungsbedarf als auch in den Versorgungsmöglichkeiten. Aufgabe des RSGW ist es, diese Veränderungen mit einer adäquaten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu begleiten. Unter Berücksichtigung von Versorgungsgerechtigkeit, Bedarfsorientierung sowie der Kriterien von Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit werden unter qualitativen und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten die Versorgungsstrukturen optimiert.

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

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

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

Der RSGW ambulant umfasst für das Zieljahr 2030 Planungsaussagen und Empfehlungen für den gesamten ambulanten Versorgungsbereich, differenziert nach der gemäß ÖSG-VO in der RSG-Planungsmatrix vorgegebenen Fächerstruktur (vgl. Anlage 3 zur ÖSG-VO). Unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden werden Planungsaussagen über das zukünftige bedarfsgerechte Versorgungsangebot abgeleitet, auf Basis folgender Planungsgrundlagen:

- Besonderes Augenmerk wurde auf den Aspekt einer regional ausgewogenen und hochwertigen Versorgung in den drei Wiener Versorgungsregionen Wien-Mitte-Südost (VR 91), Wien-West (VR 92) und Wien-Nordost (VR 93) gelegt.
- Sämtliche verfügbaren Daten des intra- und extramuralen ambulanten Bereichs wurden gemeinsam von Land Wien und der Sozialversicherung aufbereitet und standen als Planungsgrundlage zur Verfügung.
- Alle maßgeblichen, messbaren und empirisch belegbaren Einflussfaktoren für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung wurden berücksichtigt. Neben Bevölkerungsentwicklung, Alters- und Geschlechtsstruktur sowie Inanspruchnahmeverhalten wurden auch die Besonderheiten der Großstadt Wien einbezogen, insbesondere die Mitversorgung des Umlands und die teilweise österreichweite Funktion Wiens in Spezialbereichen.

Für den gesamten ambulanten Planungsbereich extramural und spitalsambulant gelten die im ÖSG idgF (BMSGPK 2025) festgelegten Planungsrichtwerte bei der Erstellung des RSG Wiens nur als Orientierungswerte, da die Planungsrichtwerte für Österreich ohne Wien berechnet wurden (siehe nachfolgende Tabelle 2). Die Versorgungsdichte soll in jeder Versorgungsregion unter Berücksichtigung regionaler Austauschbeziehungen im angegebenen Intervall liegen. Zusätzlich ist eine detaillierte Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf regionaler Ebene im Rahmen von Detailplanungen (RSG) 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 2: Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich (Planungshorizont 2030), (BMSGPK 2025, S. 39)

2.4. PLANUNGSUMFANG

Zur Sicherung der intramuralen öffentlichen Akutversorgung dienen in erster Linie die Fonds-Krankenanstalten im Sinne des § 64a Abs. 1 Wiener KAG. Dabei handelt es sich um Krankenanstalten, die auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vom Wiener Gesundheitsfonds finanziert werden. Der Regionale Strukturplan Wien 2030 bezieht sich auf diese Fonds-Krankenanstalten, wobei auch die beiden Unfallkrankenhäuser mit ihren Akutversorgungsaufträgen berücksichtigt werden. Private, nicht-gemeinnützige Krankenanstalten werden, soweit dies zweckmäßig ist, ebenfalls in ihrer Versorgungsrelevanz berücksichtigt.

Der RSG Wien verfolgt eine integrative Versorgungsplanung, die über die stationäre Versorgung hinaus alle relevanten ambulanten Sektoren umfasst. Im extramuralen Bereich sind explizit die niedergelassenen Ärzt*innen und Zahnärzt*innen mit Kassenverträgen und Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien (inkl. Einrichtungen der Sozialversicherungsträger), aber auch die Spitalsambulanzen als relevanter Teil der ambulanten Versorgungskette enthalten.

Auf Basis der Rahmenvorgaben des ÖSG 2023 definiert der RSG Wien gezielt Kapazitätsbedarfe, Versorgungsstrukturen und Fachbereichszuordnungen für die intra- und extramurale Versorgung. Damit bildet er ein zentrales Instrument zur Sicherstellung einer wohnortnahen, bedarfsoorientierten und qualitätsgesicherten Gesundheitsversorgung in Wien.

2.5. PLANUNGSGEBIET UND REGIONALE VERSORGUNGSWIRKUNG

Das Planungsgebiet umfasst alle öffentlich finanzierten Leistungserbringer im Landesgebiet von Wien. Die Versorgungswirkung der Wiener Gesundheitsdiensteanbieter reicht weit über die Wiener Stadtgrenze hinaus. Besonders intensiv ist diese überregionale Versorgungswirkung in Bezug auf jene Patient*innengruppen, die einer hochspezialisierten Versorgung bedürfen und deren Versorgung in diesem Strukturplan mitberücksichtigt ist. Im Sinne des § 21 Abs. 5 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) werden insbesondere die Strukturen und Kapazitäten ausgewiesen, die bei unverminderter Fortschreibung der Inanspruchnahme durch inländische Gastpatient*innen zum Planungshorizont zu erwarten wären. Zusätzlich zu den akut versorgten, den ausländischen und den überregional versorgten Gastpatient*innen und den ambulant versorgten wurde der Anteil der geplanten inländischen Gastpatient*innen mit dem österreichischen Median berücksichtigt.

2.6. INHALT DER STATIONÄREN UND AMBULANTEN PLANUNG

Der Regionale Strukturplan Wien 2030 legt unter Bedachtnahme auf die gesetzlichen Vorgaben und auf die bestehenden Strukturen ein abgestuftes und bedarfsgerechtes Krankenhausversorgungssystem fest.

Im Regionalen Strukturplan Wien 2030 werden für die stationäre Versorgung 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
- ▶ Strukturqualitätskriterien

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

Im Regionalen Strukturplan Wien 2030 werden für die ambulante Versorgung festgelegt:

- ▶ Allgemeinmedizinische Versorgung / Primärversorgung / Allgemeinmediziner*innen
 - In Einzel- und Gruppenpraxen, die als Vertragsärzt*innen tätig sind
 - In Primärversorgungseinheiten (PVE)
 - In eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger

- In selbstständigen Ambulatorien bzw. Instituten (mit Vertrag)
- In Erstversorgungsambulanzen (EVA)
- ▶ Ärzt*innen in zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten (ZAE) und zentralen Notfallambulanzen (ZNA)
- ▶ Ambulante Fachversorgung
- ▶ Fachärzt*innen (d.h. allgemeine Fachärzt*innen, die SOLL-Werte für Fachärzt*innen für Radiologie, Fachärzt*innen für Physikalische Medizin, Fachärzt*innen für Pathologie, Fachärzt*innen für medizinische und chemische Labordiagnostik gelten nur bis 31.12.2026 und sind im Rahmen der jährlichen Aktualisierung gemeinsam zu planen)
 - In Spitalsambulanzen
 - Im niedergelassenen Bereich, die als Vertragsärzt*innen tätig sind
 - In Primärversorgungseinheiten (PVE): Kinder- und Jugendheilkunde
 - 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
 - In Spitalsambulanzen
 - Im niedergelassenen Bereich, die als Vertragsärzt*innen tätig sind
 - In eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger
 - In selbstständigen Ambulatorien bzw. Instituten (mit Vertrag)

Die genannten Planungsbereiche wurden im IST 2022 in ÄAVE und Planstellen abgebildet. Im Plan 2030 werden ÄAVE und Sachleistungsstellen abgebildet.

2.7. BERÜCKSICHTIGUNG ANDERER PLANUNGSPROZESSE

Über die Planung der ambulanten bzw. stationären Versorgung hinaus sind gemäß § 5 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des ÖSG 2023 (ÖSG-VO 2024) weitere Bereiche in gemeinsamer Betrachtung von intra- und extramuralem Sektor im RSG zu regeln, wobei diese Regelungen bereits im Rahmen anderer Planungsprozesse bearbeitet wurden und wie folgt festgelegt werden:

- ▶ Die Planzahlen für die **Psychiatrie und Psychosomatik**, sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene, wurden wie für alle anderen Fachbereiche kalkuliert und mit den Ergebnissen, aus einem gesonderten Planungsprozess (PPV = Psychiatrischer und psychosomatischer Versorgungsplan 2030) zwischen WIGEV und dem psychosozialen Dienst der Stadt Wien (PSD) abgeglichen. Die ÄAVE-Planungsergebnisse für diese Sonderbereiche wurden dann in die Darstellung des RSGW 2030 übernommen, um ein Gesamtbild zu ermöglichen.
- ▶ Die Kapazitätsplanung für die **Unfallkrankenhäuser der AUVA** (Meidling und Lorenz Böhler) wurde, in Verbindung mit der unfallchirurgischen Versorgung in Wien insgesamt, im Rahmen eines eigenständigen Planungsprojekts erarbeitet. Auch diese Planungsergebnisse werden im Sinne einer Gesamtdarstellung der intramuralen Akutversorgung in den RSGW stationär 2030 übernommen.
- ▶ Da **Sanatorien bzw. Privatkrankenanstalten** bzw. Nicht-Fonds-Krankenanstalten nicht der Planungskompetenz der Landes-Zielsteuerungskommission unterliegen, können deren Kapazitäten im Rahmen der Arbeiten zum RSGW 2030 nicht im engeren Sinne geplant werden. Sie fließen jedoch,

basierend auf dem jeweiligen IST-Stand 2022, der bis zum Planungshorizont 2030 fortgeschrieben wird, dennoch in die Planung mit ein.

- ▶ Die Planung des **Wiener Rettungsdienstes** wurde in eigenständigen Planungsprozessen behandelt. Die diesbezüglichen Ergebnisse finden sich im Kapitel 6.
- ▶ Die Standorte und Anzahl **medizinisch-technischer Großgeräte (GGP)** werden aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) in der zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des RSG geltenden Fassung übernommen und im Regionalen Strukturplan abgebildet.
- ▶ Seitens der **Sucht- und Drogenkoordination** wurden folgende Bettenzahlen, ambulante Versorgungseinheiten und Texte übernommen, die im RSG für die Versorgung suchterkrankter Menschen (ohne WIGEV - Ybbs und Zentrum für Suchterkrankte) festgehalten werden:
 - Stationär: 155 Betten allgemein sowie 60 tagesklinische Plätze, plus 12 Betten Transition (16 - 25 Jahre)
 - Ambulant: 14,4 VZÄ Fachärzt*innen für Psychiatrie (diese wurden zusätzlich zur Psychiatrie-Planung hinzugerechnet)

Hinweis: Die suchtspezifische Behandlung erfolgt sowohl ambulant als auch stationär multiprofessionell im Bereich der überregionalen spezialisierten Suchtkrankenhilfe. Patient*innen werden den Einrichtungen bedarfsgerecht zugewiesen.

- *Integrierte Versorgung suchterkrankter Menschen*

Die Behandlung und Betreuung suchterkrankter Menschen in Wien erfolgt innerhalb des Sucht- und Drogenhilfenzwerks (SDHN) trägerübergreifend gemäß dem Prinzip „ambulant vor stationär“ und entsprechend des im RSG verankerten dezentralen, wohnortnahmen Versorgungsmodells. Das SDHN umfasst ambulante, tagesklinische und stationäre Angebote, die modular entlang standardisierter Zugangs-, Behandlungs- und Übergabepfade kombiniert werden können. Ergänzend stehen Ad-hoc-Maßnahmen als schnelle, unbürokratische Hilfe zur Abdeckung unmittelbarer Notlagen zur Verfügung. Die Zuteilung zum „Best Point of Service“ erfolgt indikationsgeleitet auf Basis der ambulanten Abklärung; dabei wird der Behandlungsplan (Maßnahmenplan) in Abstimmung mit den Patient*innen erstellt. Die Bewilligung, im Namen aller Kostenträger, erfolgt durch das Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien, wodurch eine einheitliche, bedarfsorientierte und transparente Steuerung gewährleistet ist. Bis zur Bewilligung stellen Einrichtungen des SDHN die medizinische und psychosoziale Betreuung sicher. Bei Krankenhausaufenthalten kann der Spitalsverbindungsdiensst CONTACT die Abklärung übernehmen und die direkte Weitervermittlung in das SDHN veranlassen.

- *Versorgung für Menschen mit Alkoholerkrankung*

Für alkoholbezogene Abhängigkeitserkrankungen wurde ein integriertes Versorgungssystem etabliert, durch das der Wechsel von überwiegend stationären zu grundsätzlich ambulant geführten Behandlungsprozessen vollzogen wurde. Stationäre Sequenzen werden indikationsgeleitet als zeitlich begrenzte Bausteine eingesetzt. Die Indikationsstellung beruht auf einem gemeinsam mit Leistungserbringer*innen entwickelten Kriterienkatalog. Zugang, Abklärung und Erstellung des individuellen Maßnahmenplans erfolgen zentral über das regionale Kompetenzzentrum der Suchthilfe Wien, das die Lotsenfunktion innerhalb des SDHN übernimmt.

- *Versorgung für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen im Bereich illegaler Substanzen sowie verhaltensbezogenen Abhängigkeiten*

Für Abhängigkeitserkrankungen im Bereich illegaler Substanzen sowie verhaltensbezogener Abhängigkeiten erfolgt der Zugang dezentral über entsprechende Einrichtungen des SDHN. Dort wird die ambulante Abklärung sowie die Erstellung des Maßnahmenplans durchgeführt. Durch den modularen Behandlungspfad können ambulante Angebote, tagesklinische Maßnahmen und stationäre Sequenzen bedarfsgerecht kombiniert werden. Für 16- bis 25-Jährige ist ein Transitionsangebot im

Regelbetrieb verankert, dass unkompliziert Aufnahmen in ambulante, tagesklinische oder stationäre Settings ermöglicht.

- ▶ Die **Überregionale Versorgungsplanung (ÜRVP)** wird in einem separaten Planungsprozess evaluiert und wurde für den RSGW aus dem ÖSG 2023 idgF übernommen.
- ▶ **Rehabilitation** ist nicht Planungsgegenstand des RSG Wien 2030 und wird im Rehaplan abgebildet. Deshalb werden keine diesbezüglichen Planungen dargestellt.
- ▶ Da die Planung der Fächer **Radiologie, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Pathologie und Labormedizin** nicht im grundsätzlichen Auftrag vorgesehen war, wurden die Zahlen von der SV übernommen und es wurde vereinbart, diese wie auch alle anderen im Rahmen der jährlichen Aktualisierung gemeinsam zu planen. Deshalb gelten die PLAN-Sachleistungsstellen für diese Fächer nur bis 31.12.2026.

2.8. JÄHRLICHE AKTUALISIERUNG UND ANPASSUNG

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

Jährlich ist ein Monitoringbericht über die Umsetzung der RSG-Planungen der WZK vorzulegen, der im Rahmen der nächsten Aktualisierung des RSG noch gemeinsam spezifiziert wird. Gestartet wird 2026 mit einem Monitoringbericht zur Anzahl der besetzten Sachleistungsstellen aller KV-Träger inkl. Information zu Ausschreibungen und Invertragnahmen der Vergemeinschaftungsformen, der bis zum 30.6. der WZK vorzulegen ist.

Für die Aktualisierung und Anpassung des RSG wird, wie schon bei der Erstellung des RSG 2030 ein externes Planungsinstitut beauftragt und ein standardisierter Prozess mit der Sozialversicherung eingerichtet. Der Prozess ist so ausgelegt, dass, unter Berücksichtigung aller Fristenläufe, der als verpflichtend zu aktualisierende Teil spätestens mit 1. Januar des Folgejahres der Aktualisierung als Verordnung veröffentlicht ist. Konkret ist folgender jährlicher Fristenlauf vorgesehen:

- ▶ Bis 30.4.: Einlangen aller Änderungsvorschläge
- ▶ Bis 30.6.: Bewertung der Änderungsvorschläge durch Land Wien und SV
- ▶ September: Durchführung der Befassungen, die für eine Beschlussfassung notwendig sind
- ▶ Oktober: Beschlussfassung in der WZK
- ▶ 1. Januar des Folgejahres: Gültigkeit des aktualisierten und angepassten RSG 2030

3. STATIONÄRE LEISTUNGSANGEBOTSPLANUNG

Im Folgenden wird zunächst der Umfang der Leistungsangebotsplanung erläutert. Anschließend werden die Qualitätskriterien dargelegt.

3.1. UMFANG UND ZIELE DER LEISTUNGSANGEBOTSPLANUNG

Die Planungsergebnisse für Wien gesamt sowie pro Krankenanstalt werden in Tabellenform gemäß der RSG-Planungsmatrix des ÖSG 2023 dargestellt und sind in der Anlage der Planungsmatrizen enthalten. Der Tabellenaufbau ist einheitlich gestaltet und beinhaltet folgende Informationen:

- ▶ **Standort- und Funktionsplanung nach Krankenanstalten:** Erfasst werden u.a. der tatsächliche Bettenstand 2022, die „PLAN-Betten 2025“ sowie die Vorhaltung von Akutbetten nach Krankenanstalten und Fachrichtungen 2030. Dabei gelten die „PLAN-Betten 2030“ als anzustrebende Zielgröße. Diese stellen die nicht zu überschreitende, maximal behördlich zu genehmigende Anzahl an Betten dar. Die Leistungsangebotsplanung umfasst Fachrichtungen, Intensivbereiche (einschließlich Neonatologie), Sonderpflege, Normalpflege, Tageskliniken, ambulante Betreuungsplätze, Referenzzentren, zentrale Erst- und Notfallversorgung sowie spezielle Leistungsangebote. Ergänzend berücksichtigt sie Dialyseeinrichtungen.
- ▶ **Tagesklinische Plätze und ambulante Betreuungsplätze** für mehrstündige Behandlungen.
- ▶ Für die stationären **inländischen Gastpatient*innen-Kapazitäten** zum Planungshorizont 2030 werden insbesondere die Strukturen und Kapazitäten ausgewiesen, die bei unverminderter Fortschreibung der Inanspruchnahme durch inländische Gastpatient*innen zum Planungshorizont zu erwarten wären. Zusätzlich zu den akut versorgten, den ausländischen und den überregional versorgten und den ambulant versorgten Gastpatient*innen wurde der Anteil der geplanten inländischen Gastpatient*innen mit dem österreichischen Median berücksichtigt. Ressourcen für ambulante Gastpatient*innen werden transparent dargestellt und ansonsten unverändert fortgeschrieben.
- ▶ **Betten in Nicht-Fonds-Krankenanstalten (mit Ausnahme der beiden Unfallkrankenhäuser der AUVA):** Diese werden auf Basis verfügbarer Informationen geschätzt, dem Bereich der Akutversorgung zugeordnet und in einer gesonderten Tabelle ausgewiesen.

Weiters finden sich je Standort der Fonds-Krankenanstalten folgende Angaben:

- ▶ die stationären Organisations- und Betriebsformen von Spitalsambulanzen gegliedert nach Fach- bzw. Versorgungsbereichen gemäß der Systematik des ÖSG,
- ▶ die Anzahl der Betten in den Modulen der neurologischen Versorgung, wobei hier die Module unterteilt werden in SU (Stroke Unit), ANB/B (Akutnachbehandlung Phase B), ANB/C (Akutnachbehandlung Phase C) und Normalpflege Neurologie (Die Summe der hier angeführten Betten ist auch unter dem Fach NEU angeführt)
- ▶ sowie die Rolle des jeweiligen Standortes in der ÜRVP entsprechend den Festlegungen im ÖSG.

3.2. QUALITÄTSKRITERIEN

Die Vorgaben für die Entwicklung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems sind im ÖSG 2023 (BMSGPK 2025) festgeschrieben. Verbindliche Strukturqualitätskriterien sind dabei ein integrierter Bestandteil der Leistungsangebotsplanung. Ausgehend von einer umfassenden Darstellung der Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und Methoden, differenziert nach medizinischen Fachbereichen und Sonderfächern, werden im ÖSG Richtlinien für Qualitätskriterien festgelegt. Im Interesse einer bundesweit einheitlichen Qualitätssicherung werden für ausgewählte Versorgungsstrukturen Strukturqualitätskriterien als verbindliche Mindestanforderungen festgelegt. Bezugspunkte für diese Kriterien sind jeweils:

- ▶ Personalausstattung bzw. -qualifikation
- ▶ infrastrukturelle Anforderungen
- ▶ Leistungsangebote
- ▶ sonstige Merkmale

Die in der geltenden Fassung (2023) des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BMSGPK 2025) enthaltenen Qualitätskriterien finden für Fonds-Krankenanstalten (§ 64a Abs. 1 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987) Anwendung.

4. AMBULANTE PLANUNG

4.1. UMFANG UND ZIEL DER AMBULANTEN PLANUNG

Die Planungsergebnisse für Wien gesamt sowie pro Versorgungsregion werden in Tabellenform gemäß der RSG-Planungsmatrix des ÖSG 2023 dargestellt und sind in der Anlage 2 enthalten. Da Wien Bundesland, Gemeinde und politischer Bezirk ist, erfolgt die Planung grundsätzlich auf Ebene des politischen Bezirkes als natürliches Einzugsgebiet. Zur regionalen Differenzierung werden die Planungen in den drei Wiener Versorgungsregionen (VR 91, VR 92, VR 93) und zum Teil noch weiter detailliert.

Der Tabellenaufbau ist einheitlich gestaltet und beinhaltet u.a. folgende Informationen:

- ▶ IST ÄAVE 2022
- ▶ IST vertragsärztliche Planstellen 2022
- ▶ PLAN ÄAVE 2030
- ▶ PLAN Sachleistungsstellen 2030

IST ÄAVE und IST vertragsärztliche Planstellen 2022:

Für die ÄAVE im IST 2022 werden die Kategorien „spitalsambulant“, „niedergelassene Ärzt*innen (mit Kassenvertrag)“, „in selbstständigen Ambulatorien (mit Kassenvertrag)“ und „in Kassenambulatorien (kasseneigene selbstständige Ambulatorien)“ angeführt, wobei grundsätzlich auch die ÄAVE der Wahlärzt*innen angeführt, jedoch nicht geplant werden.

Für die IST ÄAVE 2022 werden je Fach auch angeführt, wie viele ÄAVE in VGF (= Vergemeinschaftungsformen, Gruppenpraxen, PVE, Ambulatorien) und wie viele davon in PVE (Zentren und Netzwerken) geführt wurden.

Im IST werden die vertragsärztlichen Planstellen 2022 nach den jeweiligen Trägern ÖGK, SVS, BVAEB und in Summe angeführt. Hier ist auch die IST Anzahl an Ambulatorien-Standorten gesamt 2022 ausgewiesen.

PLAN ÄAVE und PLAN Sachleistungsstellen 2030:

Im PLAN 2030 werden die ÄAVE für den spitalsambulanten Bereich, und die ÄAVE für die niedergelassenen Ärzt*innen und in selbstständigen Ambulatorien (mit Kassenvertrag und eigene) angeführt. Hier werden zu Informationszwecken auch die geplanten ÄAVE für die Sucht ausgewiesen. Zur transparenten Information werden an dieser Stelle die geplanten ÄAVE für das Jahr 2030 für inländische Gastpatient*innen je Fach dargestellt. Zusätzlich wird angegeben, welche Anzahl an ÄAVE von den PLAN ÄAVE 2030 zumindest für PVE eingesetzt werden sollen.

Die PLAN Sachleistungsstellen 2030 werden für die Bereiche „Gemeinsame Sachleistungsstellen aller KV-Träger“, „Summe alle KV-Träger/SVS/BVAEB Planstellen“ und jeweils „zusätzliche Sachleistungsstellen“ je Träger angeführt. Dabei ist jeweils die Information vorhanden, wie viele Sachleistungsstellen davon maximal als vertragsärztliche Planstellen in % vorgesehen sind und wie viele PLAN Sachleistungsstellen in der EVA vorgesehen sind.

Zusätzliche wird die „RSG-Planungsmatrix“ für die Planung der Primärversorgungseinheiten (PVE) mit den entsprechenden Informationen zu allgemeinmedizinischen und Kinder-PVE separat ausgewiesen.

Die „RSG-Planungsmatrix“ für geplante Vergemeinschaftungsformen (VGF) exkl. PVE enthält detaillierte Informationen über die geplanten Zentren, Ambulatorien und Vergemeinschaftungsformen verschiedenster Fachrichtungen.

4.2. PLANUNG ÄRZTLICHER AMBULANTER VERSORGUNGSEINHEITEN (ÄAVE)

Im Rahmen der ambulanten Versorgungsplanung wurde die ärztliche Versorgungssituation des gesamten ambulanten Bereichs im Sinne des Art. 3 Z. 1 der geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (im niedergelassenen Bereich, in selbstständigen Ambulatorien und in Spitalsambulanzen) in seinem Leistungsgeschehen 2022 dargestellt und planerisch berücksichtigt. Für die Ableitung des Versorgungsbedarfs bis zum Jahr 2030 im ambulanten Bereich wurde für die drei Wiener Versorgungsregionen sowie für das gesamte Bundesland Wien eine Kapazitätsplanung differenziert nach den gemäß „RSG-Planungsmatrix“ (vgl. Anlage 3 zur ÖSG-VO) vorgegebenen medizinischen Fachrichtungen erstellt.¹

Der RSGW ambulant berücksichtigt dabei die spezielle Versorgungssituation der Bevölkerung eines urbanen Ballungsraums. Unter Bezugnahme auf die im ÖSG 2023 idgF für den ambulanten Bereich ausgewiesenen Planungsrichtwerte wird im RSGW ambulant daher die diesbezügliche Vorgabe des ÖSG, eine detaillierte Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf Ebene der Versorgungsregionen im Rahmen regionaler Detailplanungen (RSG) durchzuführen, erfüllt, d.h. es werden, wie im ÖSG gefordert, lokale Spezifika ebenso berücksichtigt wie die bundesweiten Vorgaben. Abweichungen von den Planungsrichtwerten des ÖSG werden durch die quantifizierte Berücksichtigung oder Argumentation der **regionalen Spezifika der Großstadt Wien** begründet.

- ▶ Die Versorgungsstrukturen und Versorgungsdichten städtischer Regionen weisen im nationalen und internationalen Vergleich deutliche Unterschiede zu jenen ländlicher Regionen auf. Aus diesem Grund wurde in Übereinstimmung mit den Vorgaben des ÖSG (lokale Spezifika sind ebenso zu berücksichtigen wie bundesweite Vorgaben) der ärztliche Versorgungsdichte-Korridor des ÖSG (der den Bundesdurchschnitt exkl. Wien² mit einer Bandbreite von ca. +/-30 % darstellt) herangezogen.
- ▶ Die Dichte an Allgemeinmediziner*innen in urbanen Ballungsräumen liegt in Österreich zumeist unter bzw. etwa im jeweiligen Landesdurchschnitt. Die Dichte an Fachärzt*innen in österreichischen Stadt-Bezirken ist hingegen deutlich höher als in den ländlichen und intermediären Siedlungsräumen.
- ▶ Wechselseitige Austauschbeziehungen zwischen der Allgemeinmedizin und den Fachärzt*innen, insbesondere in den Fachrichtungen Kinder- und Jugendheilkunde und Innere Medizin, sind gemäß ÖSG 2023 zu berücksichtigen (vgl. ÖSG 2023 idgF, S. 39).
- ▶ Gleichzeitig besteht im städtischen Ballungsraum ein anderes Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung als in ländlichen Gebieten - mit einer entsprechend höheren Nachfrage nach den oftmals spezialisierten Angeboten der Fachärzt*innen.
- ▶ Aufgrund der Vielfalt und Konzentration des medizinischen Angebots in der Großstadt Wien erfolgt die Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsstrukturen auch durch die Bevölkerung aus dem Wiener Umland („Gastpatient*innen“) bzw. entfalten fachlich spezialisierte Versorgungsangebote zum Teil sogar eine österreichweite Versorgungswirkung.

Danach wurden mit der Basis der Daten des Jahres 2022 schrittweise die angenommenen planungsrelevanten Besonderheiten der Versorgung der Großstadt Wien empirisch belegt und in ergänzenden quantifizierten Faktoren in die SOLL-Stand-Bestimmung und Planung einbezogen. Die einzelnen Schritte und Faktoren sowie

¹ Die Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) einerseits sowie der Erwachsenenpsychiatrie (PSY) andererseits wurden in einem gesonderten Konzept bearbeitet (PPV), das nicht Bestandteil des Auftrags war.

² Die im ÖSG 2023 (idgF) ausgewiesenen Richtwerte wurden jeweils ohne Wien berechnet. In den vorliegenden Berechnungen erfolgt keine direkte Referenzierung auf die ÖSG-Versorgungsdichten. Diese werden jedoch nach den durchgeführten Berechnungen den ÖSG-Versorgungsdichte-Korridoren (jeweils ohne Wien) gegenübergestellt, um dem im ÖSG 2023 (idgF) festgelegten Planungsprinzip der Versorgungsgerechtigkeit, nach dem für die österreichische Bevölkerung ein möglichst gleichwertiger Zugang zur Gesundheitsversorgung sichergestellt werden soll, dennoch zu entsprechen und etwaige Abweichungen hiervom entsprechend den Großstadt-Besonderheiten zu begründen.

ihre Planungsrelevanz bzw. argumentative Verwendung werden in der RSG Wien 2030 Methodenbeschreibung näher erläutert.

Auf Grund erwarteter Verschiebungen zwischen den Versorgungsregionen, wurde auf eine im ÖSG als optional vorgesehene Abbildung der intramuralen (spitalsambulanten) ÄAVE auf Krankenanstaltenebene verzichtet.

Der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sowie der Erwachsenen-Psychiatrie (PSY) wurde in einem gesonderten Konzept bearbeitet, wobei im extramuralen Bereich alle Einrichtungen einbezogen wurden, die eine ambulante psychiatrische Versorgung anbieten. Diese werden von öffentlichen Trägern (z.B. Stadt Wien), privaten Trägern oder Vereinen betrieben. Einzelne Institute sind auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemlagen spezialisiert (z.B. Suchterkrankungen, Krisenbehandlung, First Level Support³). Die Ermittlung der Planwerte für 2030 erfolgte durch eine Hochrechnung des IST-Standes 2022 auf Basis der prognostizierten altersspezifischen demografischen Entwicklung und wurde anschließend mit den Zielwerten aus dem Psychiatrisch und Psychosomatischen Versorgungsplan (PPV) abgeglichen.

Im Bereich der Strahlentherapie (STR) wurde (aufgrund der fehlenden Abbildung im Regiomed) basierend auf den im RSG 2025 festgelegten ÄAVE eine demografische Hochrechnung erstellt, die in weiterer Folge übernommen wird.

Die Ergebnisse werden nach den Versorgungssektoren gemäß „RSG-Planungsmatrix“ - niedergelassene Ärzt*innen und selbstständige Ambulatorien für den extramuralen Sektor sowie Spitalsambulanzen für den intramuralen Sektor - dargestellt. Die angewandte Planungsmethodik wird in der RSG Wien 2030 Methodenbeschreibung näher beschrieben.

Eine detaillierte Darstellung des IST-Standes 2022 und der Planwerte für 2030 differenziert nach Fachrichtungen und Versorgungsregionen ist in den beiliegenden „RSG-Planungsmatrizen“ für Wien und seine drei Versorgungsregionen zu entnehmen (Anlage 2: Ambulanter RSG - Planungsmatrix (Wien, je VR)).

4.3. PLANUNG AMBULANTER SACHLEISTUNGSSTELLEN

Sachleistungsstellen umfassen die Summe der vertragsärztlichen Planstellen und der ärztlichen Vollzeitäquivalente in selbstständigen Ambulatorien mit Kassenvertrag und in kasseneigenen Ambulatorien.

Vertragsärztliche Planstellen sind:

- ▶ Ärzt*innen mit kurativen Einzelverträgen mit einem Krankenversicherungsträger
- ▶ Ärzt*innen als Gesellschafter*innen von Gruppenpraxen mit kurativen Gruppenpraxeneinzelverträgen mit einem Krankenversicherungsträger
- ▶ Ärzt*innen als Gesellschafter/Gesellschafterinnen in Primärversorgungseinheiten gemäß PrimVG
- ▶ Angestellte Ärzt*innen (§ 47a Ärztegesetz) in Einzelpraxen, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten sofern und soweit in einer Regelung gemäß § 342e ASVG die Verrechenbarkeit ihrer erbrachten Leistungen auf Kosten der Krankenversicherungsträger vereinbart ist
- ▶ Sonstige anzurechnende Stellen soweit in der jeweiligen Landeszielsteuerungskommission vereinbart

³ Der First Level Support fungiert als erste Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche sowie deren Umfeld bei psychiatrischen Krisen. In telefonischen Beratungsgesprächen wird der individuelle Betreuungs- und Behandlungsbedarf durch das Team aus verschiedenen Spezialist*innen eingeschätzt. Durch das Erfassen des Gesundheitszustandes und des sozialen Netzwerks wird gezielt und rasch zu den jeweilig passenden Einrichtungen und Angeboten weitervermittelt. Wenn notwendig bietet der FLS auch Akuthilfe, Gefährdungseinschätzung und Krisenintervention. Für Angehörige und Bezugspersonen werden Informationen und Beratungen zur Verfügung gestellt. Die Angebote des First Level Supports werden kontinuierlich erweitert und ausgebaut.

Für die Bewertung der über den Ist-Stand hinaus zusätzlich ausgewiesenen PLAN-Sachleistungsstellen des RSG wird bei gemeinsamen vertragsärztlichen Planstellen aller Krankenversicherungsträger die Versorgungswirksamkeit eines/einer österreichweit durchschnittlich tätigen Ärzt*in des jeweiligen Fachgebietes herangezogen. Grundlage für die Bewertung des Ist- und Planstandes sind die jeweilige österreichweite Anzahl an Quartalserstpatient*innen (QEP) je Fachgebiet und je vertragsärztlicher Planstelle, die für Zwecke der Vergleichbarkeit über die gesamte RSG-Periode eingefroren wird.

Bei der Bewertung wird die Versorgungswirksamkeit der bereits bestehenden Vertragspartner*innen im betreffenden Bundesland berücksichtigt. Planstellen von einzelnen Krankenversicherungsträgern werden im Verhältnis dazu bewertet. Im Falle von vertragsärztlichen Vergemeinschaftungsformen wird eine höhere Versorgungswirksamkeit (z.B. PVE teambasiert) durch einen entsprechenden Aufwertungsfaktor für die PLAN-Sachleistungsstellen berücksichtigt.

Es wird vereinbart, im Rahmen der jährlichen Aktualisierung des RSG jede Reduktion an zusätzlichen SVS und BVAEB-Sachleistungsstellen im Ausmaß der Versorgungswirksamkeit die gemeinsamen Sachleistungsstellen aller KV-Träger zu erhöhen.

5. VERGEMEINSCHAFTETE VERSORGUNGS- UND ORGANISATIONSFORMEN

5.1. PLANUNG VON PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN (PVE)

In der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ ist eine „konkretisierte Planung zur Einrichtung von Primärversorgungseinheiten (PVE)“ im Rahmen der RSG vorgesehen (vgl. Art. 5 Abs 7 Z 3 dieser Vereinbarung), wobei eine Festlegung der ärztlichen Kapazitäten in diesen PVE gemäß Systematik der „RSG-Planungsmatrix“ über die Rubrik „Allgemeinmedizin/Primärversorgung“ erfolgt.

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

Die Bewertung der PVE-Standorteignung bzw. die Planung von PVE erfolgte auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation in den jeweiligen PVE-Versorgungsregionen. Die diesbezügliche Analyse erfolgte im RSGW ambulant auf Ebene der 94 Prognoseregionen.

Die Planungsergebnisse werden gemäß „RSG-Planungsmatrix“ dargestellt, wobei in jedem Bezirk zumindest ein Primärversorgungszentrum geplant ist. Die angewandte Planungsmethodik wird in der RSG Wien 2030 Methodenbeschreibung näher erläutert.

Die Zahl in der Planungsmatrix gilt als Mindestzahl, wobei eine Zielzahl von 101 angestrebt wird. Im Jahr 2026 werden zumindest weitere 16 PVE ausgeschrieben. Ergänzend dazu wird folgende Regel vereinbart: Bei Verfügbarkeit (Vertragsniederlegung, Pensionierung, Aufbau) von 3 allgemeinmedizinischen Sachleistungsstellen (ehemals Planstellen) sollen diese prioritär als PVE ausgeschrieben werden. Dabei soll auf bestehende Versorgungsstrukturen und die räumlichen und bevölkerungsbezogenen Gegebenheiten geachtet werden.

5.2. INTEGRIERTE VERSORGUNG UND WEITERE VERGEMEINSCHAFTETE VERSORGUNGSFORMEN

In Art. 6 Abs. 2 der genannten 15 a B-VG Vereinbarung wird das Ziel „Abbau des akutstationären Bereichs bei gleichzeitigem Ausbau der ambulanten Versorgung unter Sicherstellung des Zugangs zu und der Verfügbarkeit von allen notwendigen Leistungen“ formuliert. Dazu zählt unter anderem der quantitative Ausbau der Versorgung im ambulanten und insbesondere niedergelassenen Bereich vorrangig in vergemeinschafteten Formen wie PVE sowie weiterer Angebote.

Im Falle einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Leistungsangebote im ambulanten Bereich die eine Verlagerung der Leistungserbringung zwischen Spitalsambulanzen und dem niedergelassenen Bereich bzw. selbstständigen Ambulatorien vorsehen, sind punktuelle Neuzuordnungen der Kapazitäten im RSGW ambulant zwischen intramuralen und extramuralen Bereich vorzunehmen und in der Landeszielsteuerungskommission zu beschließen.

Folgende Vergemeinschaftungsformen (VGF) werden im RSGW geplant, wobei eine detaillierte Beschreibung in der „RSG-Planungsmatrix“ für geplante Vergemeinschaftungsformen (VGF) exkl. PVE zu finden ist:

- ▶ Kinder-PVE: Ergänzend zur Zielzahl im Anhang wird folgende Regel vereinbart: Bei Verfügbarkeit (Vertragsniederlegung, Pensionierung, Aufbau) von 3 Sachleistungsstellen der Kinder- und Jugendheilkunde (ehemals Planstellen) sollen diese prioritär als Kinder-PVE ausgeschrieben werden. Dabei soll auf bestehende Versorgungsstrukturen und die räumlichen und bevölkerungsbezogenen Gegebenheiten geachtet werden.

- ▶ Frauengesundheits-Zentren: Ergänzend zur Zielzahl im Anhang wird folgende Regel vereinbart: Bei Verfügbarkeit (Vertragsniederlegung, Pensionierung, Aufbau) von 3 Sachleistungsstellen der Gynäkologie und Geburtshilfe (ehemals Planstellen) sollen diese prioritär als Frauengesundheits-Zentren ausgeschrieben werden. Dabei soll auf bestehende Versorgungsstrukturen und die räumlichen und bevölkerungsbezogenen Gegebenheiten geachtet werden.
- ▶ Erstversorgungsambulanzen (EVA)
- ▶ Diabeteszentren
- ▶ Wundzentren
- ▶ Schmerzzentren
- ▶ PAIS - Kompetenzzentrum für Postakute Infektionssyndrome
- ▶ Schrittmacherversorgung
- ▶ Schilddrüsenzentrum
- ▶ Onkologische Versorgungszentren
- ▶ Digital (1450)
- ▶ Zentren für inklusive Zahn- und Kieferchirurgische Versorgung
- ▶ Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung
- ▶ Gerontopsychiatrisches Zentrum
- ▶ Inklusive Ambulanz (Barmherzige Brüder Wien)
- ▶ Down Syndrom Ambulanz (Klinik Favoriten)
- ▶ Transition junger onkologischer Patient*innen (IONA)
- ▶ Hämato-onkologische Versorgung
- ▶ Infusionsambulanz (AIMA)
- ▶ Tracheostoma-Ambulanz
- ▶ Zentrum für sexuelle Gesundheit
- ▶ Ambulatorium Dr. Mach: FG Chirurgie
- ▶ Tele-Center Herzinsuffizienz
- ▶ Tele-Center COPD
- ▶ Eigene Einrichtungen der SV-Träger:
 - Gesundheitszentren und Zahngesundheitszentren der ÖGK
 - Ambulatorien und Zahnambulatorien der BVAEB
 - Gesundheitszentrum der SVS

Folgende noch nicht zur Umsetzung beschlossene Versorgungsformen werden nach WZK-Beschluss zur Umsetzung und Finanzierung in der RSG-Planungsmatrix abgebildet:

- ▶ Intravitreale operative Medikamentenapplikation (IVOM) - Zentrum: nur zusätzliche Mengen neuer Versorgung (trockene Maculadegeneration)
- ▶ Pränataldiagnostik als Sachleistung

- ▶ Zentrum für ambulantes Operieren
- ▶ Urologiezentrum

Darüber hinaus gibt es bereits im IST-Stand über 100 Ambulatorien (mit Kassenvertrag oder kasseneigene) in Wien. Die in diesem Abschnitt aufgelisteten Zentren sind keine taxative Aufzählung aller Wiener Ambulatorien.

6. PLANUNG DES RETTUNGSDIENSTES

Im Rahmen des RSG 2030 erfolgte eine Bedarfsplanung für den Rettungsdienst durch die Berufsrettung der Stadt Wien. Ziel der Bedarfsplanung ist es, eine effektive Versorgung zu gewährleisten, damit Notfallpatient*innen auch in Zukunft schnell und effektiv versorgt werden können.

Zur Sicherstellung der prähospitalen Versorgung umfasst die Planung das gesamte Rettungswesen in Wien. Dabei werden alle Rettungsmitteltypen und Rettungsdienste eingeschlossen, welche durch die Wiener Rettungsleitstelle bedient werden. Die verfügbaren Einheiten der privaten Rettungsorganisationen werden anhand ihres Standortes bei der Berechnung vom Gesamtbedarf berücksichtigt und vom Gesamtbedarf abgezogen. Im Rahmen des RSG 2030 erfolgt ausschließlich die Planung der Rettungsmitteltypen.

Die Rettungsmitteltypen umfassen:

- ▶ Notarzteinsatzfahrzeuge,
- ▶ Rettungstransportwagen,
- ▶ Notfallkrankentransportwagen,
- ▶ Transferfahrzeuge,
- ▶ Sonderfahrzeuge Sonderfahrzeuge-RTW,
- ▶ Single Responder.

Die rettungsdienstliche Bedarfsplanung erfolgte auf Basis empfohlener Bemessungsgrundlagen der Fachliteratur, der rechtlichen Grundlagen und örtlicher Gegebenheiten und umfasst:

- ▶ Die Gebietsabdeckungsanalyse anhand der rettungsdienstlichen Infrastrukturen zur Sicherstellung einer adäquaten Eintreffzeit und Feststellung des Bedarfs weiterer Standorte.
- ▶ Die Ermittlung des Einsatzmittelbedarfs anhand der Realzeitanalyse und Poisson-Verteilung.
- ▶ Die Einheitenplanung nach Rettungsmitteltypen und deren Versorgungsspektrum.
- ▶ Erweiterung des Versorgungsspektrums durch innovative Versorgungsstrategien wie Telemedizin, Single Responder und alternative Versorgungsmöglichkeiten zur bestehenden Kliniklandschaft.

Die ermittelten Planwerte sind der Planungsmatrix zu entnehmen.

7. PLANUNG DES DIGITALEN BEREICHS

Im Rahmen des RSG 2030 erfolgt erstmals eine Planung für den digitalen Bereich. Ziel ist es, das Prinzip „Digital vor ambulant vor stationär“ strukturiert umzusetzen und damit eine patient*innenzentrierte, zeitnahe und ressourcenschonende Versorgung zu gewährleisten. Digitale Angebote sollen eine frühe Intervention ermöglichen, Versorgungslücken schließen und unnötige Inanspruchnahmen ambulanter und stationärer Strukturen vermeiden. Zur Sicherstellung einer zukunftsorientierten Versorgung umfasst die Planung mehrere digitale Module, die in die bestehende Versorgungsarchitektur integriert werden.

7.1. DIGITAL VOR AMBULANT VOR STATIONÄR

Die Versorgung in Wien folgt dem Prinzip „Digital vor ambulant vor stationär“. Digitale Lösungen wie Telemedizin, eHealth 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.

7.2. DIGITAL (1450)

Die telefonische Gesundheitsberatung bildet die erste Ebene der digitalen Versorgung und fungiert als zentrale Koordinationsstelle. Neben der telefonischen Erstberatung werden Terminbuchungen, Videosprechstunden sowie telemedizinische Betreuung gesteuert. Durch die Organisationsform als Ambulatorium wird eine zeit- und ortsunabhängige Versorgung ermöglicht. In der ärztlichen Videoberatung können Ersteinschätzungen erfolgen, Handlungsempfehlungen ausgesprochen sowie e-Rezepte ausgestellt werden. Die Integration des Apothekenrufs und der onkologischen Terminvermittlung zeigt, dass 1450 zunehmend als digitaler Versorgungs- und Steuerungshub des Wiener Gesundheitssystems fungiert.

7.3. TELE-CENTER FÜR CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Für Patient*innen mit Herzinsuffizienz und COPD wird eine strukturierte telemedizinische Nachsorge etabliert. Durch die kontinuierliche Überwachung relevanter Gesundheitsparameter können Verschlechterungen frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen gesetzt werden. Neben der Anpassung von Medikation umfasst das Modell auch therapeutische Angebote wie Atemphysiotherapie oder digitale Schulungen. Ziel ist die Vermeidung von Exazerbationen und Dekompensationen, die Reduktion stationärer Aufenthalte und die Entlastung des spitalsambulanten Bereichs.

7.4. TELE SCHRITTMACHER

Auch im Bereich der Kardiologie wird die digitale Dimension gestärkt. Die telemedizinische Kontrolle implantierter Schrittmacher erlaubt eine engmaschige und kontinuierliche Überwachung ohne wiederholte ambulante Routinetermine. Kritische Ereignisse können so zeitnah erkannt und behandelt werden, wodurch sowohl Sicherheit als auch Versorgungsqualität steigen.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Planungsrichtwerte für die Normalpflege- und Intensivbereiche sowie tagesklinische/tagesambulante Versorgung in Akutkrankanstalten (Planungshorizont 2030), (BMSGPK 2025, S. 42)	6
Tabelle 2: Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich (Planungshorizont 2030), (BMSGPK 2025, S. 39)	8

QUELLENVERZEICHNIS

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2025): *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 - Textband*. Wien. Online verfügbar unter: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_2023_-Textband_Stand_25.04.2025.pdf [Zugriff am: 24.07.2025].

ANLAGEN

Planungsmatrizen:

- Anlage 2a: Planungsmatrizen stationär
- Anlage 2b: Planungsmatrizen ambulant
- Anlage 2c: Tabellen Primärversorgungseinheiten
- Anlage 2d: Tabellen Vergemeinschaftungsformen
- Anlage 2e: Tabellen Rettungsdienst

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

- ÄAVE: Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
- AG/R: Akutgeriatrie/Remobilisation
- ambBP: Ambulante Betreuungsplätze
- AUVA: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
- BMSGPK: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- BMZ: Bettenmessziffern
- dTK: dislozierten Tagesklinik
- EVA: Erstversorgungsambulanz
- GGP: Großgeräteplan
- G-ZG: Gesundheits- Zielsteuerungsgesetz
- HDia: Hämodialyse
- ICU: Intensivbehandlungseinheit
- IMCU: Intermediäre Überwachungseinheit

KA: Krankenanstalt

KAG: Krankenanstaltengesetz

PDia: Peritonealdialyse

ÖSG: Österreichischer Strukturplan Gesundheit

PAIS: Postakute Infektionssyndrome

PPV: Psychiatrisch und Psychosomatischer Versorgungsplan

PrimVG: Primärversorgungsgesetz

PVE: Primärversorgungseinheiten

RFZ: Referenzzentrum

RNS: Remobilisation/Nachsorge

RSG: Regionaler Strukturplan Gesundheit

RSG W-stat. 2030: Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien Stationär 2030

SLS: Sachleistungsstellen

SV: Sozialversicherung

UKH: Unfallkrankenhaus

ÜRVP: überregionale Versorgungsplanung

VGF: Vergemeinschaftungsformen

VO: Verordnung

VR: Versorgungsregion

VR 91: Versorgungsregion 91 (Wien-Mitte-Südost)

VR 92: Versorgungsregion 92 (Wien-West)

VR 93: Versorgungsregion 93 (Wien-Nordost)

WIGEV: Wiener Gesundheitsverbund

ZAE: Zentrale ambulante Erstversorgung

ZNA: Zentrale Notaufnahme