

Regionalwirtschaftliche Optimierung des Gesundheitsversorgungsstandorts Gmünd in NÖ

Entscheidungsgrundlage mit vergleichender Bewertung zweier Standortkonzepte



Zwischenbericht, Stand 05/2026

erstellt für die

Bürgerinitiative „LK Gmünd bleibt“

Projektteam

- DI Dr. Bernhard Schneider, Ingenieurkonsulent für Raumplanung und Raumordnung (verantwortliche Projektleitung, senior researcher)
- Dipl.-KH-Vw. Karl Binder (Autor einer Konzeption zum Upgrade des LK GD)
- Dr. Dr. Josef Baum, Universität Wien (wissenschaftliche Fachberatung Regionalökonomie)
- Tamara Schöngibl (Organisation, Management Delphi-Studie)

INHALT

Hintergrund, Motivlage

Betrachtungsgegenstände

Warum integrierte Betrachtung?

Varianten

LK Gmünd 2.0

Fachärztezentrum:

Bewertungskriterien

Baukosten

Bewertungsmethode

Fachärztezentrum

LK GD 2.0

Instandhaltungs- und Betriebskosten (inkl. Personal) _____

Fachärztezentrum:

Kosten der Leistungserbringung LK GD 2.0

Abbruchkosten und Verwertungserlöse nicht mehr benutzter Gebäude und Anlagen,
Übersiedlungskosten

Mobilität, Klima und Nachhaltigkeit

Auswirkung veränderter Weglängen Variante LK GD 2.0 gegenüber Status Quo

Auswirkung veränderter Weglängen Variante Fachärztezentrum gegenüber Status
Quo

Flächen- und Rohstoffverbrauch,

Natura 2000 - Biotkorridor mit Habitatschutz

Hochwasser

Altlasten

Gesundheit und Gesundheitsökonomie

Durch Privatisierung verringerte Unsicherheit, Bestandssicherheit

Zukunftsfähigkeit

Aus- und Anlaufphasen eines neuen Ärzteentrums im Vergleich zu Kosten
„eingespielter guter Praxis“

Entwicklungsperspektive

Auswirkungen bei Epidemien, Katastrophen und Großunfällen

Synergiepotenziale interdisziplinärer Behandlungszugänge bei verschiedenen
Krankheitsbildern

Auswirkung des Wegfalls von Leistungen, die bisher für PatientInnen aus anderen
Regionen Niederösterreichs und Südböhmens erbracht wurden

Auswirkungen auf das Outplacement und nachgelagerte mobile Dienste

Auswirkung auf die Betreuung Sterbender

Auswirkung unterschiedlicher Besuchsintensität

Konzentration auf wertvolle Dienstleistungen

Regional- und Volkswirtschaft

In der Variante LK GD 2.0 werden kaum spürbare Effekte auf Liegenschaftswerte auftreten und somit erfolgt auch keine Bewertung.

Küchenservice

Bewertung von Arbeitsplatzeffekten

Auswirkungen auf die Budgets der Gemeinden im Bezirk

Auswirkungen unterdurchschnittlicher Gesundheitsversorgung auf An-/Absiedelungsverhalten und Personalrekrutierung regionaler Betriebe

Auswirkungen der Demographie

Verschiebungen in andere Bereiche

Verschiebung von Leistungen zu mobilen Pflegediensten, Hausärzten und Angehörigen

In andere stationäre Einrichtungen verlagerte Bau- und Betriebskosten

Verschiebungen in den ambulanten Bereich und zu geringerer Kassenfinanzierung:

Opportunitätskosten vermeidbarer Wartezeiten

Vorlaufzeit bis zur Versorgung (inkl. Un- und Notfälle) inkl. überregionaler Rettungsketten und Helikopterdienste

Sonstige Auswirkungen auf Zufriedenheit und Akzeptanz

Auswirkung auf die Attraktivität als Arbeitsstandort

Eignung zur Nutzung von Synergien zum Vorteil der PatientInnen (one-stop-shop-Erledigungen)

Zufriedenheit und Annehmlichkeit auf Patientenseite (Gesprächszeit,

Aufenthaltsqualität, Essen, Besuchs- und Betriebszeiten, Sprachdienste)

Überforderte Patient*innen

Bewertungsmatrix

Anhang I: Neubauplan 2010

Anhang II: Laufende Kosten

Hintergrund, Motivlage

Die niederösterreichische Landesregierung hat 2025 einen Gesundheitsplan 2040+ beschlossen, der die Weichen für die Weiterentwicklung vor allem des Beitrags von Krankenanstalten und Primärversorgungszentren im Land stellt. Die in ihm enthaltenen Aussagen zur Entwicklung einzelner Standorte gaben Anlass zu breiten Diskussionen, wobei argumentiert wurde, dass ihnen kein gesamthafter Plan zugrunde liege, der die bei Versicherungen, Krankenhausbetreibern, kommerziell tätigen Subjekten, Beförderungsdiensten, PatientInnen und deren Angehörigen anfallenden Kosten integriert betrachtet. Die vorliegende Studie stellt eine solche integrierte Betrachtung für ländliche Regionen für die Modellregion des Bezirks Gmünd dar, die dem Ziel folgt, im ländlichen Raum ein den Zentralregionen vergleichbar **hohes Gesundheitsniveau** mit möglichst **geringer Kostenbelastung** der Versicherten bzw. Steuerzahlenden bestmöglich kurz- und langfristig zu sichern. Für den Bezirk werden unter Berücksichtigung des rapiden technologischen Fortschritts zwei Lösungsvarianten vergleichend bewertet, (i) das im Gesundheitsplan dargestellte, an das Primärversorgungszentrum Gmünd anzugliedernde Fachärzteezentrum mit Notfallaufnahme, und (ii) ein Upgrade des bestehenden allgemeinen öffentlichen Krankenhauses.

Betrachtungsgegenstände

Fachärzteezentrum: Dieser Begriff für das in Gmünd geplante Projekte hat sich in der Berichterstattung etabliert, da er als zutreffender als der ebenso verwendete Begriff „Gesundheitsklinik“ wahrgenommen wird, zumal da im allgemeinen Sprachgebrauch der Begriff Klinik derzeit noch sehr stark mit einem durchgehend bettenführenden Krankenhaus assoziiert wird und ein solches ist im Plan nicht enthalten. Ein privater Investor plant die Errichtung eines Gebäudes direkt neben dem Primärversorgungszentrum, das sich dazu eignen soll, als Fachärzteezentrum mit Heliport, Küche und durchgehend besetzter Notaufnahme betrieben zu werden.

Landesklinikum 2.0: Mit diesem Begriff wird eine Weiterentwicklung des bestehenden allgemeinen öffentlichen Krankenhauses „Landesklinikum Gmünd“ in 3950 Gmünd, Conrathstr. 17 inklusive des angeschlossenen Zentrums für bildgebende Verfahren bezeichnet, das alle im Gesundheitsplan vorgegebenen zusätzlichen Nutzwirkungen mit der Beibehaltung der Nutzung des Krankenhauses verbindet, wobei die angebotenen Leistungen aufgrund des technischen Fortschritts, der Demografie, den von Bevölkerung, medizinischen und Pflegeexpert*innen artikulierten Bedürfnissen und der veränderten Angebotslage anderer Kliniken der Region angepasst werden.

Beide Varianten wurden mit dem **Ist-Stand** zu vergleichen, aber beide sind noch bei weitem noch nicht im Detail geplant, sodass viele Bewertungen noch grob ausfallen. Dennoch war dieser frühe Bewertungszeitpunkt nötig, um eine regionale Roadmap zu entwickeln. Beide Varianten erfüllen die Leitprinzipien des NÖ Gesundheitsplans NÖ 2040+¹.

Ist-Stand ist ein in Gmünd-Neustadt als „Landesklinikum Gmünd“ im Verbund mit Krankenhäusern in Waidhofen an der Thaya und Zwettl betriebenes allgemeines öffentliches

1

https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf

Krankenhaus mit (Ende 2025) **288.889 ambulanten Kontakten²** pro Jahr (davon 1.700 grenzüberschreitend³), **5.588 stationären Aufenthalten⁴**, 2.097 operativen Leistungen und 137 effektiv betriebenen Betten⁵. Jedes Bett wird 40,8-mal pro Jahr für durchschnittlich 6 Tage neu belegt, das ergibt eine Auslastung von 67%; in ca. 600 m Entfernung besteht das Primärversorgungszentrum HealthAcross-Med mit 65.000 ambulanten Kontakten (2025); in beiden Einrichtungen zusammen gab es 2025 ca. 354.000 ambulante Kontakte, das sind ca. 10 pro Einwohner*in des Bezirks.

Die mittel- oder gar langfristige Beibehaltung des **Status Quo** hingegen stellt keine dritte Handlungsoption dar, da die durch technologischen Fortschritt und demographischen Wandel anstehenden Erfordernisse sich tiefgreifend auf viele Aspekte der Gesundheitsversorgung auswirken. Ebenso nicht in die Vergleichsbewertung aufgenommen wurde das 2010 erstellte Projekt eines bettenführenden „HealthAcross-Gesundheitszentrums 2010“, da es offenbar derzeit vom Investor nicht weiterverfolgt wird. Einzelne Kalkulationspositionen dieses Projekts wurden jedoch zur Überprüfung der Plausibilität von im vorliegenden Projekt durchgeführten Kalkulationen verwendet. Die Kalkulation des nicht realisierten Projekts findet sich im Anhang.

Warum integrierte Betrachtung?

Verantwortliche einzelner politischer Ressorts werden oft danach gemessen, wie sehr es ihnen gelingt, ressortinterne Optimierungen vorzunehmen, ohne das bedacht wird, dass die einfachste ressortinterne Optimierung immer die Verschiebung von Kosten und Nachteilen in andere Ressorts und auf andere Akteure – z.B. Bürger – darstellt. Ein Hauptergebnis einer rezenten WIFO-Studie⁶ ist, dass die traditionelle Fragmentierung der Kostentragung im österreichischen Gesundheitssystem unter dem Einfluss von Interesse zu chronischer Externalisierung von Kosten führt; Krankenanstaltenträger, Sozialversicherungen und Ärzteschaft verlagern so lange Kosten, bis die Aufteilung zwar ihre Machtverhältnisse, nicht unbedingt aber das Versorgungsoptimum widerspiegelt. Das österreichische Rechtssystem schreibt zur Vermeidung solcher externer Effekte in vielen Fällen integrierte Betrachtungen vor, damit nicht z.B. die Bundesforste unter betriebswirtschaftlichem Druck Schutzwälder schlägern oder aus Einsparungen bei mobiler Pflege mehr Anstaltspflege resultiert. Nur ressortübergreifende Optimierungen können zu allseits akzeptierten und dennoch volkswirtschaftlich finanzierbaren Lösungen führen. Der Fehler der Nichtbeachtung der Kosten privater Haushalte zieht sich durch weite Teile der Literatur, sodass bestehende Methoden zu erweitern waren.

Bewertungsmethode

Die Bewertung erfolgt durch Ermittlung volkswirtschaftlicher Kosten in Verbindung mit auf Grund der Delphi-Methode ermittelten Punktbewertung. Wo immer es vom Betrachtungsgegenstand her sinnvoll und mit vertretbarem Aufwand auch möglich war, basiert die Anzahl der vergebenen Punkte auf Kostenbetrachtungen. In den übrigen Fällen liegt jeder Punktbewertung eine detaillierte argumentative Auseinandersetzung mit qualitativen Effekten

² Anna Hohenbichler in NÖN-Gmünder Zeitung vom 13.5.2026

³ lt. Erhebung der Sprachenservicestelle des Landesklinikums Gmünd

⁴ ibidem

⁵ ibidem

⁶ Hans Pitlik et al., Struktur- und Schnittstellenprobleme im österreichischen Gesundheitswesen, WIFO-Studie, Wien 04/2026

zu Grunde, in welche soweit verfügbar publizierte wissenschaftliche Erkenntnisse eingearbeitet wurden.

In manchen Fällen wäre eine quantitative Bewertung aus Literaturdaten zwar zugänglich, würde aber durch nötige Anpassung an den Analysegegenstand zu erheblichen Unschärfen führen, sodass in solchen Fällen eine qualitative Bewertung, die soweit möglich evidenzbasiert erfolgt, vorzuziehen ist.

Die zur Überprüfung der angesetzten Zahlenangaben und zur qualitativen Bewertung angewandte Delphi-Methode eignet sich für die Fragestellung ohne Einschränkungen⁷ und stellt den besten Stand der Technik für die gegenständliche Bewertungsaufgabe dar⁸.

Es gibt eine Vielzahl anerkannter sozial- und regionalwissenschaftlicher Entscheidungsanalysemethoden zur Bewertung von nur teilweise quantifizierbaren Wirkungen, es existiert jedoch derzeit keine Methodik, die auf die vorliegende Fragestellung problemlos anwendbar ist. Die hier eingesetzte Methodik wurde vom Autorenteam daher eigenständig als Hybridmethode bestehend auch ökonomischer Bewertung und der **Delphi-Technik** entwickelt. Die Methodik wird transparent dargestellt und kann auch in anderen Regionen auf ähnliche Fragestellungen angewendet werden; sie kann auch bei Bedarf so weiterentwickelt werden, dass Fragen, in denen sich die Bürger üblicherweise auskennen, zusätzlich durch Bürgergruppen bewertet werden..

Der klassische Ablauf der Delphi-Methode⁹ wurde eingehalten. Er gestaltete sich wie folgt:

- Vorbereitung eines **Formulars**, in der die einzelnen **mit Punkten zu bewertenden Kriterien** aufgelistet sind, durch den verantwortlichen Projektleiter.
- Darstellung der **Ziele** des Gesamtprojektes in diesem Flugblatt; Verteilung von je einem Exemplar des Arbeitsformulars an jede Expert*in.
- Jeder Experte machen **Einschätzungen** zu im Arbeitsformular enthaltenen Fragen, ohne vorerst andere Mitglieder des Expert*innenteams zu kontaktieren.
- Alle Arbeitsformulare gingen zur **Auswertung** an den Projektleiter zurück.
- Soweit sich in einzelnen diskutierten Punkten gravierende **Diskrepanzen** ergaben, wurden diese vom Projektleiter einheitlich auf allen Arbeitsformularen in Bezug auf die Abweichung kommentiert. Stark abweichend ausgefüllte Arbeitsformulare gingen anschließend an ihre ursprünglichen Bearbeiter*in zurück.
- Die Expert*innen **überdachten** dann in Abhängigkeit von den Kommentaren ihre Einschätzungen. Dieser Vorgang ist als eine Art indirekte Diskussion anzusehen, da die Expert*innen nicht in Kontakt zueinander standen und sich doch gegenseitig beeinflussen sollten.
- Die beschriebene Schleife **wiederholte** sich ggf. noch einmal, wo sich nach dem ersten Rücklauf noch kein Konsens eingestellt hat.
- Von allen Schätzungen wurden **Mittelwerte** errechnet und als finale Schätzung in die Studie anonymisiert aufgenommen, alle Mitwirkenden erhielten danach vorab eine Arbeitsversion der Studie.

⁷ Dr. Daniel Vorgrimler, Dipl.-Ing. agr. Dirk Wübben, Die Delphi-Methode und ihre Eignung als Prognoseinstrument, Statistisches Amt der Bundesrepublik Deutschland, Gastbeitrag, Wiesbaden 2003, https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2003/08/delphi-methode-082003.pdf?__blob=publicationFile

⁸ Salzburg Research, Methodenpool <https://methodenpool.salzburgresearch.at/methode/delphi-befragung/>

⁹ www.wikipedia.com, Beitrag: Delphi Study

Varianten

Zwei Formen der Gesundheitsversorgung 2027-2050 werden im Weiteren betrachtet.

- **Szenario LK Gmünd 2.0 (basierend auf Konzepten des Projektteams)**
- **Szenario Gesundheitsplan 2040+ inkl. Projekt Fachärzteezentrum**

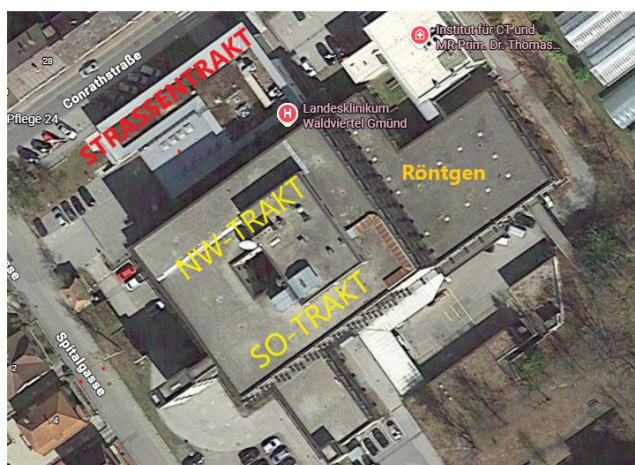
Beide betrachteten Szenarien beziehen in gleicher Weise das Ziel ein, die durch den technologischen Fortschritt gegebenen Möglichkeiten zur besseren bzw. kostengünstigeren Behandlung und Prävention zu nützen.

LK Gmünd 2.0

Eine vom LK Gmünd erstellte Vergleichsrechnung erbrachte das Ergebnis, dass ein Neubau kostengünstiger zu realisieren sei als die Sanierung. Eine Fortführung des Betriebs des Landeskrankenhauses Gmünd wird von einer breiten Vielfalt an medizinischem Fachpersonal und Bürger*innen befürwortet. Um zu vergleichen, ob dieser Variante tatsächlich der Vorzug zu geben ist, erfolgt eine Vergleichsbewertung.

Die Variante LK GD 2.0 steht auf der Basis des NÖ Gesundheitspakts. Es wurde überprüft und festgestellt, dass sie in allen Aussagen **voll kompatibel mit den 7 Leitprinzipien des NÖ Gesundheitspakts** ist.

Eine vom LK GD erstellte Bedarfsanalyse ergab den Vorschlag, den Versorgungsauftrag wie folgt wahrzunehmen



	Gebäudeteil Nordwest	Gebäudeteil Südost	Straßentrakt	Zubau
UG	Küche, Kantine, Haus- und Medizintechnik, Wäschelogsistik, Palliativ			
Erdgeschoss	Interdisziplinärer Aufnahmebereich, Labor, Röntgen,	2 OP-Säle, Nachsorge, Endoskopie	OP-Planung, IT	Schnittbild, FA Radiologie
1.OG	Tagesklinik für Chirurgie, Augenoperationen	Ausweichlokal Umbau, danach: Zahnärzt*in, Optiker*in, weitere	Management	—

	(v.a.Katarakt) und Gynäkologie: 10 Betten + 4 IMCU; dislozierte Wochenklinik mit Rufbereitschaft Wochenende: 18 Betten	Fachärztezentrum (URO, NEURO, PSYCHIATER, DERM, Hebammep Praxis, Orthopädiebedarf	Verrechnung	
2. OG	Interne 24 Betten: Stoffwechsel, Schilddrüse, Fettstoffwechsel ev. Gynäkologieklinik	Gastroenterologie oder Rheumatologie: 8 Betten, Dienstzimmer		—
3. OG	Physiotherapie, Ergotherapie	Department der Internen für Remobilisation: 26 Betten, Nachsorge, Ernährungsberatung, Diätologie		

Betten: 18+10+4+24+8+26=90 (derzeit: 137)

Bei weiterer Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung durch neue Technologien ist mittelfristig ein hofseitiger Erweiterungsbau möglich. Da die Fläche derzeit Parkplatz ist, könnte dieser Bau mit Tiefgarage umgesetzt werden. Bedarf für eine solche Erweiterung ist derzeit noch nicht abzusehen, sie wurde daher in die Variante nicht inkludiert.

Das Upgrade zum LK GD 2.0 kann mit geringem Bauaufwand erfolgen: Nötig wird die Vergrößerung bzw. Zusammenlegung einiger Arzträume durch Herausnahme von mit Gipskarton verkleideten Stahlskelett-Zwischenwänden, die Modernisierung der Lüftungstechnik gemäß geänderter Richtlinien, die Steigerung der Energieeffizienz und die Aufwertung von Räumen im Untergeschoss für das Palliativteam.

Risikoanalyse Umbauphase:

- Einhaltung aller Hygienevorschriften während des Umbaus: Das LK GS hat in den vergangenen Jahren noch tiefergehende Umbauten ohne Beeinträchtigung der guten Hygienepraxis umgesetzt (z.B. Einrichtung der Remobilisation im 3.OG, OP-Saalumbauten), die erforderliche Fachkenntnis ist vorhanden, sodass das Risiko einer Nichteinhaltung von Hygienevorschriften¹⁰ während des Umbaus als sehr gering zu erachten ist.
- Einbau moderner Lüftungstechnik in bestehende Räume: Zwischendecken sind nicht möglich, da durch sie die Mindestraumhöhen unterschritten würden. Es muss also mit vertikaler Leitungsführung und Leitungsführung unter der Decke mit Gipskarton-Kastenummantelungen gearbeitet werden. Dies erhöht die leicht Kosten gegenüber einem Umbau in ausreichend hohen Räumen. Da ausreichend Räume mit Außenfensterbelüftung vorhanden sind, betrifft diese Herausforderung nur einen kleinen Teil der Räume, das Risiko nötiger teurer Lösungen zur Einhaltung der Richtlinie¹¹ ist als gering einzuschätzen.
- IT-Upgrade im OP-Saal und anderen Räumen: In Absehung der technischen Entwicklung wurden bei den letzten Umbauten der OP-Säle 2012 leistungsfähige

¹⁰

https://www.noe.gv.at/noe/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden_Hochbau_und_Hygiene_Errichtung_Betrieb_KA.pdf

¹¹

https://www.noe.gv.at/noe/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden_Hochbau_und_Hygiene_Errichtung_Betrieb_KA.pdf

Übertragungsleitungen und Anschlussleitungen eingerichtet. Sie sollten in einer ersten IT-Upgradephase in einem für Niederösterreichs Spitäler überdurchschnittlichem Maß ausreichen.

Fachärztezentrum:

Im Gesundheitspakt 2040+ ist festgehalten, dass es in Gmünd außer einem Primärversorgungszentrum ein Fachärztezentrum mit Notarztstandort und Helilandeplatz geben wird.¹² Nachstehende Darstellung gibt die vom Land NÖ bereitgestellte Information wieder:

Gesundheitsklinik Gmünd - Primärversorgungs- und Fachärztezentrum¹³

- Investition: bis zu 120 Millionen Euro: Gesundheitsinfrastruktur. 1. Bauphase bis Ende 2027: 30 Millionen Euro in eine neue Gesundheitsklinik investiert,
- Direkte Anbindung an das grenzüberschreitende Gesundheitszentrum Healthacross MED Gmünd
- Fließender Übergang zum neuen Standort der Gesundheitsklinik Gmünd: Das Landeskrankenhaus Gmünd wird am derzeitigen Standort so lange erhalten bleiben, bis die neue Gesundheitsklinik Gmünd in Betrieb ist.
- Jobgarantie der NÖ Landesgesundheitsagentur für alle Mitarbeiter*innen des aktuellen Klinikstandorts Gmünd.
- Ambulante Behandlungen mit Schwerpunkten Orthopädie, Augenheilkunde (u.a. Katarakt-OPs wie z.B. die Operation von grauem Star) und ambulante Chirurgie
- 24-Stunden-Notarzt-Stützpunkt mit Hubschrauberlandeplatz für Notfalltransporte.
- Erweiterung des Angebots an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Fachärzten
- Notfallversorgung mit *Notarztstützpunkt* Tag und Nacht
- Akutversorgung Tag und Nacht
- Pflegepersonal Tag und Nacht
- Ausbildungsräume für ärztliches Personal
- Küche für Essen auf Rädern¹⁴
- Tagesklinik: Ortho, Augenheilkunde und Chirurgie
- Fachärztezentrum: Annahme: 5 zusätzliche Planstellen + Übersiedlung des Instituts für CT und MRT Prim. Dr. Capellmann

Von den bis zu 30 M€ Baukosten wird ca. 0,8 M€ auf einen neuen Notarztstützpunkt, 0,2 M€ auf einen neuen Heliport und ev.ca. 2,3 Mio. auf den Erwerb des bestehenden benachbarten Primärversorgungszentrum entfallen. Der Plan, beim neuen Zentrum auch ein Hotel für stationäre Aufenthalte zu errichten, ist möglicherweise einer der Inhalte der o.a. späteren Erweiterung auf bis zu 120 m€ Investitionsvolumen.

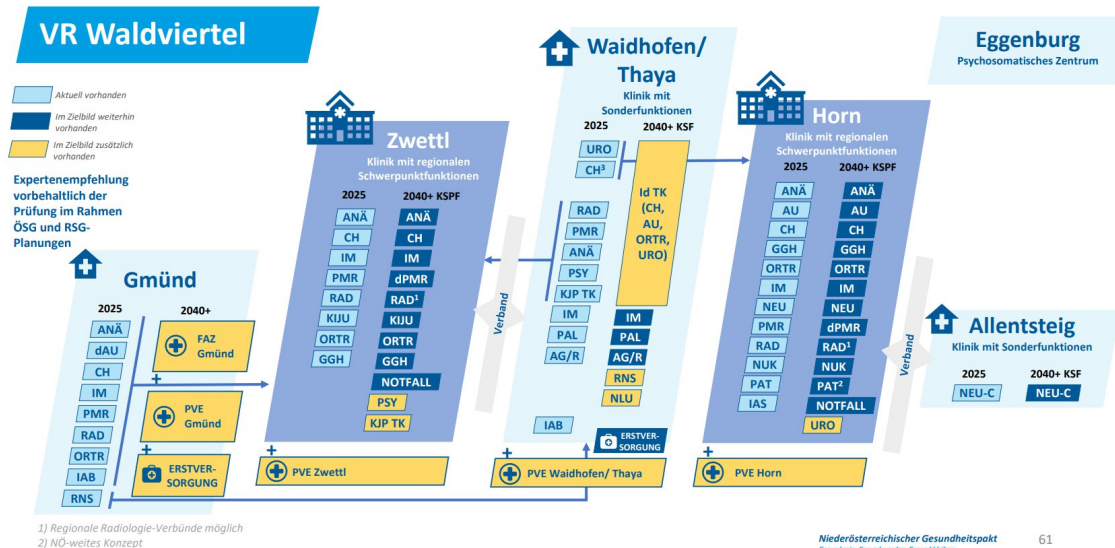
¹²

https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf

¹³ <https://land-noe.at/noe/Waldviertel.html>

¹⁴ lt. Mitteilung Landesrat Kasser, NÖN online am 16.05.2026

Zielbild Gesundheitsstruktur 2040+, Standortübersicht NÖ (4/13)



Quelle: Gesundheitsplan 2040+¹⁵

Die Stadt Gmünd hat bereits den Flächenwidmungsplan geändert, um einen Bauplatz für das Fachärzteezentrum vorzusehen: im gültigen Flächenwidmungsplan der Stadt Gmünd als Bauland-Sondergebiet-Gesundheitseinrichtungen ausgewiesene Fläche misst 15.045m², abzüglich der bereits mit dem HealthAcross-Med-Zentrum verbauten Teilfläche misst sie 9.846m². Zum Vergleich: Das Grundstück des Landeskrankenhauses inklusive Parkplatz und Palliativstation ist 15.216m² groß, also um die Hälfte größer als die für das Fachärzteezentrum.

Nachstehender Planausschnitt ist ein Teil des im NÖ Atlas digital dargestellten Flächenwidmungsplans der Stadt Gmünd. In dieser Schwarz-Rot-Darstellung sind Änderungen des Flächenwidmungsplans durch rote Linien und Durchstreichungen ersichtlic; es ist also erkennbar, dass hier eine Sondergebietswidmung ausgeweitet wurde.

¹⁵https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf



Das HealthAcross-Med-Zentrum hat inkl. Verwaltungscontainern eine verbaute Bruttofläche von knapp 800 m², d.s. 16% der Grundstücksfläche. Würde man die zusätzlich gewidmete Fläche ähnlich dicht verbauen, ergäbe das zusätzlich ca. 1800 m² Baufläche. Baut man zweigeschossig und überbaut dabei auch das bestehende HealthAcross-Med-Gebäude, kann man 4300 m² Bruttogeschosfläche schaffen, das ist etwa gleich viel wie die Grundfläche des Erdgeschosses des Landeskrankenhauses. Ein Gebäude dieser Größe würde etwa dem Flächenbedarf entsprechen, die die angekündigten Dienstleistungen haben.

Eine der wenigen vom Land NÖ aktiv kommunizierten Zahlen zum Fachärzteezentrum ist jedoch das Investitionsvolumen von „bis zu 120 Millionen Euro“¹⁶. Diese Zahl steht in einem eigenartigen Verhältnis zur Größe des vorgesehenen Areals: Die Baukosten würden dann 28.000 €/m² pro m² betragen. Die Errichtung hochtechnisierter moderner Fachärzteezentren kostet kaum über 4.000 – maximal 5.000 € - pro m². Da am Standort Gmünd Bleyleben nur Leichtbau (Container- bzw. Holzriegelbauweise) machbar ist, sind Baukosten pro m² deutlich unter diesen Richtwerten zu erwarten. Bei zweigeschossiger Verbauung des Areals lassen sich Errichtungskosten von bis zu 12,9 M€ erwarten. Die vom Land NÖ kommunizierte Zahl liegt um das fast Zehnfache höher. Selbst bei dreigeschossiger Bauweise und Ausstattung mit modernsten Operationssälen wären Baukosten in der angegebenen Höhe um ein Mehrfaches überhöht.

Es ist möglich, dass auf dem gewidmeten Baugrund nur die vom Land NÖ mit 20 M€ budgetierte erste Bauphase umgesetzt werden soll, und dass diese einen Ankauf des bestehenden Primärversorgungszentrums von der Stadt Gmünd (bis zu 3 M€) enthält.

Diese Vergleichsrechnung orientiert sich angesichts des Widerspruchs zwischen den kommunizierten Investitionen und den vorgesehenen Diensten im Weiteren an der o.a. Liste der vorgesehenen Dienste.

¹⁶

https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf

Bewertungskriterien

Baukosten

Bewertungsmethode

Der Vergleich der Kosten zwischen Varianten in dieser Studie erfolgt auf Grund angenommener jährlicher Ausgaben. Baukosten werden in solchen jährlichen Kosten in Form von Annuitäten wiedergegeben, die sich aus der Division der Bruttobaukosten der Gebäude samt Grundstückskauf, Aufschließung, Ausstattung und Finanzierung durch die wirtschaftliche Lebensdauer ergeben. Die wirtschaftliche Lebensdauer von in Massiv- und Stahlbetonbauweise errichteten Klinikgebäuden wird hierfür mit 50 Jahren angesetzt, jene von in Leichtbauweise errichteten Klinikgebäuden mit 40 Jahren.

Da der Vergleich auf Basis der in den beiden Varianten anfallenden Jahreskosten erstellt wird und da das Fachärzteezentrum voraussichtlich geleast oder gemietet wird, waren die Errichtungskosten auf Jahreskosten umzulegen.

Fachärzteezentrum

Das Fachärzteezentrum soll Medienmeldungen zufolge durch einen privaten Investor errichtet werden, sodass ein Leasing- oder Mietmodell zur Anwendung kommen wird. Zudem besteht die Überlegung, dass die Stadtgemeinde das bestehende Primärversorgungszentrum dem Investor verkauft.

Das neue Zentrum soll mit einer Fundamentplatte errichtet werden, das auf Fundamentpfeilern in der den Boden bildenden abgedeckten Mülldeponie stehen soll.

Der vom Land NÖ genannte Investitionsbetrag zur Errichtung des Fachärzteezentrums beträgt 30 Millionen €; die Zusammensetzung dieses Gesamtbetrags wurde nicht kommuniziert; es wird angenommen, dass der Betrag keine Altlastensanierungskosten enthält. Unbestätigten Informationen zufolge beinhaltet der Betrag den Ankauf des bestehenden HealthAcross-Med-Gebäudes samt Parkplatz von der Gemeinde Gmünd.

Der Zeitwert dieser 2021 um 2,5 M€ errichteten und ausgestatteten Immobilie samt Ausstattung und bei Beibehaltung der bestehenden Nutzungsverträge beträgt unter Berücksichtigung der von Grück¹⁷ vorgestellten Methoden ca. 2,3 M€. Der Preis einer solchen Transaktion wäre für die Zwecke dieser Studie abzuziehen, da (i) der Erlös ja der Stadt zuwächst und in einer gesamthaften Betrachtung keinen Kostenfaktor darstellt und (ii) dieser Verkauf ja in beiden Varianten stattfinden kann. Im Weiteren wird daher ein geschätzter Betrag von 2,3 Millionen Euro abgezogen und es wird von einer **Gesamtinvestition von 27,7 M€** ausgegangen. Sie setzt sich ca. zur Hälfte aus den Kosten eines Bauwerks mit 40 Jahren technischer Lebensdauer und aus Raum-, Technik- und IT-Ausstattung mit einer wirtschaftlichen Lebensdauer von 10 Jahren zusammen, sodass die durchschnittliche Restlebenszeit nach Errichtung 25 Jahre beträgt. Bei einer Finanzierung über 25 Jahre würden die jährlichen Kosten ca. € betragen. Bei einem über die Laufzeit durchschnittlichen Sollzinssatz von 3,5% beträgt die jährliche Rate **1,662 k€**¹⁸.

¹⁷ Peter GRÜCK, Bewertung alter Bauobjekte, 2010 <https://widab.gerichts-sv.at/website2024/wp-content/uploads/2016/08/Sach-2010-11-26-Grueck.pdf>

¹⁸ www.finanzen-rechner.net Rechner für Annuitätendarlehen mit Gültigkeit für Österreich

LK GD 2.0

Den oben angegebenen Baukosten des Fachärzteeentrums werden die Umbau- und Ausstattungskosten der Variante LK GD 2.0 gegenübergestellt. **Sie betragen 3,5 M€.**

Diese Kosten setzen sich zusammen aus

- Verbesserung des Lüftungssystems 0,7 M€
- Erweiterung der Ausstattung eines Operationssaals u.a. zur Durchführung von Augenoperationen 0,4 M€
- Anschaffung von Diagnose- und Laborgeräten für die Interne 0,3 M€
- Ausbau von Räumen im Untergeschoss für das Palliativteam 0,2 M€
- Verbesserte außenliegende Wärmedämmung der obersten Geschossdecke, neue Oberfläche mit PV-Modulen 1,6 M€
- Bauliche Anpassung von Ärztezimmern (Zusammenlegung von Räumen): 0,1 M€
- Wärmedämmung der Fassade z.B. durch Injektion von Dämmstoff in die hinterlüftete Fassade
- Unvorhergesehenes: 0,2 M€

Gesamtkosten: 3,5 M€

Die durchschnittliche wirtschaftliche Lebensdauer dieser aus ca. 60% Baukosten und ca. 40% zusammengesetzten Investition ist mit 15 Jahren anzusetzen, bei 4,1% Sollzinssatz ergibt sich eine **Annuität von ca. 262 k€¹⁹.**

Die laufenden jährlichen Annuitäten zur Finanzierung vobn Errichtungs- und Ausstattungskosten sind für die Variante Fachärzteeentrum um 1,4 M€ höher. Dazu kommen anteilige Errichtungs- und Ausstattungskosten der Erweiterungen der Landeskliniken Zwettl, Waidhofen an der Thaya und Horn in dem Ausmaß, in dem dort zusätzlich Patient*innen aus dem Bezirk Gmünd versorgt werden sollen, die derzeit noch im Landeskrankenhaus Gmünd betreut werden (Querverw.).

Instandhaltungs- und Betriebskosten (inkl. Personal)

Kostenangaben und Begriffsbestimmungen von Kostenstellen in dieser Studie orientieren sich am derzeit geltenden Dokumentationshandbuch²⁰.

Laufende Kosten Fachärzteeentrum:

Miete oder Leasingrate Gebäude inkl. Außenanlagen: Es wird angenommen, dass der Wechsel von einem Krankenhaus zu einem Fachärzteeentrum mit Tagesklinik nicht dazu dienen soll, geltende Qualitätsstandards bei Personal, Hygiene, Leistungen, Brand-, Stromsicherheit und Aufenthaltsqualität zu reduzieren, sondern dass diese sinngemäß weiter angewendet werden. Daher ist der Bewertung der Betriebskosten der Variante Fachärzteeentrum zugrunde gelegt, dass die bisher im LK Gmünd angefallenen Betriebskosten weiter anfallen werden, wenn auch

¹⁹ <https://www.finanzen-rechner.net/annuitaetenrechner.php>

²⁰ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten (mit den Anhängen A–J) in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 1. Jänner 2025 -

<file://server/daten/Soziales,%20Climate%20Deal/HANDBUCH+ZUR+DOKUMENTATION+VON+KOSTENDATEN+MIT+ANHAENGEN+A-J+2025.pdf>

teilweise an anderen Orten (z.B. im Fachärzteezentrum selbst, in den Krankenhäusern Zwettl, Waidhofen, Horn und Budweis, in Arztpraxen und z.T. auch in Haushalten, in denen verstärkt mobile Pflege stattfinden würde); dies allerdings verringert um einen Einsparungsfaktor, der sich wie folgt zusammensetzt (Beträge auf 1000 € gerundet):

- Einsparung durch bessere Bettenauslastung: Verringerung der Gebäudebetriebskosten um 10%: 90 k€
- Einsparung durch geringere Entlohnung von Ordinationspersonal im Vergleich zum Personal von Landeskrankenhäusern (15% vom Lohn von 45 zwischen diesen Sektoren transferierten Vollzeitäquivalenten) 439 k€
- Rationellere Abläufe durch zeitgemäßere Raumkonzepte: weitere Einsparung von 5% der obenstehender Angabe bereits reduzierten Personalkosten quer durch das gesamte Personal: $23,700.000 - 438.750 = 23,261.250 * 0,05 = 1,163$ k€
- Einsparung durch um 40% bessere Energieeffizienz der Neubauten im Vergleich zum Bettenbereich im Landesklinikumsgebäude in Gmünd: 660 k€

Die Summe dieser Einsparungen beträgt **2.352 k€ p.a.** In den bisherigen Betriebskosten war allerdings nur eine geringe Abschreibung baulicher Anlagen enthalten, da diese bereits zu einem großen Teil abgeschrieben sind. Der Investor wird allerdings für den errichteten Neubau eine Rendite ansetzen, die seine Kosten, sein Risiko und die Gewinnerwartung seiner Eigentümer abdeckt und sohin etwa 6% ausmachen wird. Dadurch wird er (ohne Energie) ca. **720.000 € Jahresmiete** verrechnen müssen; Je nach Betreibermodell wird diese Miete von der Landesgesundheitsagentur oder direkt von den eingemieteten Subjekten zu bezahlen sein.

Da auch eine Notaufnahme betrieben werden wird und da die Landesgesundheitsagentur vermeiden wird wollen, dass sich ausschließlich Wahlärzt*innen ansiedeln, müssen Teile der Mieten aus öffentlichen Mitteln bezuschusst werden. Das Land NÖ hat kommuniziert, dass eine gewisse nicht genau spezifizierte Grundversorgung "mit der e-Card" genutzt werden wird können. Nimmt man an, dass etwa 2/3 der Mietkosten mit 50% bezuschusst wird werden müssen, so kostet dieser Zuschuss dem Fiskus **240 k€ pro Jahr**, während die Mieter 480 k€ im Jahr aufbringen müssten. Beim Vergleich der in beiden bewerteten Varianten anfallenden Bau-, Betriebs- und Abbruchkosten miteinander sind für das Fachärzteezentrum **Zinskosten** nicht gesondert anzusetzen, da sie in der Miete enthalten sein werden.

Durch die Schließung des Landesklinikums Gmünd und Verlagerung der anfallenden Dienste in ein neues Fachärzteezentrum und an andere Orte kann auf Preisbasis 2026 demnach eine **Einsparung laufender Kosten** von ca. $2.352 - 720 = 1,632$ **k€ per Jahr gegenüber dem Status Quo erzielt werden** (ohne Anrechnung von in Budweis entstehenden Einsparungen würde die jährliche Einsparung ca. 1,552 k€ betragen).

Nachteile des Übergangs zu geringeren Gehältern sind an anderer Stelle qualitativ bewertet. Erhöhte Mobilitätskosten und auch die Bewertung erhöhter laufender Ausgaben von Patient*innen bei verstärkter Inanspruchnahme von Wahlarztleistungen sind ebenfalls an anderer Stelle behandelt.

Weiters wurde angenommen, dass sich an den Kosten für Gebäudeinstandhaltung, Heilmittel und Medikamente nichts ändert, da hier v.a. nur räumliche Verschiebungen stattfinden werden.

Die ebenfalls bei Schließung des Krankenhauses Gmünd anfallende Erhöhung laufender Kosten des Betriebs des Krankenhauses Budweis wurden im Kapitel über Auswirkungen auf Südböhmen behandelt.

Laufende Kosten LK GD 2.0

Die Kosten der Leistungserbringung setzen sich grob zusammen aus den variablen Kosten des medizinischen und Pflegepersonals, Medizintechnologiekosten, Medikamentenkosten und fixen Overheadkosten (Administration, Energie, Gebäudeabschreibung, Reinigung, Verpflegung...).

2024 betragen die Kosten der Leistungserbringung des LK Gmünd (valorisiert auf Preisbasis 2026) ca. 33,900.000 Euro. Davon entfielen ca. 23,700.000 auf den Personalaufwand, ca. 3,350.000 auf Instandhaltung und ca. 6,850.000€ wurden für Medikamente, Heil- und Betriebsmittel einschließlich Energie bezahlt.

Die laufenden Kosten der Variante LK GD 2.0 unterscheiden sich abgesehen von der für künftige Perioden anzusetzenden Valorisierung in dreierlei Hinsicht von den derzeit anfallenden:

- 1) In dieser Variante ist damit zu rechnen, dass durch eingemietete Unternehmen zusätzliche Einnahmen von ca. **250 k€** p.a. erzielt werden und
- 2) durch wegfallende Wochenendbetreuung, Verringerung der chirurgischen und orthopädischen Angebote Kosten des Wochenendbetriebs von ca. **400 k€** wegfallen werden.
- 3) In dieser Variante ist zudem eine Energiesanierung von Dach und Fassaden vorgesehen, die (abzüglich eines etwas erhöhten Energieverbrauchs für sommerliche Kühlung) zu einer Einsparung von **330 k€ p.a. an Energiekosten** für Heizung führt..

In der Variante LK GD 2.0 wird weiterhin mit der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten für die Menschen im **tschechischen Grenzgebiet** gerechnet. Derzeit werden nur ambulante Leistungen und stationäre Erstversorgung bei in Österreich akut aufgetretenem Behandlungsbedarf angeboten; in der Variante LK GHD 2.0 wird von einer Gleichstellung beim Zugang der Menschen im tschechischen Grenzgebiet zu den Leistungen des LK GD ausgegangen, da diese sich bereits im Verhandlungsstadium befindet.

Für die Zuteilung der Betriebskosten auf die wesentlichsten Kostenpositionen ist eine Aufstellung im healthacross-report II²¹ hilfreich. In der als **Anhang II** angefügten Tabelle "Laufende Kosten Spitalsneubau" wurden sie auf das derzeitige Preisniveau hochgerechnet. Sie betreffen ein gegenüber dem Status quo abweichendes Leistungsspektrum, das in etwa dem der Variante LK GD 2.0 entspricht.

Die laufenden Kosten des LK GD 2.0 sind **nicht** direkt mit denen der Variante eines Fachärzteeentrums **vergleichbar**, da die Variantenentwürfe ein unterschiedliches Spektrum an Leistungen abdecken.

Der Gebäudekomplex des Landeskrankenhauses Gmünd wurde 1970 errichtet und zuletzt 2010 erweitert und generalsaniert. Er besteht aus dem im Eigentum des Landes NÖ stehenden Krankenhausgebäude, dem daran angebauten Diagnosezentrum Prim. Dr. Capellmann und Dr. Rächle (Radiologiepraxis, Institut für CT und MRT) und dem Containerzubau der

²¹ a.a.O.

palliativmedizinischen Station. Das Gebäude wurde laufend instandgehalten und an steigende Ansprüche angepasst und beherbergt auch zwei modern ausgestattete Operationsäle. Die räumliche Situation wird von den Patient*innen überwiegend sehr positiv bewertet, hervorgehoben wird dabei vor allem die Übersichtlichkeit, die gute Orientierung gestattet, und die kurzen Wege. Beides sind implizite Vorteile kleiner Krankenhäuser.

Bei weiterer Anpassung an die im Gesundheitsplan 2040+ beschriebenen geänderten Behandlungsbedürfnisse sind außer der NÖ Bauordnung, dem Arbeitnehmerschutzgesetz, Krankenanstaltengesetz, Elektrizitätswesengesetz und Strahlenschutzgesetz auch die Leitfäden für Sicherheitstechnik²² und für Hochbau und Hygiene der NÖ Landesregierung einzuhalten²³ in ihm wird auch die Einhaltung einiger Ö-Normen, insbes. der OVE-Richtlinien des Verbands für Elektrotechnik und die Raumluftnorm H6020 vorgegeben; es sind dabei auch technische Schwierigkeiten zu überwinden: so z.B. erfordert die vorgegebene Raumhöhe in einigen Räumen erhöhten Aufwand bei der Installation moderner Lüftungstechnik, auch sind Funktionsänderungen baulich umzusetzen. So erfordert z.B. Die verstärkte Vornahme tagesklinischer Eingriffe eine größere Fläche für Aufwchräume. Die NÖ Landesgesundheitsagentur hat eine Musterbrandschutzordnung ausgearbeitet, auf deren Erfüllung bei den bisherigen Planungen geachtet wurde.

Das LK GD 2.0 ist in den NÖ Gesundheitsplan 2040+ integriert zu sehen, in dem es zu Verschiebungen zwischen Standorten, zur Etablierung neuer Angebote und zu Verlagerungen zwischen Krankenanstalten, Notarztmedizin und niedergelassenem Bereich kommen wird. Das führt zu Veränderungen im Leistungsspektrum; in dieser Variante wird jedoch angenommen, dass Zu- und Abflüsse einander ausgleichen -eine Netto-Verlagerung von Betriebskosten an andere Standorte in NÖ und Tschechien fällt in dieser Variante nicht an.

Im Gegensatz zur Variante Fachärzteezentrum sind in dieser Variante **Zinskosten** anzusetzen, die die Einsparung verringern. Es ist anzunehmen, dass zur Finanzierung des Umbaus ein Kredit in Höhe der Umbaukosten von 3.500 k€ aufzunehmen ist, der für Zinsen und Gebühren Kosten von ca. 2,150 k€ (bei 25-jähriger Laufzeit und guter Bonität) verursacht, d.s. pro Jahr des Betrachtungszeitraums **86 k€**.

Die laufenden Einsparung an Betriebskosten dieser Variante sind daher unter Berücksichtigung der Zinskosten mit Preisbasis 04/2026 mit **894 k€** und die Höhe der jährlich anfallenden Betriebskosten ist mit **30.770 k€** anzusetzen.

Die durch Umsetzung dieser Variante reduzierte Betriebskostensparnis ist um 1.044 k€ pro Jahr geringer als die bei Realisierung der Variante Fachärzteezentrum.

Abbruchkosten und Verwertungserlöse nicht mehr benutzter Gebäude und Anlagen, Übersiedlungskosten

Im Fall einer **Auflassung** des Landesklinikums Gmünd kommen folgende Nachnutzungen in Betracht:

²² https://www.noel.gv.at/noel/Leitfaden_des_sicherheitstechnischen_Amtssachverstaendigen.pdf

²³

https://www.noel.gv.at/noel/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden_Hochbau_und_Hygiene_Errichtung_Betrieb_KA.pdf

(a) Umbau des Bestandgebäudes zu einem Pflegeheim: Für eine solche Nutzung wäre zuvorderst eine Bedarfsprüfung und Abschätzung der Personalverfügbarkeit vorzunehmen. Studien rechnen mit einem Anstieg der beschwerdenbehafteten Abschnitts der Lebenserwartung; ein solcher Anstieg könnte zwar weitgehend durch zunehmende Verlagerung der Pflege in den Wohnungsbereich in Verbindung mit Tagespflegehäusern und Häusern für betreubares Wohnen abgedeckt werden, dennoch könnte es mittelfristig in den Pflegeheimen Schrems, Weitra, Litschau und im Altersheim Ceské Velenice zu Engpässen kommen – insbesondere im Bereich der Demenzpflege. Wird ein solches Heim benötigt, kann man durch Umbau des Krankenhauses gegenüber einem Neubau schätzungsweise ca. 40% der Baukosten eines neuen Heims einsparen. Statt um 145.000 € pro Bett könnte um ca. 87.000 € pro Bett gebaut werden; bei einer Kapazität von 70 Betten ergäbe dies eine Einsparung von ca. 4 Millionen €. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine solche Erweiterung der Pflegeplätze um Abbruchkosten Bezirk mittelfristig erforderlich wird, ist mit 20% anzusetzen.

(b) Verkauf an einen Betreiber von Sonderkrankenanstalten: Im NÖ Gesundheitsplan 2040+ wird kein Bedarf nach einer Sonderkrankenanstalt im Raum Gmünd festgehalten. Investoren im Bereich von Sonderkrankenanstalten mit überregionalem Einzugsgebiet (z.B. für Rehabilitation) pflegen zentraler gelegene Standorte zu bevorzugen. Verkaufserlös +/- 0, Wahrscheinlichkeit: 10%.

(c) gewerbliche Nachnutzung des Gebäudes (Büro- und Werkstattträume): Da es bereits ein Gründerzentrum im Internationalen Wirtschaftspark gibt und das nahe gelegene Bobbin-Areal zur verstärkten Nutzung für Gewerbeegründungen als gut geeignet in Betracht gezogen wird, ist nicht mit ausreichender Nachfrage zu rechnen. Einem sehr geringen Verkaufserlös stehen hohe Umbaukosten gegenüber. Je nachdem, ob nur Gründer oder auch Lagerflächenmieter udgl. Angesprochen werden, ist mit einem Verkaufserlös von plus 1 Mio. € bis minus 1 Mio. € zu rechnen, wobei Negativerlöse aus öffentlichen Mitteln zu tragen wären. Wahrscheinlichkeit: 5%.

(d) Nachnutzung zu Wohnzwecken: Die erhebliche Trakttiefe des Gebäudes erschwert jeden Umbau zu Wohnnutzungen ganz erheblich. Kostendeckende Vermarktung von im Bestand neu geschaffenem Wohnraum erscheint nicht als realistisch. Auch ein Teilabbruch würde das Problem der schlechten Belichtung durch zu große Trakttiefe nicht lösen. Zudem wurde in der nahen Arbeiterheimgasse eine große Wohnhausanlage geschaffen, deren Vermarktung nur langsam vor sich geht. Wahrscheinlichkeit: 0

(e) Abbruch und Neubau einer Wohnanlage als geförderter Wohnbau: Die derzeitigen Schwierigkeiten beim Verkauf der Wohnhausanlage Arbeiterheimgasse lassen nicht erwarten, dass ein Bauträger für eine weitere Wohnhausanlage gefunden werden kann. Einem möglichen Grundstücksverkaufserlös von 400.000 € stehen vorangehende Abbruch- und Materialaufbereitungskosten von mehreren Millionen Euro gegenüber. Bei Aufbereitung des Ziegelschutts vor Ort zur Einsparung von Neubaukosten und Entsorgung sortierter Kunststoff-, Gipskarton-, Stein/Keramik- und Metallmassen ist netto mit Kosten von 3 Mio. € zu rechnen - Wahrscheinlichkeit: 10%

(f) Abbruch und Erweiterung des benachbarten Betriebsgebiets der AGRANA: AGRANA befindet sich am Anfang einer von Kostensenkungsplänen getriebenen tiefgehenden

Restrukturierungsphase und befindet sich derzeit nicht auf der Suche nach Erweiterungsflächen.
Wahrscheinlichkeit: 0.

(g) Abbruch und Nutzung als Grünfläche: Gmünd-Neustadt ist mit Grünflächen derzeit gut versorgt – sowohl die Lainsitzauen mit dem Fuß- und Radweg in die Altstadt als auch der Teichkettenweg und der Aßangwald im Anschluss an das Sole-Felsenbad werden gut genutzt, Kinderspielplätze sind gut erreichbar. Bedarf nach einer großen weiteren Grünfläche wurde in der Bevölkerung nicht geäußert. Wahrscheinlichkeit: 0

(f) Konservierung des Leerstands: In diesem Fall ist mit enormen volkswirtschaftlichen Kosten zu rechnen: Zusätzlich zu der bei Auffassung des Krankenhauses jedenfalls eintretenden Degradierung des Stadtteils Gmünd-Neustadt (siehe Kap. X) wird im Stadtteil neben dem verfallenden Bobbin-Areal eine zweite unübersehbare Leerstandsruine entstehen, und die wegfallende Zahl der im Stadtteil aufhältigen Personen wird zu einem dauerhaften Rückgang in Handel und Dienstleistung führen. Zusätzlich zur in Kapitel (Querverw) beschriebenen Abwertung des Stadtteils durch Verlust des Krankenhauses wird es zu einem Wertverlust von mindestens 100 €/m² Wohnnutzfläche im Quartier Weitraerstraße-Schubertplatz-Schubertstraße-Lagerstraße kommen, d.s. ca. -7 M€.

Dieses Szenario tritt ein, wenn die anderen Szenarien mittelfristig nicht greifen, sodass sie mit einer Restwahrscheinlichkeit von 100% - 20% - 10% - 5% - 10%= **55%** eintritt.

Bewertet man die angeführten Erlöse bzw. Nettokosten gemäß ihrer Wahrscheinlichkeit, resultiert daraus ein insgesamt wahrscheinlicher Verlust von **3,35 Millionen Euro**.

Dieser Kostenfaktor ist nur für die **Variante Fachärzteezentrum** relevant.

Vergleicht man die Summe aus Bau-, Abbruch- und Betriebskosten beider Varianten, so beträgt diese Summe für das Facharztzentrum

	Fachärzteezentrum k€	LKGD 2.0 k€	Differenz k€ p.a.
Baukosten	23700	3500	20200
Annuität Baukosten	948	140	808
Betriebskosteneinsparung p.a.	-1632	-894	-738
Annuität des Verwertungserlöses bzw. der Abbruchkosten LK	134	0	134
Summe	2395	-754	2843

Die Variante LK GD 2.0. Ist hinsichtlich der Bau-, Betriebs- und ggf. Abbruchkosten bzw. des Verwertungserlöses trotz höherer Betriebskosten und unter Berücksichtigung von Zinskosten um **204 k€ pro Jahr günstiger**.

Mobilität, Klima und Nachhaltigkeit

Dieses Kapitel behandelt die Auswirkung unterschiedlicher Erreichbarkeit der Behandlungen für beide Varianten in quantifizierter Form. Zur Bewertung von Auswirkungen für Personen, die auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind oder zu Fuß kommen (inkl. Auswirkung verlängerter Gehzeiten für bewegungsbeeinträchtigte Personen, z.B. Klientel von Remobilisationsdiensten) werden zusätzlich qualitativ bewertet.

Auswirkung veränderter Weglängen Variante LK GD 2.0 gegenüber Status Quo

Da in dieser Variante keine stationäre Orthopädie mehr angeboten wird und die Chirurgie und Interne zusätzliche Dienste anbieten wird, verändern sich Reisezeiten für Personal, Patient*innen und Besucher*innen auch in dieser Variante.

Zusätzliche Fahrtkosten durch Upgrade zu LK GD 2.0	Status Quo	LK GD 2.0	Veränd. km	Veränd. Kosten T€
ambulante Kontakte	288.889 ²⁴	310.000	422.220	531
stationäre Aufenthalte	5.588 ²⁵	4.100		
Besucherwege			30.000	35
Personalwege			1,050.000	875
Summe				1.441

Annahmen:

- Orthopädiepatient*innen und ein kleiner Teil der Patient*innen der Internen fahren zur Behandlung im Schnitt um 25 km pro Richtung weiter als bisher, andere Patient*innen für nun zusätzlich angebotene Therapien fahren um 40 km pro Richtung weniger weit (Katarakt, Gynäkologie...)
- Kosten des öffentlichen Verkehrs entsprechen denen des Individualverkehrs
- Km-Geld: 0,7 € bei Patiententransporten wegen eines Anteils an KTW-Fahrten; das km-Geld von Besuchs- und Personalfahrten ist mit 0,5 €/km angesetzt.
- Wegzeit: 30 € pro Stunde, Durchschnittsgeschwindigkeit 60 km/h. Parkgebühren am Zielort wurden zusätzlich berücksichtigt.
- 70 Beschäftigte haben längere Tagespendelwege als bisher, einige Ärzt*innen, die nur an bestimmten Tagen benötigt werden, werden zusätzlich 1-2x/Woche aus Zwettl, Horn oder Waidhofen an der Thaya einpendeln.
- Grenzüberschreitender Betrieb wird beibehalten.

In der Variante LK GD 2.0 werden gegenüber dem Status Quo gestiegene Mobilitätskosten erwartet (ca. 2,25 M€/Jahr).

Auswirkung veränderter Weglängen Variante Fachärzteezentrum gegenüber Status Quo

Zusatzkosten infolge GP 2040+

€ pro Jahr inkl. MwSt.

Vollkostenbetrachtung

Position	€ p.a. Vollkosten	darin priv. PKW	darin Taxi	darin Sanitätsdienst	darin LKW
zusätzliche Primärtransportkosten	1773310	1347715	70932	354662	
Wegfall Sekundärtransportkosten	-210000			-210000	
Zusätzliche Besuchsfahrtkosten	1399982	1399981			

²⁴ Anna Hohenbichler in NÖN-Gmünder Zeitung vom 13.5.2026

²⁵ ibidem

zusätzliche Pendelwege Personal		2638350	2638350			
Wegfall Anbringungskosten		-35100				-35100
Zusätzliche Mobilitätskosten Summe						
p.a.		5566542	5386047	70932	144662	-35100
%			96,8	1,3	2,6	-0,6

Die geschätzten zusätzlichen Mobilitätskosten der Variante „Fachärztezentrum“ sind **5,56 M€ p.a.**

Annahmen:

Die Kosten setzen sich aus fahrzeugtypabhängigem km-Geld (PKW: 0,5 €, KTW/PTW: 1,2 €), Parkgebühren und 45 €/Stunde für Wegzeit an. Diese entfällt auf 1 Lenker*in (30€) + in manchen Fällen Zivi/Sanitäter*in bzw. Notärzt*in.

ÖV-Fahrten kosten bei Ansatz einer Vollkostenrechnung etwa gleichviel wie IV-Fahrten, daher wurde alles auf Basis IV gerechnet.

Durchschnittliche Verweildauer 7 d (länger als der Durchschnitt, da ja TagesklinikpatientInnen in GD bleiben)

Im neuen Fachärztezentrum Gmünd werden ca. 30% der dzt. Beschäftigten Arbeit finden, 20% pendeln nach Zwettl, 8% nach Horn, 9% nach Sankt Pölten, 4% nach Stockerau, 29% werden nicht weiter als bisher pendeln (Pensionierung, Abwanderung, Jobwechsel)

Entfernungen zu neuen Pendelzielen leicht abgerundet, da viele nicht über GD, sondern über eine direktere Strecke den neuen Arbeitsort erreichen können, sowie wegen Fahrgemeinschaften und weil manche ihren Wohnort in Arbeitsortnähe verlagern werden.

Diese Kosten fallen zu über 96% als Mobilitätskosten privater Haushalte im Individualverkehr an, der Rest sind Kosten der Sanitätsdienste, von Taxis und LKWs.

Es wurde berücksichtigt, dass durch die Verlagerung stationärer Behandlung zu tagesklinischen und ambulanten Therapien eine etwas häufigere Anfahrt erfolgt, die Anzahl von Vorbereitungs- und Nachsorgeterminen aber gleichbleibt (nur deren Fahrtstrecke zunimmt).

Durch den Gesundheitsplan 2040+ kommt es demnach zu massiver **Verlagerung** von Kosten weg von Krankenanstalten und Versicherungen hin **zu Privathaushalten**. Dazu kommen beträchtliche Auswirkungen auf Personen, die gleichzeitig Bewegungseinschränkungen haben und auch keinen PKW und wenig Geld haben.

In die Berechnung der Wegstrecken sind auch Patientenfahrten vom Kurhaus **Moorbad Harbach** mit 700 Plätzen für Kuren des Bewegungs- und Stützapparats eingerechnet. Beträgt der Weg nach Gmünd 20 km, so sind die nach Klinikumsstandorte Zwettl 40 km, Waidhofen an der Thaya 52 km und Krems 81 km von Harbach entfernt.

Sekundärtransportkosten fallen in der Variante “Fachärztezentrum” weg, da nur Transporte zwischen Krankenanstalten gezählt werden.

Flächen- und Rohstoffverbrauch

Vorbemerkung: Aus Gründen der Umwelt- und Materialökonomie und der Bekämpfung der Bodenversiegelung geht der Trend weltweit vom Neubau zur Adaptierung von Bestandsobjekten. Steigende Abbruch- und Entsorgungskosten sowie die Knappheit gut erreichbarer Grundstücksreserven in Stadtgebieten verstärken diesen Trend weiter. Die

öffentliche Hand ist angehalten, beim Wandel von der Neubauwirtschaft zum Flächensparen mit gutem Beispiel ähnlicher Weise voranzugehen, wie sie dies in den letzten 30 Jahren gerade auch in NÖ beim Umstieg auf erneuerbare Energien und bei der Erhöhung der Energieeffizienz vorgelebt hat.

Das Land NÖ setzt auf die Förderung von Innenentwicklung vor Außenentwicklung (Wiedernutzung von Leerstand statt Neubau auf der grünen Wiese); es wurde auch ein **blaugelber Bodenbonus** ins Leben gerufen. Diese Initiative fördert Entsiegelungs- und Schwammstadtprojekte in Gemeinden, wodurch allerdings erst wenige Hektar Boden zurückgewonnen wurden.

Nachstehende **Zitate** zeigen, wie das Land NÖ sich verbal für Eindämmung des Siedlungsgebeitswachstums einsetzt:

„Wir wollen unsere Böden bestmöglich schützen und gleichzeitig muss eine Nutzung für Wohnraumschaffung, Arbeitsplätze und die Energiewende möglich sein“, sagte LH-Stellvertreter Stephan Pernkopf heute, Donnerstag, bei einer Pressekonferenz mit Univ.-Prof Gernot Stöglehner und Gruppenleiter Werner Pracherstorfer zum Thema „Bodenschutz – Niederösterreich schützt 500.000 Hektar gegen Verbauung“.

Der LH-Stellvertreter unterstrich, dass man keine Zersiedlung und keinen unnötigen Bodenverbrauch haben möchte [...]. *„Dazu kommt eine klare Widmungsbremse für neue Bauland-Widmungen. Es gelte eine Innen vor Außen-Entwicklung, also Ortskerne zu nutzen, statt immer weiter auf die grüne Wiese zu wachsen.[...] Damit ist dieses Projekt das größte Regionalplanungsprojekt in der Geschichte unseres Bundeslands und natürlich auch Österreichs.“*

Wenn nun die Politik des Landes im Rahmen von entsprechenden Zielen der Europäischen Union und des Bundes die Eindämmung der Neuverbauung von Flächen vorsieht und die Allgemeinheit dazu angehalten ist, zusätzliche Verbauung von Freiflächen zu unterlassen, würde es kontraproduktiv wirken, würde das Land NÖ gegen die eigenen Ziele handeln. Der öffentliche Sektor tut als Bauträger gut daran, Vorbildwirkung zu entfalten und seine Flächensparziele auch als Bauherr im eigenen Wirkungsbereich umzusetzen.

Da das Landeskrankenhaus Gmünd ein Einzweckbauwerk darstellt, das sich nur mit erheblichem Aufwand für ganz andere Zwecke adaptieren lässt, wäre ein Verkaufserlös kaum zu erzielen. Bei Adaptierung für ein Seniorenwohnheim oder Pflegeheim würde die Adaptierungskosten kaum unter den Kosten eines bedarfsgerecht errichteten Neubaus liegen.

Bei einem Abbruch des Bestandsgebäudes würde sich die Variante „Fachärzteezentrum“ um die Kosten des Abbruchs der 13.553 m² Bruttogeschossfläche verteuern. Die geschätzten Kosten dafür betragen **3,39 Mio. €** auf Preisbasis 2026²⁶. Diese Kosten sollten die Kosten für Räumung, Abbruch, Trennung, Verbringung und Planum abdecken. Die Abbruchkosten enthalten die Kosten für die Aufbereitung der Baurestmassen. Enthält das Gebäude gefährliche Abfälle wie Asbestmaterialien u.ä., erhöhen sich die Abbruchkosten erheblich.

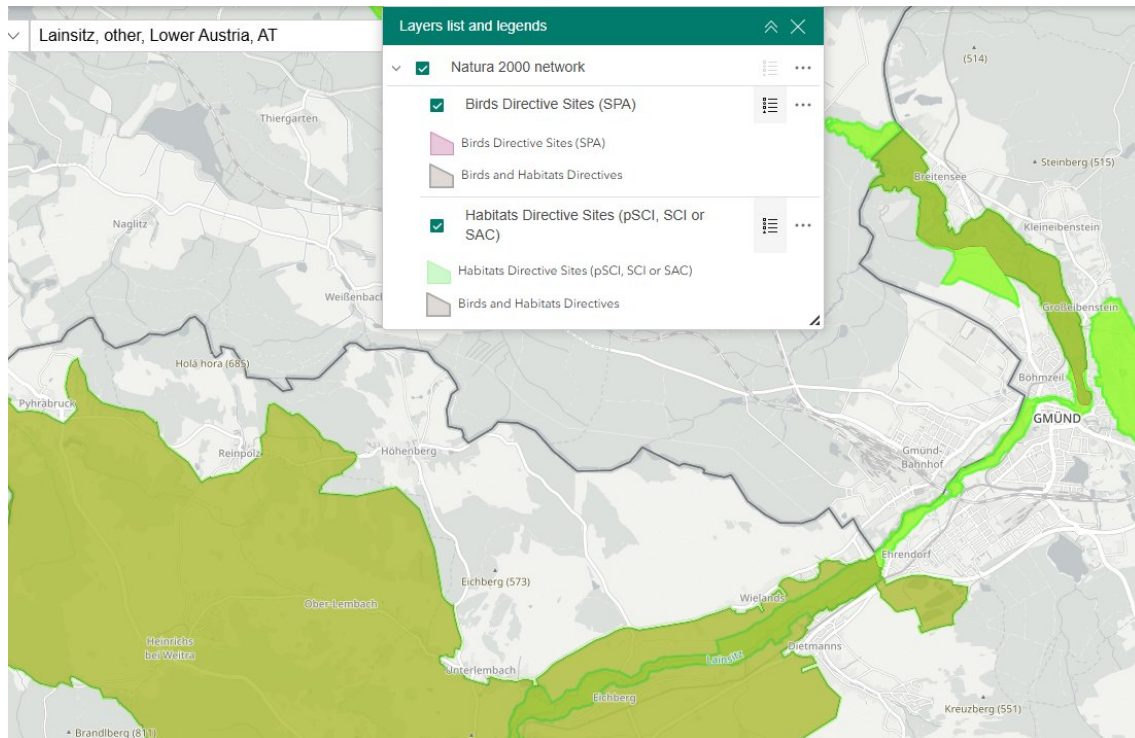
Anders liegt der Fall, wenn der Plan wäre, in das Klinikumsgebäude ein Fachärzteezentrum zu integrieren. In dem Fall würden die Adaptierungskosten erheblich unter den Neubaukosten liegen. Das Gebäude des Instituts für CT und MRT, die Notaufnahme, die Küche, der recht neue Verwaltungstrakt und selbst zwei noch fast neue Operationssäle könnten ohne Umbauaufwand

²⁶ <https://hausabrissrechner.at/abrisskostenrechner/#f1p6>

weiterbetrieben werden, die Facharztpraxen könnten im Gebäude so viel Platz finden, dass noch ein Geschoss mit Bettenstationen für stationären Spitalsbetrieb frei bliebe.

Natura 2000 - Biokorridor mit Habitatschutz

Aus nachstehender großräumigen Kartenausschnitt ist ersichtlich, dass im Raum Gmünd eine NATURA 2000-Schutzwidmung das Grüne Band dieses Biokorridors schützt.



Quelle: Natura 2000 Expert Viewer²⁷

Bei Anwendung eines kleineren Maßstabs zeigt sich, dass der ansonsten durchgehend ca. 100 m breite Schutzgebietsstreifen an einer Stelle unterbrochen ist. Die Ufer der Lainsitz sind in ihrem gesamten Verlauf von der Quelle bis zur Mündung NATURA 2000-Habitatschutzgebiet, im Bereich des angedachten Fachärzteezentrums und des Primärversorgungszentrums liegt die einzige Unterbrechung; sie trennt die wertvollen Schutzgebiete des Raums Weitra mit seinen Ausläufern bis nach Ottenschlag und Kaplitz von jenen des Raum Trebon-Veseli.

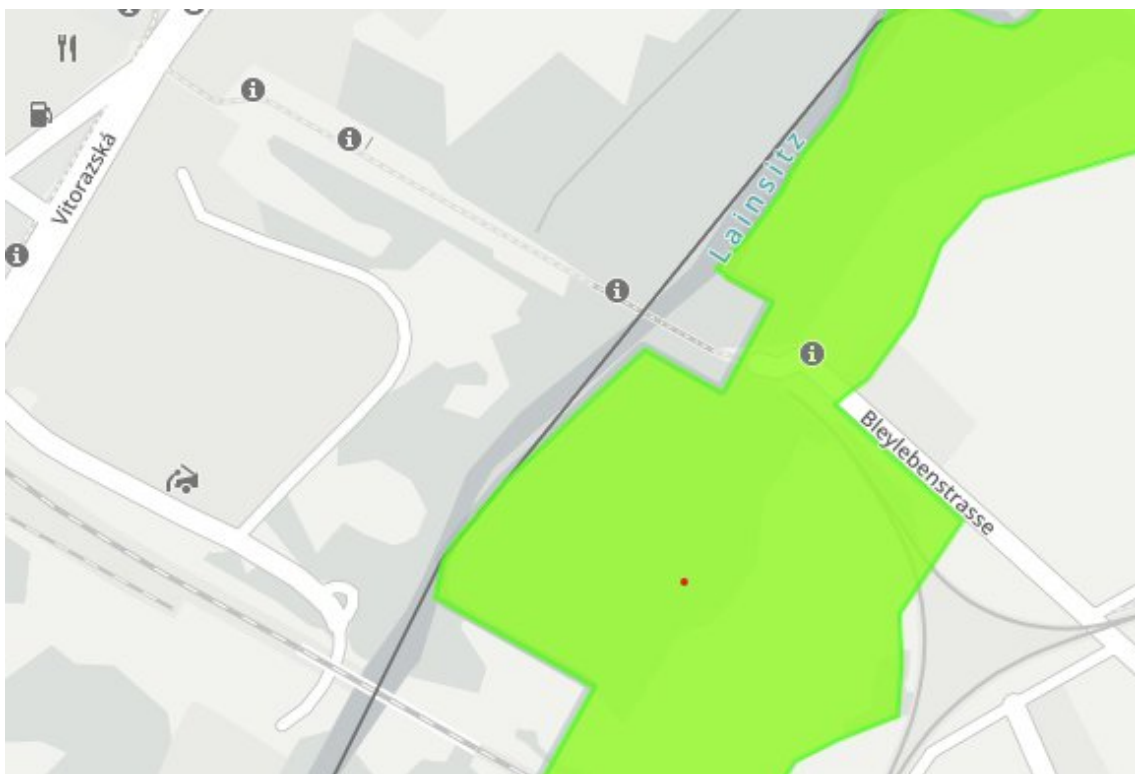
Man kann erkennen, dass zwar ein Teil des HealthAcross-Med-Gebäudes auf der ausgenommenen Fläche steht, ein anderer jedoch im Schutzgebiet liegt, und dass die für das Fachärzteezentrum und seinen Parkplatz vorgehene Sondergebietsfläche zur Gänze im Natura 2000-Gebiet liegt.

In Natura 2000-Gebieten besteht **kein Bauverbot**.

Negative Auswirkungen der Unterbrechung des Biokorridors auf den Erhalt von Arten sind z.B. denkbar hinsichtlich der in diesem Schutzgebiet noch populationsstarken Libellenart Grüne Keiljungfer (*Ophiogomphus cecilia*), aber auch bei Pflanzen wie Echtes Mädesüß (*Filipendula ulmaria*) Echter Beinwell (*Symphytum officinale*), Giersch (*Aegopodium podagraria*), Schlangenknoterich (*Persicaria bistorta*), Großer Wiesenknopf (*Sanguisorba officinalis*), Gilbweiderich (*Lysimachia vulgaris*), Waldsimse (*Scirpus sylvaticus*) und Kohldistel (*Cirsium*

²⁷ https://natura2000.eea.europa.eu/ExpertViewer/?page=Page-1-&v=latest&views=Filter_View

oleraceum) und dadurch auch bei an diesen gebundene Insektenarten und ihren Fressfeinden, d.s. v.a. einige Vogelarten²⁸.



²⁸ MATOUCH, S. & T. WRBKA 1993: Naturschutzkonzept Lainsitztal (unveröffentlicht)



Oberstes Bild: 'Detailkarte Waldviertler Moor-, Teich- und Heidelandschaft, Nordteil, untere 2 Bilder Expert Viewer, alle aus dem Natura-2000-Onlineportal

Die Grünfläche Bleyleben, die zur Errichtung eines Ärztezentrum im Gesundheitsplan 2040+ vorgesehen ist, ist ein Teil des **European Green Belt**, der einen 12.500 km langen, von Lappland bis Makedonien reichenden Biokorridor entlang der Grenze des ehemaligen Eisernen Vorhangs mit besonderen Schutzziele darstellt. Der ehemals Westeuropa vom Osten trennende Eiserner Vorhang war durchgehend mehrere Kilometer breit und fast vollständig entsiedelt, sodass sich entlang seines Verlaufs Rückzugsgebiete vieler bedrohter Arten erhalten haben, deren Genpool durch den Korridorcharakter durchwegs größer ist als jener von isoliert in punktuellen Schutzgebieten lebenden bedrohten Arten. Hochrangige Schutzgebiete entlang dieser Grenze sind z.B. Der Nationalpark Thayatal, der Nationalpark Donau-Marchauen, der Nationalpark Neusiedlersee, das Naturschutzgebiet Böhmerwald und in Gmünd das Natura 2000-Gebiet Lainsitzauen. Nur an wenigen Stellen seines Tausende Kilometer langen Verlaufs ist die Breite dieses Biokorridors auf wenige hundert Meter eingengt. Eine davon ist der Bereich, in dem die Lainsitz die Städte Gmünd und Ceské Velenice von einander teilt. Der beiderseits des Flusses Lainsitz bestehende Biokorridor konnte bislang im gesamten Verlauf der Grenze zur Stadt Ceské Velenice – also im Gebiet von Wielands, Ehrendorf und Gmünd bis zur Litschauer Straße in einer durchgehenden Breite von nirgends unter 160 Meter von Bebauung freigehalten werden. Dies ist nicht nur für den Hochwasserschutz von Bedeutung, sondern sichert auch ufergebundenen Pflanzen- und Tierarten ein durchgehendes Habitat. Dieser Korridor wurde durch das HealthAcross-Med-Zentrum und seine befestigten Parkflächen bereits beeinträchtigt, eine bedeutende Vergrößerung dieses Zentrums würde hier ökologisch wertvolle Flächen kosten und ein gewisses Hochwasserrisiko bewirken. Das Fachärztezentrum, sein Parkplatz und sein Helikopterlandeplatz sind genau in dieser Engstelle des Korridors geplant, ihre Errichtung würde die **Breite des Biokorridors an dieser Stelle weiter einengen**.

Zudem ist die Fläche Teil eines beliebten **Naherholungsgebiets** der Stadtbevölkerung und Festgelände. Das Festgelände würde durch ein Fachärztezentrum soweit verkleinert, dass dann keine großen Open Air-Feste mehr abgehalten werden könnten.

Das Grundstück in der Gmünder Conrathstraße, auf dem das **Landesklinikum** steht, würde sich durch seine zentrale Lage hingegen kaum zur Wiederbegrünung eignen. Es sind keine Pläne für die Neunutzung des Grundstücks bekannt²⁹.

Hochwasser

Der Bauplatz für das Fachärztezentrum grenzt **unmittelbar** an das Gebiet als **„sehr bedeutend“** klassifizierter **Gefahr** durch ein hundertjähriges Hochwasser. Durch den Klimawandel bedingt treten als hundertjährig klassifizierte Hochwässer künftig in wesentlich kürzeren Intervallen auf, das Risiko von über HQ100 reichenden Überflutungen liegt somit über den aufgrund der Historie anzusetzenden 1,1-% pro Jahr. In Deutschland sind z.B. seit 2022 sechs regionale Jahrhunderthochwassereignisse eingetreten³⁰, 2014 wurden z.B. von Ybbs und Pielach die Wasserstände eines 100-jährigen Hochwassers überschritten, am Donaupegel Kienstock trat ein HQ100 1899, 2002 und 2013 auf. Geosphäre Austria hat gegenüber den 1960er Jahren eine 35%-ige Zunahme von Extremniederschlägen beobachtet, das Abflusstempo steigt durch Hochwasserverbauten und Bodenverdichtung, und andererseits mildern Hochwasserschutzbauten einen Teil des Risikoanstiegs wieder ab. In Abwägung all dessen ist als eher wahrscheinlich anzunehmen, dass während der Lebensdauer eines hier errichteten Fachärztezentrum einmal eine **Überschwemmung** des Areals Bleyleben durch ein im Plan noch als **„hundertjährig“** qualifiziertes Hochwasser auftritt; lagebedingt ist dieses Risiko kaum versicherbar

Die Wahrscheinlichkeit, dass mit oder ohne vorangegangenen Hochwasserschutzereignis im Natura 2000-Streifen zwischen Fachärztezentrum und Lainsitz bis 2051 eine ohne dem Bauwerk nicht erforderliche Hochwasserschutzwand errichtet werden muss, ist als hoch (70%) anzunehmen. Eine solche mobile Wand müsste drei Gebäudeseiten erfassen und ca. 100 m Länge aufweisen, für die günstige Schlauchdammmethode ist mit Kosten von ca. 39 k€ zu rechnen³¹. Abgemindert durch die Wahrscheinlichkeit von 70% und abgezinst wegen in der Zukunft liegender Kosten wären hier 25 k€ zu veranschlagen, dazu kommen ca. 8 k€ für Instandhaltung, Auf- und Abbau, insgesamt also 33 k€.

Die Wahrscheinlichkeit, dass es vor einem solchen Schutz (jedoch vor 2050) einmal zu einem Hochwasserereignis mit geringer Überschwemmung von Erdgeschossräumen kommt, kann mit ca. 40% angesetzt werden. Eine solche Überschwemmung kann weitgehend mit Sandsäcken abgewehrt werden. Für dadurch entstehende 4-5 Schließtage, Säcke, Auf- und Abbau sind 200.000 € zu rechnen, bei einer Wahrscheinlichkeit von 40% sind dies 80 k€.

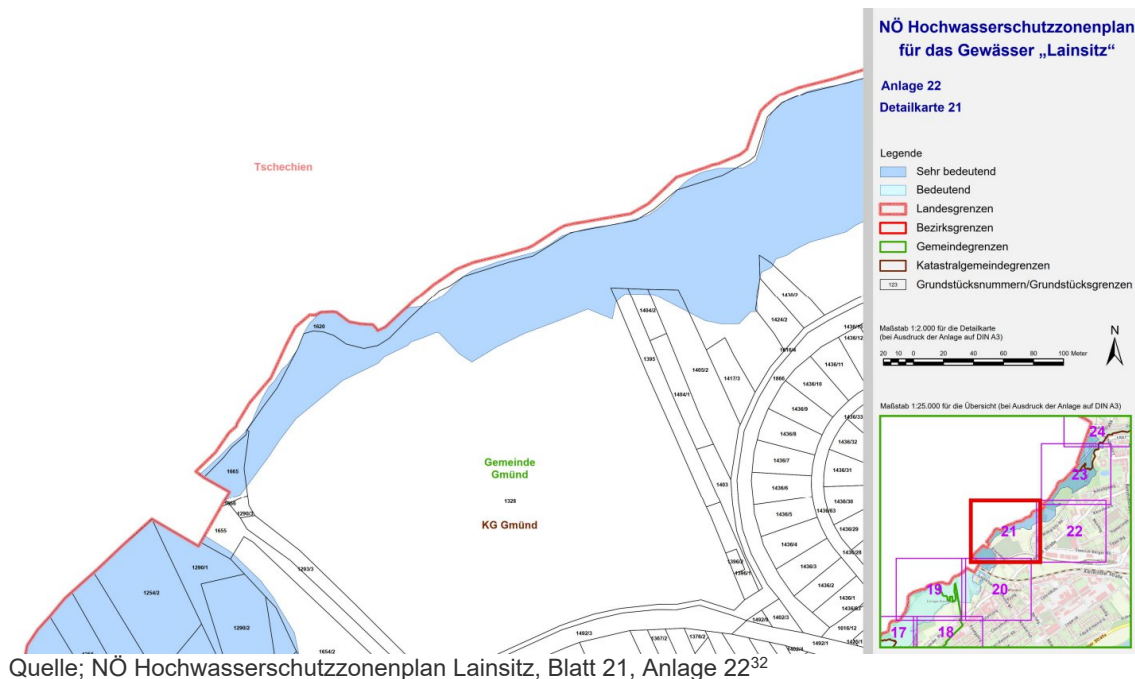
Die Wahrscheinlichkeit, dass es vor einer allfälligen Hochwasserschutzinvestition in den nächsten 25 Jahren bis 2051 zu einem – abflusstechnisch möglichen – Hochwasser kommt, das höher als 10 cm in das Gebäude eindringt und dadurch wochenlange Schließzeit und erheblichen Sachschaden verursacht, ist jedoch sehr gering (Schätzwert: 5%). Die Kosten wären bei teilweiser Nutzung von Ausweichquartieren z.B. im bestehenden Krankenhaus mindestens mit 450 k€ für Schließtage, 600 k€ (5% des Gebäudewerts) für Wiederherstellung hygienisch benutzbarer, trockener Erdgeschossräume und 50 k€ für Bergungs- und Einsatzkosten anzusetzen, d.s. 1,1 M€, die bei einer Eintrittswahrscheinlichkeit von 5% als Kostenfaktor von 55 k€ anzusetzen sind.

Das Gesamtrisiko der Variante Fachärztezentrum durch Hochwasser beträgt $33+80+55=168$ k€. Für die Variante LK GD 2.0 besteht kein Hochwasserrisiko.

²⁹ NÖN – Gmünder Zeitung Online vom 26.5.2026, Anna Hohenbicher **„Wir müssen jetzt nach vorne blicken“**

³⁰ <https://www.greenpeace.de/klimaschutz/klimakrise/ursachen-jahrhunderthochwassers>

³¹ Quelle: Land Kärnten, valorisiert. <https://www.ktn.gv.at/Service/News?nid=34309>



Altlasten

Der zur Verbauung vorgesehene Standort Gmünd-Bleylebenstraße 6 ist die ehemalige Deponie „Bleyleben“ der Stadtgemeinde Gmünd. Das Areal wurde 1971-84 von der Stadt Gmünd und zuvor schon von einem Textilunternehmen als Mülldeponie zur Ablagerung von Abfall aller Art genutzt, später aber teilweise geräumt und neu abgedeckt. Dabei blieben Kavernen und mit damals als inert betrachtetem Abfall unterschiedlicher Dichte und Druckfestigkeit gefüllte Bereiche zurück. Eine Verbauung ist daher nur mit Pilotenfundamenten und nicht mit klassischer Streifenfundierung möglich. Die Fläche war am 13.5.2026 im Altlastenportal des Umweltbundesamts nicht als Deponiestandort oder Verdachtsfläche angeführt, auch nicht als dekontaminiert³³.

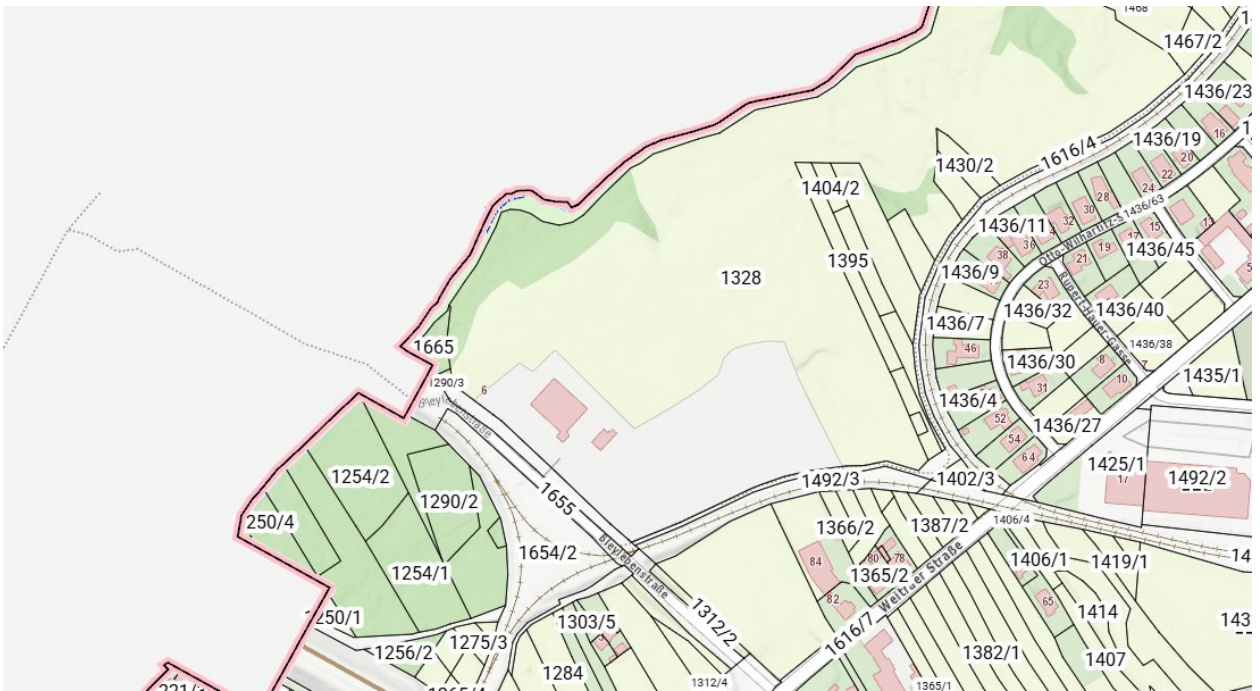
Angaben zur Eintrittswahrscheinlichkeit und zum Risiko eventuell auftretender Verbauungshindernisse oder Gesundheitsgefährdung durch das Bauen auf der Deponie sind ohne eingehende Analysen nicht möglich. Es wäre ratsam, vor noch weitergehender Verbauung die Fläche systematisch auf Altlasten zu untersuchen, zumal da eine allenfalls erst nach Verbauung sich als nötig erweisende Dekontaminierung erhebliche vermeidbare Mehrkosten verursachen würde. So forderte z.B. Die Abgeordnete zum Landtag Silvia Moser (Die Grünen NÖ): „Wir fordern die Landesregierung auf, (...) nach dem Altlastensanierungsgesetz zu handeln. Es braucht lückenlose Probebohrungen und eine transparente Berichterstattung, bevor das Fachärzteezentrum geplant oder gebaut wird.“³⁴

Abb. – Ausschnitt aus dem Altlastenatlas des Umweltbundesamts

³² LGBl. Nr. 61/2019, Datum der Kundmachung: 23.07.2019, https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LgblAuth/LGBLA_NI_20190723_61/Anlage_022.pdf

³³ <https://altlasten.umweltbundesamt.at/altlasten/addrsearch/>

³⁴ https://www.meinbezirk.at/gmuend/c-lokales/gruene-fordern-aufklaerung-zum-areal-bleyleben_a7345979



Obige Karte ist ein Ausschnitt aus dem Altlastenatlas³⁵, in dem ersichtlich ist, dass keine das Areal betreffenden Altlasteninformationen aufliegen. Information darüber, in welchem Ausmaß die deponierten Reststoffmassen tatsächlich inert sind, sind nicht vorhanden.

Eine in Deutschland für Hausmülldeponien aus einer vergleichbaren Periode erstellte Studie wurde, hält fest: *“Die stoffliche Zusammensetzung und die Stoffgefährlichkeit ehemaliger Hausmülldeponien hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, von denen nur ein kleiner Teil nachträglich an einer Mülldeponie festgestellt werden kann. Dies liegt hauptsächlich daran, dass es nicht möglich ist, repräsentative Proben zu gewinnen. Alle Daten, die über sogenannte direkte Erkundungsmethoden - diese sind mit einem mechanischen Eingriff in den Deponiekörper verbunden - gewonnen werden, haben deshalb nur Stichprobencharakter. Aus diesem Grund kommen den indirekten Erkundungsmethoden bei Altablagerungen eine um so größere Bedeutung zu. Dies betrifft insbesondere die historische Erkundung, sowie die Erkundung des Gas- und Wasserpfades. Sickerwasser, das in Bezug auf die Stoffgefährlichkeit eigentlich primäres Erkundungsziel sein müsste, ist in der Praxis nur äußerst schwierig zu gewinnen und bei punktuellen Antreffen auch nicht repräsentativ. Aus diesem Grund sollte der Schwerpunkt bei der routinemäßigen Technischen Erkundung von Altablagerungen beim Grundwasser und - insbesondere falls Wohnbebauung in der Nähe ist - beim Deponiegas liegen.”*

Ein Altlastenrisiko besteht nur für die Variante Fachärztezentrum. Es ist bis zum Vorliegen valider Erkundungsdaten hinsichtlich möglicher Fundamentabsenkungen und des Austritts gesundheitsschädlicher Gase und Sickerwässer nur **qualitativ** bewertbar.

Gesundheit und Gesundheitsökonomie

Unbestritten ist, dass ein großer Teil der Werte, die im Gesundheitswesen bedeutsam sind, von ihrer Natur her nicht verrechenbar sind. Bei Reformen im Gesundheitswesen sind ökonomische Betrachtungen bedeutsam, dürfen jedoch nie die alleinige oder überwiegende Grundlage von Strategieentscheidungen sein, sondern nicht verrechenbare Werte sind stets mitzudenken.

³⁵ Altlastenportal des Umweltbundesamtes

Die Qualität des Gesundheitssystems lässt sich nicht als Abfolge der Indikatoren Ausgaben, Anzahl von Eingriffen und Medikamentengaben allein ausreichend beschreiben, sondern bedarf stets auch qualitativer Evaluierung. **Werte**, die dabei von Patienten immer wieder zusätzlich zu den etablierten zahlenmäßigen Indikatoren als entscheidend genannt werden, sind v.a.

- **Behandlung** im weiteren Sinn: Information und Aufklärung, Bewusstseinsbildung, ganzheitliche Beurteilung einschließlich des Lebensumfelds, der Geschichte und der psychischen und mentalen Situation, Dialog, Hilfe zur Selbsthilfe, Unterstützung bei der Bewältigung neben der medizinischen Hauptdiagnose bestehender Probleme, Lebensstilkorrektur
- **Zuwendung**, Aufrichtung und Motivierung, Trost, Anerkennung, Eingehen auf besondere Bedürfnisse
- richtige und gute **Ernährung**,
- Möglichkeit zur Aufrechterhaltung der gewohnten **Bindungen**, Besuche
- persönliche Zukunftsperspektive, ein vertrautes oder zumindest bekanntes **Umfeld**,
- **Wohlfühlfaktor**, Abwesenheit von Umständen, die verstören, Ablehnung oder Aggression hervorrufen.

Das **Wissen um die Bedeutung** dieser Faktoren ist auf der Pflegeebene tief verwurzelt, auf Ärztenebene grundsätzlich gegeben, im Planungsalltag aber schwer umsetzbar und unter dem Druck der auf die Politik einströmenden wirtschaftlicher Interessen verschwinden sie oftmals aus dem Fokus der Gesundheitspolitik. Aber natürlich sind gesundheitsökonomische Faktoren wichtig und werden daher in der Folge eingehend in die Bewertung aufgenommen.

Durch Privatisierung verringerte Unsicherheit, Bestandssicherheit

Der Bauträger des Projekts wurde vom Land NÖ bereits bekanntgegeben. Es hat keine öffentliche Ausschreibung stattgefunden. Daher ist anzunehmen, dass das Krankenhaus durch eine Anzahl privater Unternehmen ersetzt werden soll, die zusammen die Grundversorgung sicherstellen sollen. Dem Entscheid des EU-Gerichtshofs in der Rechtssache c-537/19 zu Folge ist eine Ausschreibung erforderlich, wenn öffentlichen Aufträge erfüllende Dienstleistungen durch Einmietung in privat errichtete Gebäude erfolgen sollen und der künftige öffentliche Mieter entscheidenden Einfluss auf die architektonische Struktur nimmt. Das Land NÖ hat schon 2025 kommuniziert, dass der Bauträger die Unternehmensgruppe Hofmeister³⁶ sein wird, demnach ist eine Ausschreibung nicht vorgesehen. Das bedeutet, dass öffentliche Gesundheitsversorgungsträger keinen Einfluss auf die Geschoszahl, Grundriss, Größe und tragenden Wände nehmen wird. Da noch kein Miet- oder Leasingvertrag besteht, die Auffassung des Krankenhauses jedoch schon beschlossen würde, könnte eine **Versorgungslücke** entstehen. Der Bauträger kann sich für eine flexible Grundrisslösung entscheiden, die es ihm ermöglicht, bei allfälliger Beendigung des Nutzungsvertrags den Nutzungszweck zu ändern. Da noch kein Nutzungsvertrag bekannt geworden ist, besteht für die Bevölkerung keine aus den Planungen des Landes Niederösterreich resultierende durchgehende Rechtssicherheit.

Ein allgemeines öffentliches Krankenhaus in öffentlichem Besitz, das auf Basis eines gesetzlichen Versorgungsauftrags errichtet worden ist und betrieben wird, bietet der Bevölkerung ein hohes Maß an **empfundener Versorgungssicherheit**. Eine neue Nachfolgelösung sollte keinen Rückschritt in Bezug auf die Versorgungssicherheit mit sich bringen. Bei privaten Ordinationen und Kliniken tritt immer wieder der Fall ein, dass eine geplante Ansiedelung oder Investition

³⁶ www.hofmeister-group.com

nicht zustande kommt oder eine Praxisschließung eine Versorgungslücke hinterlässt bis hin zum *worst case*, dass das Krankenhaus geschlossen wird und die als Ersatz vorgesehene Lösung dann nicht zustande kommt. Versorgungssicherheit, die durch private Dienstleister geboten wird, muss vertraglich abgesichert sein; Sanktionen und ein Notfallplan für den Fall der Nichterfüllung sind essentiell. Dabei ist nicht nur das Vorhandensein bestimmter Gesundheitsdienste vertraglich zuzusichern, sondern auch die vorgegebene Verfügbarkeit rund um die Uhr, die Qualität der Dienstleistungen und Leistungspreise, die nicht über denen der vorangegangenen Lösung liegen. Das Vorliegen eines Versorgungsauftrags allein wird oft nicht als ausreichend wahrgenommen, wenn z.B. Planstellen zwar festgelegt, aber nicht besetzt sind. Auch ist bei Kooperationen mit Privaten eine Lösung für den Insolvenzfall mitzubedenken. Für beide Varianten erfolgte eine **qualitative** Expert*innenbewertung.

Zukunftsfähigkeit

1. Berücksichtigung der allgemeinen Entwicklung:

Bis zur Pandemieäsur wurde aus den Trends zur Digitalisierung, weißen Biotechnologie und Robotisierung ein Folgetrend zur Zentralisierung abgeleitet, ohne dass dies breit diskutiert worden wäre. Die Pandemie hat in der Gesundheitspolitik die Frage aufgeworfen, ob die Erhaltung kleinerer Standorte nicht aus Gründen der Krisenresilienz erforderlich sein könnte und führte so zum Hinterfragen der Annahme, Standortzentralisierung sei alternativlos. Der NÖ Gesundheitspakt folgt jedoch der obsolet gewordenen Logik, einzig Standortzentralisierung sei die Zukunft, ohne das durch den medizinischen Fortschritt erwartbare Dezentralisierungspotenzial in Erwägung zu ziehen.

Dabei wurde erstmals in den Diskurs die Erkenntnis eingebracht, dass die aktuellsten Entwicklungen rund um Big Data und generative künstliche Intelligenz die medizinische Diagnostik und Therapie disruptiv so weit verändern könnte, dass die Regeln der Standortpolitik im Gesundheitswesen völlig neu überdacht werden sollten.

So wurde z.B. Roboterchirurgie um 2020 vor allem im Licht hoher Anschaffungskosten diskutiert, kostete doch ein Da Vinci-OP-Roboter 2 M€ und erhöhte den Zuzahlungsbedarf pro OP vorerst um 1-2.000 € pro Eingriff – Roboterchirurgie wurde sohin vorrangig als Perspektive für größere Universitätskliniken gesehen. Betrachtet man jedoch die aktuell in der Marktvorbereitungsphase agierenden Forschungsprojekte, findet man darunter z.B. Forschungen an UV-visualisierten magnetfeldgesteuerten „weichen“ Minirobotern, die minimale chirurgische Invasivität erfordern, geringes Nervenverletzungsrisiko mit Präzision und Schnelligkeit verbinden und vor allem vielseitig einsetzbar sein sollen. So ist es überhaupt nicht mehr sicher, dass in 7-10 Jahren Roboterchirurgie ein Tätigkeitsfeld nur für die höchstrangige Spitzenchirurgie sein werden. Sie kann durchaus auch umgekehrt breite Dezentralisierung ermöglichen, indem das Bedienpersonal zwar eine solide Ausbildung benötigt, aber in vielen Anwendungsbereichen breit eingesetzt werden kann. Auch in anderen Bereichen wie der Digitalisierung von administrativen und Dokumentationsprozessen ist zu erwarten, dass die nächsten Generationen von Lösungen besser skalierbar sein werden und als cloudbasierte Abläufe weniger als bisher von bestimmten Ausstattungen von Standorten abhängig sein werden.

Wearables und telemedizinische Funktionsüberwachung werden flächendeckende 5G-Infrastruktur erfordern. Die Datenauswertung kann weitgehend standortunabhängig erfolgen,

das Vorhandensein dezentraler Krankenhäuser wird jedoch für die Personengruppe, deren Aufenthaltsorte noch länger nicht mit 5G versorgt werden, besonders wichtig. Es ist nicht unwahrscheinlich und liegt nicht im Entscheidungsbereich der Gesundheitspolitik, dass in Gebieten wie dem Bezirk **Gmünd 6G langsamer vordringt und sogar 5G-Lücken noch mittelfristig bestehen bleiben**, während sie in Zentralräumen schon jetzt nicht mehr auftreten.

Versucht man aus den Einsatzprofilen von in Entwicklung zur Marktreife stehenden Projekten Rückschlüsse für die Anpassung der Gesundheitsstandortpolitik zu ziehen, scheint es wahrscheinlich, dass der Appell zur Zentralisierung der 2010er Jahre wieder obsolet ist, da damals noch nicht unterschieden werden konnte, welche neuen Technologie nur Übergangsformen und Brückentechnologien sein werden und welche als nicht mehr umkehrbare Effekte eintreten werden um zu bleiben.

In aktuellen Trendbeschreibungen (z.B. Von Deloitte und von Pfizer) finden sich keine Aussagen über Zentralisierung und Spezialisierung der Gesundheitsversorgung mehr. Fand der Fortschritt bis 2020 vorwiegend durch neue Geräte und neue Medikamente statt, überwiegen jetzt integrierte Ansätze, die nicht mehr ohne weiteres auf für sie nötige Anwendungsumgebungen schließen lassen. Unbestritten ist, dass es weiterhin hochspezialisierte, an Forschungszentren angebundene Medizin geben wird, und es wird sich am anderen Ende des Spektrums standortunabhängige Medizin weiterentwickelt werden, die von verbesserter Prävention über Sensortechnik (Wearables) bis zu Onlinediensten reicht. Dazwischen wird nach wie vor das klassische Spitalsbett als Kompromiss zwischen Verfügbarkeit medizinischer Expertise und wohnortnaher Betreuung aus vielen Gründen benötigt:

- Rekonvaleszenz
- Risikophasenbegleitung (Nähe von Sauerstoff, Organüberwachung, Gebärhilfe, Intensivbett,...)
- mehrtägige Beobachtung von Statusentwicklungen und Ansprechverhalten
- Sicherstellen einer supportiven Umgebung auch für alleinstehende Menschen, Suchtkranke, Menschen in problematischen Wohnsituationen und Menschen mit hohem Betreuungsbedarf
- die etwa tausendjährige Tradition des Krankenhauswesens hat im Menschen das Vertrauen entstehen lassen, in einem nahe gelegenen Krankenhausbett am richtigen Ort zu sein, um gesund zu werden, und beeinflusst daher Heilungsprozesse positiv. Neue Einrichtungen können diesen Vertrauensvorschuss nur sehr schwer erzeugen.

Die Aufgaben dieser Spitäler werden durch in der Pipeline stehende marktnahe Entwicklungen tendenziell einfacher. Die Welle teurer Diagnosegeräte ebbt ab, Miniaturisierung, Roboterisierung, digitale menschliche Zwillinge (DMZ), erleichtern das Anbieten hochwertiger Medizinleistungen auch in kleinen Krankenhäusern und in Pflegeheimen.

Die veröffentlichten Ausschreibungsschwerpunkte der Aufrufe für Projekteinreichungen im zentralen EU-Forschungsförderungsprogramm **Horizon Europe für 2026 und 2027**³⁷ zeigen an, welche Innovationen um 2030 marktreif sein werden.

³⁷ https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/docs/2021-2027/horizon/wp-call/2026-2027/wp-4-health_horizon-2026-2027_en.pdf

Von den 40 Förderungsschwerpunkten im Medizinsektor kann man bei einem erheblichen Teil - ca. bei 18 von ihnen - eine Implikation in Richtung steigender oder verringerter Aufgaben für kleine Krankenanstalten erkennen. Natürlich werden die meisten marktreif werdenden Innovationen in einer ersten Phase der Demonstration und Praxiserprobung über hochspezialisierte Kliniken den Markt betreten, 1-2 Jahre darauf aber ihren Bestimmungsmarkt erreichen. Eine Bewertung mit “+” bedeutet, dass eine Innovation zusätzliche Aufgaben für kleinen Krankenhäuser mit sich bringt, bei “-“ wird die Innovation tendenziell eher zur Verlagerung in Schwerpunktkrankenhäuser oder zu ambulanter Versorgung bzw. Betreuung zu Hause führen.

Programm	EU-Forschungsschwerpunkt	+/ -	Beschreibung
ENVICHIH-4	Klimaresiliente, vorbereitete und CO2-neutrale Bevölkerung und Gesundheitssysteme	+	Dezentralität ist ein integrales Merkmal von Klimaschutzpolitik
DISEASE-26-03	Langzeitzustände nach Infektionen, Diagnostik und Management für neue antivirale Impfstoffe	+	Verabreichung überall möglich, Wohnortnahe von Vorteil
DISEASE-26-13	Bessere Vorbereitung auf weitere Pandemien	+	Dezentrale Bettenreserven waren eine Hauptlektion aus SARS2
DISEASE-26-012	Seltene Krankheiten	-	Typisch: sehr große Einzugsbereiche für hochspezielle Therapien
DISEASE-26-15	Scale-Up für Innovationen im Kardiovaskularbereich	-	Dezentralisierung nur bis auf das Niveau regionaler Schwerpunktstandorte
DISEASE-27-05	Kleinmolekül-Therapien gegen epidemisch auftretende krankheitserregende Viren	-	
DISEASE-27-06	Monoklonale Antikörpertherapien zum Schutz vor Flaviviren	-	
DISEASE-27-07	Monoklonale Antikörpertherapien zum Schutz vor Filo-, Nairo- (...)viren	-	
DISEASE-27-08	Entwicklung innovativer antimikrobieller Therapien	-	
DISEASE-27-14	Neue Interventionen gegen neurodegenerative Erkrankungen	+/ -	je nach Forschungsergebnissen
CARE-26-01-01	Beschaffungswesen für innovative Medizinprodukte durch integrierte und personalisierte Ansätze	+	Softwarebasierte Lösungen können die Eben kleiner Krankenhäuser rasch erreichen
CARE-26-01-03	Low value care ³⁸ :	+	Betrifft v.a. Fachärzte, Ambulatorien haben geringere

³⁸ In Deutschland gelten ca. 10% i.w.S. und 4% i.e.S. als verzichtbare Gesundheitsdienstleistungen. Das Einsparpotenzial betrifft z.B. Antibiotika bei Atemwegsinfektionen, freie T3/T4-Bestimmung bei Hypothyreose und Benzodiazepine für ältere Personen und Angiographie (statt CT) bei diversen Cor-Pulmo-Indikationen: <https://www.unisg.ch/de/newsdetail/news/studie-zu-low-value-care-digitale-gesundheitsloesungen-senken-risiken-und-kosten/#:~:text=Unter%20Low%20Value%20Care%20werden,nicht%20effektiv%20genutzt.>

		Werte.
CARE-26-04-04 Personalisierte Medizin	+	Ermöglicht gleich großen Fortschritt auf allen Behandlungsebenen
CARE-27-01-02 Risiken multipler Medikation	+	Häufige Kritik, dass kleine Häuser hier weniger gut sind, Differenz wird mit breit verfügbaren Tools egalisiert
TOOL-26-01-07 Netzwerk von Exzellenzzentren	-	
TOOL-27-03-04 DMZ als Entscheidungshilfe für Prävention und Diagnose	+/ -	Verlagerung von Schwerpunkt-KH zu Medizinern aller Stufen (+), aber auch von Mediziner*in zu Lai*in (-)
TOOL-27-03-08 Unterwegs in Richtung Gesundheits-AGI	?	Disruptive Auswirkung ab ca. 2040 möglich; ob kleine Krankenhäuser davon profitieren oder nicht, ist seriös derzeit nicht prognostizierbar.
IND-27-02-02 Portable versatile Point-of-Care-Diagnostik	+	Verringert tendenziell die Notwendigkeit, Spezialkliniken aufzusuchen
gesamt	4+	Positивauswirkungen auf kleine Krankenhäuser überwiegen signifikant.

Der Zeithorizont 2040+ des NÖ Gesundheitsplans ist sinnvoll gewählt, da ein über 15 Jahre hinausgehender Zeithorizont die Unschärfen in jeder Prognose überwiegen lässt. Im EU-Forschungsprogramm für 2027-30 umzusetzende Projekte ist ein Schwerpunkt "In Richtung Allgemeine Künstliche Intelligenz für das Gesundheitswesen" enthalten, "in Richtung" steht dafür, dass diese Projekte AGI-Lösungen noch nicht erbringen, sondern vorbereiten werden. Unter dem Konkurrenzdruck nichteuropäischer AGI-Entwickler hat sich Europa jedoch 2026 entschlossen, AGI-gestützte Medizin voranzutreiben. Die Auswirkungen solcher in den Dreißigerjahren am Markt erwarteten Lösungen auf die räumliche Gestaltung der Gesundheitsdienste ist nicht absehbar.

Durch die obenstehend beschriebenen in den Markt drängenden Innovationen werden sich die Kostenstrukturen im Gesundheitsbereich in den kommenden zehn Jahren auch ganz unabhängig von Standortfragen mit Sicherheit ändern. Der Gesundheitsplan NÖ 2040+ nimmt vor allem auf Entwicklungen, die in den Markt bereits eindringen, Rücksicht.

Die bis 2040 erwarteten Veränderungen sind der Hauptgrund dafür, dass für die Variante der Weiternutzung des Landeskrankenhauses ein weitgehendes **Update** zu einer Variante "LK GD 2.0" vorzunehmen war.

2. "Die Zukunft ist nicht mehr, wie sie einmal war"

Der Gesundheitsplan 2040+ beschreibt zwar künftig erwartbare Entwicklungen, in ihm fehlt jedoch die Behandlung der Frage, ob diese die Schließung von Krankenhausstandorten erfordern oder überflüssig machen. Da unter dem Einfluss von Konzerninteressen neoliberale Politik seit ca. 10 Jahren im In- und Ausland Krankenhausschließungen forciert, wird dieses Vorgehen unreflektiert übernommen; schließlich ist in der jüngeren Vergangenheit die Einführung von Spitzentechnologie regelmäßig mit Zentralisierungserfordernissen einher gegangen (Beispiel: Med-Austron). Der Fortschritt verschiebt sich jedoch stark zu Lösungen, die auch dezentral, z.T. sogar standortunabhängig nachgefragt werden können.

Im internationalen Vergleich reagieren kleine Krankenanstalten sehr unterschiedlich auf diese Chancen und diesen Anpassungsdruck³⁹: in manchen.

³⁹ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11572004/>

Als schon kurzfristig herankommende Innovationen werden allgemein v.a. diskutiert⁴⁰:

- Videosprechstunden, Tele-Konsultation (1450);
- Telemedizin, digitale Gesundheit: Die Nutzung von Gesundheits-Apps, [elektronischen Patientenakten \(ePA\)](#) und telemedizinischen Diensten ermöglicht eine Fernbetreuung.
- Tragbare Sensoren (Wearables): Zur Fernüberwachung von Vitaldaten (Monitoring) können Patienten von zu Hause aus überwacht werden.
- Miniaturisierung & Robotertechnik: Fortschritte in der Technik ermöglichen tragbare Diagnosegeräte und unterstützende Roboter, die Behandlungen außerhalb von Kliniken sicherer machen. Minimalinvasive Eingriffe durch Präzisionsroboter
- Rationalisierung und Automatisierung von Arbeitsabläufen, wie mit NÖKIS bereits im Universitätsklinikum im Pilotbetrieb eingesetzt: Hier sind kleinere Krankenhäuser im Vorteil, in denen weniger komplexe Lösungen impliziert und leichter überblickt und laufend angepasst werden können
- Einsatz von generativer AI in der bildgebenden Diagnostik z.B. Dermatologie, hochpräzise Auslesung von Schnitt- und Röntgenbildern
- 3D-Druck: Individuell angepasste Prothesen und Implantate können dezentral vor Ort gefertigt werden

Die kurzfristig anstehenden Innovationen ermöglichen tendenziell frühere Entlassung und somit kürzere Spitalsaufenthalte, einen höheren Anteil ambulanter und tagesklinischer Eingriffe, eine Verschiebung von Konsultationen von Ordinationen in Haushalte, eine Verringerung des Patientenadministrationsaufwands, einen Mehrbedarf an technischem Personal und eine zeitlicher Entlastung des ärztlichen Personals.

Aus diesen Entwicklungen folgt nicht logisch, dass kleine allgemeine Krankenhäuser geschlossen werden sollten, sondern dass sie Kapazitäten freispielen können. Frei werdende Zeitkapazitäten von Ärzt*innen können mehr Zeit für Patient*innenkommunikation ermöglichen, frei werdende Betten eine Dezentralisierung von Behandlungsangeboten. Zusätzlich können Technologiesprünge, die für Arztpraxen schwer organisatorisch und finanziell bewältigbar sind, künftig von lokalen Krankenhäusern mit spezialisiertem Personal übernommen werden. Das Konzept LK GD 2.0 baut auf kurzfristiger Nutzung dieser frei werdenden Potenziale auf.

*Expert*inneneinschätzungen*

Laut einer vom National Institute of Health durchgeführten Studie neigen Expert*innen, die die erwartbaren technologischen Veränderungen im Gesundheitswesen positiv einschätzen (in der Studie *change-greeters* genannt), dazu, auch die dezentralisierte Medizin mit ihren Begleiterscheinungen wie geringe Arzt-Patienten-Kontakte und Onlinekommunikation über fernausgelesene Gesundheitsdaten positiv einzuschätzen, während die ähnlich große skeptische Gruppe, in der Studie etwas abwertend *traditionalists* genannt, sie überwiegend ablehnen.

Die Gruppe der *change-greeters* schätzt auch die Wahrscheinlichkeit des mittelfristigen Verschwindens kleiner Krankenhäuser (bis 2042) als groß ein, befürwortet diese oder begrüßt sie sogar. 47% der befragten Expert*innen halten es für wahrscheinlich, dass kleine Krankenhäuser bis 2042 verschwinden werden, 32.4% nicht. 30.3% der Expert*innen bewerten

⁴⁰ <https://systematic.com/int/industries/healthcare/news/blog/the-future-of-healthcare-7-examples-of-how-smart-hospitals-are-changing-the-game/>

diese Entwicklung als stark ablehnend, 27.3% als sogar wünschenswert, wobei 42.4% sich zwischen diesen Aussagen positionieren.

Diese große Spreizung bei den Expert*inneneinschätzungen kommt weniger von unterschiedlichen Einschätzungen darüber, ob es zu rascher Digitalisierung im Gesundheitswesen kommt – diese Frage wurde auch gestellt und führte zu weniger diskrepanten Antworten.

Die Einschätzung, ob dieser Wandel stärker Patient*innenbedürfnisse oder Wirtschaftsinteressen repräsentieren wird, ist eine politische Einschätzung – diese Frage geht über das Terrain hinaus, auf dem die Befragte Expert*innenstatus haben.

In Digitalisierungsszenarien, die davon ausgehen, dass es durch regulatorische Politikmaßnahmen gelingen wird, die Interessen der Patient*innen zu wahren, spielen auch kleine Krankenhäuser weiterhin eine tragende Rolle im System, während in Szenarien, die die wirtschaftlichen Interessen in den Vordergrund stellen, auch eine Entwicklung denkbar ist, die, wie es von vielen „change-greeters“ der US-Studie befürwortet wurde, die Versorgung durch einen Mix aus hochspezialisierten zentralen Krankenhäusern, dezentralen ambulanten Behandlungseinheiten und Fernbetreuung erfolgt.

Auffallend ist, dass in der Fachliteratur der 2010er Jahre kleine Krankenhäuser oftmals als Innovationsbremsen angesprochen werden – dies wohl daher, da es damals auch eine größere Gruppe von in kleinen Einheiten stärker vertretenen Expert*innen gab, die bezweifelten, ob künstliche Intelligenz, Robotik und Big Data sich überhaupt durchsetzen würden.

Die für die nähere Zukunft prognostizierten Entwicklungen stehen einem Szenario mit Fortbestand kleiner Krankenhäuser nämlich in keiner Weise entgegen. Die Entwicklung bis 2040 wird geprägt sein von:

Digital technologies that collect, process, and share data help enable AI usage [15, 16]. AI is already ubiquitous in computer science, research, and policy-making. However, it is still in its infancy in healthcare organizations [19], especially due to missing strategic guidance on implementation in healthcare processes [20]. AI promises to find patterns in data, extrapolate, interact, recognize objects, and detect illnesses [6]. The rise of computational power, storage capacity, and transmission speed (e.g. 5G) are paving the way for AI to become the powerhouse of future innovations and organizational efficiency. Besides being a specialized tool, AI will also be a key enabler for personalized medicine and systems medicine [21–23], as well as stakeholder-oriented healthcare [24]. As such, the use of AI will be a constitutive dimension of the concept and vision of smart hospitals.

Hurdles, however, are numerous. They include interoperability and regulatory [25] as well as data privacy concerns [26]. As health data often contain highly sensitive personal information, achieving privacy and trust that the technology will work error-free remain challenges for the future of smart hospitals [27].

Da viele der beschriebenen Innovationen Hybridformen aus telematikbasierter und Vor-ort-Kommunikation darstellen, scheinen gerade kleine Krankenhäuser hier sogar im Vorteil zu sein.

2. Auswirkungen auf Kosten:

Im Gegensatz zu allen Branchen kommt es im Gesundheitssektor zu Innovationen nicht nur, wenn diese höhere Gewinne erwarten lassen, sondern auch, wenn durch sie Leben gerettet bzw. Leid verringert werden kann, selbst wenn die Auswirkungen auf Kostendeckung negativ ist. Im Gesundheitssektor kommt es dadurch zur Tendenz, systemverteuernden technischen Fortschritt auf zahlungskräftige Klientel zu beschränken und nur systemverbilligenden Fortschritt in das sozialversicherungsfinanzierte System aufzunehmen. Filtert man aus dem anstehenden technischen Fortschritt nur die systemverbilligenden Innovationen heraus, kommt man eher zum Schluss, kleine öffentliche Krankenhäuser zu schließen als wenn man beim Einsatz von Innovationen auch systemverbessernden Fortschritt anstrebt.

Der zusätzliche Gewinn aus systemverbilligenden Innovationen (z.B. Ablaufoptimierungen durch Digitalisierung von Abläufen) erfolgt zwar mit dem Ziel der Einsparung von Kosten bei Sozialversicherungen und öffentlichen Gesundheitsbudgets, der Großteil dieser Einsparungen verbleibt wegen der Marktmacht anbietender Oligopole jedoch bei den Anbietern von Produkten und Softwarediensten - üblicherweise gestalten Informations-, Pharma-, und Medizintechnikindustrie ihre Preispolitik ungeachtet der Veränderung von Gestehungskosten so, dass den Endabnehmern gerade ein kleiner Kostenvorteil als Kaufanreiz verbleibt und der Großteil des Sparpotenzials an die Lieferanten von Technologie und Softwaredienstleistungen geht.

Aus- und Anlaufphasen eines neuen Ärztezentrum im Vergleich zu Kosten „eingespielter guter Praxis“

Jede Umstrukturierung ist mit erheblichem Umgestaltungsaufwand verbunden.

In der Variante Fachärztezentrum ist mit folgenden Kosten zu rechnen:

- Übersiedlungskosten: die Kosten einer Übersiedlung in derselben Stadt werden z.B. von einem Betreiber eines Zentrums für bildgebende Verfahren allein für sein Zentrum mit 100.000 € angesetzt: 350 k€
- Personalwechselkosten: Recruiting, Ein- und Umschulungsaufwand, schlecht ausgelastete Kündigungszeiten und Sozialpläne: 100 k€
- Kosten durch vorzeitige Kündigungen von Personal, das am Standort für sich keine Zukunft mehr sieht und kurzfristig (auch mit Überstunden) ersetzt werden muss: 50 k€
- Kosten des Zusammenwachsens, anfänglicher Ineffizienz, zusätzlicher Evaluierung und Nachjustierung von anfangs nicht voll effizienten neuen Teams und Abläufen: einmalig 250 k€

Die Umstrukturierung zu einem Fachärztezentrum samt Übersiedlungskosten verursacht Einmalkosten von **ca. 750 k€**.

Das Upgrade des Landesklinikums zum LK GD 2.0 inkl. hausinterner Übersiedlungen verursacht einen geschätzten Umstrukturierungsaufwand von 20% des o.a. Aufwands, d.s. 150 k€

Entwicklungsperspektive

Es ist sinnvoll, nicht nur zu betrachten und zu bewerten, welche Entwicklungen von außen in jedem Fall auch die Projektvarianten einströmen werden, sondern auch die Chancen zu bewerten, die diese Veränderungen hinsichtlich ihrer Entwicklungsperspektive bieten. Die Projektvarianten sind nicht nur als statische Konstrukte zu bewerten, die jahrelang unverändert agieren werden, sondern es ist auch ihr Potenzial weiterer Entwicklung mitzubewerten:

Fachärztezentrum

Das Land NÖ gibt für das Fachärztezentrum eine groß angelegte langfristige Perspektive an und führt an, der Investor habe eine Gesamtinvestition von 120 Millionen Euro in Aussicht gestellt. Hinsichtlich der Inhalts dieses weiteren Entwicklungsschrittes wurde nichts mitgeteilt. Es kann sein, dass der Investor überlegt, hier ein Hotel zu errichten, das zur Nachsorge nach Operationen und als Schulungshotel dienen könnte, derartige Aussagen wurden 2025 kommuniziert, danach aber nicht mehr. Es ist gängige Praxis, dass Investoren, die für ihr Investment Förderungen benötigen, große Investitionsvolumina unverbindlich in Aussicht stellen, so wie es in Gmünd z.B. zur Erlangung österreichischer Fördergelder für das Magna-Werk in Ceské Velenice erfolgte. Wenn der Investor den Inhalt der langfristigen Pläne konkretisiert, kann ihre Bewertung als Nachtrag in die Studie eingearbeitet werden.

LK GD 2.0

Das Landeskrankenhaus Gmünd eignet sich hervorragend als Modellstandort für die Einführung neuer Technologien in die dezentrale stationäre Gesundheitsversorgung. Der Ausbau des Standorts zu einem Universitätskrankenhaus mit folgenden Charakteristiken ist denkbar:

- Patenschaft mit einem oder mehreren **Universitätseinrichtungen** aus Österreich und ggf. der Tschechischen Republik nicht nur im Medizinbereich, sondern auch im Bereich der generativen künstlichen Intelligenz, der Nanorobotik, der Individualisierung, der Sensortechnik, der Prozesssteuerung oder von Digital Human Twins.
- Nachdem dezentrale Medizininnovation in den 2010er Jahren praktisch nicht mehr verfolgt wurde und die Annahme Platz griff, Innovation müsse grundsätzlich “von oben nach unten” über Spitzenkliniken in den Spitalswesen durchfiltern, legen die aktuellen Entwicklungen nahe, dass ein großer Teil der auf den Markt drängenden Innovationen gerade in dezentralen Spitalsstrukturen am effizientesten eingesetzt werden können. Um diese Chancen nützen zu können, ist eine **Modelleinrichtung** erforderlich, in der praktisch überprüft werden kann, welche medizinischen, wirtschaftlichen, technischen und psychosozialen Vorteile dezentrales *early adopting* haben kann
- Im Fokus stehen sollen Technologien, die nach entsprechender Einschulung auch von **nichtärztlichem Personal oder Postgraduate-Mediziner*innen der ersten Karrierestufe** genutzt werden können.
- Am Areal des Landeskrankenhaus besteht eine **Baulandreserve**, die für genutzt werden kann, um zusätzlichen Platzbedarf abzudecken, der für ein Zentrum, das sich mit der Implementation neuer Technologien befasst, benötigt werden könnte. Derzeit sind hinter dem Gebäude Parkplätze und 2 Container untergebracht. Durch Anlage einer Tiefgarage könnte der Platz für das neue Gebäude frei werden.

Eine solche Einrichtung kann eine **Türöffnerfunktion** für neue kosteneffiziente Medizin- und Patientenadministrationstechnologie in ganz Niederösterreich und darüber hinaus entwickeln. Sie erhöht die Attraktivität von Gmünd als Arbeitsstandort und bieten weitreichende Chancen für Startups, denen im Internationalen Wirtschaftspark Ceské Velenice und im Bobbin-Areal auch Ansiedlungsmöglichkeiten offenstehen.

Auswirkungen bei Epidemien, Katastrophen und Großunfällen

Eine Zentralisierung der Gesundheitsversorgung hat erhebliche Auswirkungen auf Zugang und Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen im Fall einer Epidemie, Pandemie, eines Großunfalls, Kriegs oder einer Naturkatastrophe:

- Der Betrieb und die Benützbarkeit von öffentlichen Verkehrsmitteln kann eingeschränkt sein
- Es kann zu Engpässen der Verfügbarkeit von Fahrzeugtreibstoff kommen
- Straßenverbindungen können unterbrochen sein
- Die Krankenhausversorgung ist als kritische Infrastruktur leichter angreifbar, wenn es nur wenige zentrale Standorte gibt, die gezielt angegriffen werden können, und deren Ausfall sehr schnell zu schwer kompensierbaren Versorgungsengpässen führen kann.
- Im Epidemiefall wird zusätzliche Bettenkapazität benötigt. Während der Pandemie wurde vielfach moniert, dass ein Plan zur Schaffung von Vorhaltekapazitäten (Reserven bei Betten, Sauerstoffbetten und Intensivbetten) erforderlich sei, dieser ist jedoch noch ausständig. Die Reduktion und Verlagerung von Bettenkapazitäten kann im Fall einer Epidemie frühere und härtere Triagemassnahmen erfordern und zu vermeidbaren Todesfällen führen.
- Die bestehende Lösung, in fast jedem Bezirk des Landes ein allgemeines Krankenhaus zu betreiben, hat im Hinblick auf den Epidemiefall erhebliche Vorteile. Insbesondere sollte vermieden werden, dass schon vorhandene Kapazitäten, die nach Strukturreformen als Reserve dienen können, unter Einsatz hoher Kosten abgebaut werden.
- Bei Unfällen und Katastrophenereignissen ist schnelle operative Versorgung sehr oft wichtiger als die Frage, ob die ausführende Chirurg*in hoch oder nur allgemein auf Unfälle spezialisiert ist. So ist z.B. bei vielen Verletzungen die Transportzeit in den nächsten Operationsraum das für das Überleben entscheidendere Kriterium als die Exzellenz der aufgesuchten Klinik.

Synergiepotenziale interdisziplinärer Behandlungszugänge bei verschiedenen Krankheitsbildern

Je spezialisierter Krankenhäuser sind, umso weniger können sie Leistungen bieten, die über das Aufgabengebiet der Fachdisziplin, die sie abdecken, hinaus gehen. Ist beispielsweise in dem Haus, in dem eine Interne untergebracht ist, auch eine Orthopädiestation, kann einfacher abgeklärt werden, ob bzw. inwieweit Beschwerden durch eine orthopädische Diagnose mitverursacht sind, und die Erfahrung zeigt, dass zusätzliche Disziplinen in den Behandlungsablauf mit zunehmender Entfernung zwischen ihren Standorten aus Kostengründen, aber auch um schwache Patient*innen nicht der Belastung von Transporten auszusetzen, oftmals unterbleiben.

Ein hoher Anteil von Krankenhäusern mit mehreren sich gut ergänzenden Fachdisziplinen unter einem Dach ist durch Zentralisierung, durch Betrieb von auch kleinen Abteilungen erreichbar, und zu einem gewissen Grad auch durch Teilzeitanwesenheit von Expert*innen bestimmter Fachgebiete. So können z.B. Fachleistungen wie Augenchirurgie, urologische Chirurgie o.ä. durch zeitweise besetzte Zweigstellen wahrgenommen werden oder durch Belegärzt*innen, die in der Region Ordinationen betreiben und für bestimmte Leistungen zeitweise in ein Krankenhaus geholt werden.

Das Synergiepotenzial der Gesundheitsregion Waldviertel wird also weniger durch Schließung oder Fortbetrieb von Krankenhäusern beeinflusst als von flexibler Dezentralisierung von Leistungen. Je mehr Dienste in Gmünd angeboten werden, umso besser werden Synergiepotenziale nutzbar. Eine quantitativ-ökonomische Bewertung der Synergiepotenziale verschiedenen Versorgungsszenarien für Gmünd ist nicht möglich, daher erfolgt die Bewertung auf einer **qualitativen Skala**.

Auswirkung des Wegfalls von Leistungen, die bisher für PatientInnen aus anderen Regionen Niederösterreichs und Südböhmens erbracht wurden

Eine monetär nicht bewertbare Auswirkung ist der Eintritt kritischer bis lebensbedrohlicher Situationen durch längere Anreisezeiten von Patient*innen aus České Velenice und Umgebung, die nach Gmünd 2-15 km anreisen, nach Budweis jedoch 45-58 km. Zur längeren Fahrzeit kommt dazu, dass Rettungsfahrzeuge in dieses Gebiet oftmals erst auch Trebon anreisen müssen und so um bis zu 30 min.später bei der Patient*in eintreffen.

Andere Auswirkungen können monetär bewertet werden: Für die Verlagerung von Operationen, die bisher in Gmünd für auswärtige Patient*innen erbracht wurden (z.B. Varix- und Hernienbehandlung) muss anderswo Betten- und OP-Raumkapazität erst geschaffen werden, die in Gmünd schon vorhanden ist. Diese Gruppe macht ca. 20 Betten aus, die mit Entstehen von Neubaukosten verlagert werden müssen. Die Zusatzkosten dafür betragen ca. 3 Mio. €

Auswirkungen auf das Outplacement und nachgelagerte mobile Dienste

Diese Auswirkungen erfolgen z.B. durch Verlagerung stationärer zu ambulanter Versorgung bei Patienten mit Betreuungsdefizit im eigenen Haushalt. In einem mit Betten ausgestatteten Krankenhaus kann und wird oftmals entschieden werden, eine Patient*in zur Sicherheit eine Zeitlang stationär nachzubetreuen, wenn daheim die Bedingungen für gute Heilung und Betreuung nicht gesichert sind.

Ein Eingriff, der an sich durchaus ambulant (ggf.mit betreuter Aufwachphase) vorgenommen werden kann, kann für manche Patient*innen dennoch einen mehrtägigen Übergangsaufenthalt erfordern, etwa wenn die anschließende mobile Betreuung nicht sofort gegeben ist, wenn der Zustand sich nur langsam stabilisiert oder eine Anschlusskomplikation befürchtet werden muss. In dem Fall ist es nicht nur belastend, sondern auch teurer, die Patient*in erst nach Hause zu entlassen, nur um ihn/sie dann etwas später ev. in stationäre Behandlung verbringen zu müssen.

Diese Auswirkung besteht vor allem für die Variante Fachärzteezentrum, in der kein Spitalsbetrieb mehr erfolgt, und ist nur **qualitativ bewertbar**.

Auswirkung auf die Betreuung Sterbender

Geschwächte Patient*innen können auch nach ambulant vornehmbaren Eingriffen in lebenskritische Situationen kommen. Für im Krankenhaus Gmünd versterbende Patient*innen ist krisenmedizinische und palliativmedizinische Betreuung bis zum Lebensende möglich. Ein Teil der derzeit hier Versterbenden wird bei Ersatz des Krankenhauses durch ein Fachärzteezentrum daheim ohne einen solchen Zugang sterben, ein anderer in weiter entfernten Krankenhäuser, in denen die Wahrscheinlichkeit geringer ist, dass in einer lebenskritischen Situation Angehörige noch Zeit und die Möglichkeit eines Besuchs haben. Durch den längeren Weg zum Krankenhaus werden tendenziell mehr Menschen auf dem Transport ins Krankenhaus versterben als bisher, wobei im Fahrzeug ja weniger Behandlungsmöglichkeiten als im Krankenhaus zur Verfügung stehen. Diese die Variante Fachärzteezentrum betreffenden Faktoren können natürlich nur auf einer **qualitativen Skala** bewertet werden.

Auswirkung unterschiedlicher Besuchsintensität

Einerseits kommt der Trend zu ambulanten Behandlungen, Tagesklinik und Telemedizin dem Wunsch vieler Patient*innen entgegen, so viel Zeit wie möglich zu Hause zu verbringen; andererseits kommt es bei Standortschließungen und -spezialisierungen durch steigende Entfernung zwischen stationärem Aufenthalt und Wohnort der Angehörigen zu weniger Besuchen. Auch kennen einander die PatientInnen dann kaum, und die bei Spitalsaufenthalten wichtigen Sozialkontakte gehen zurück. Wenn Besuche viel Zeit und Geld kosten, werden sie seltener angetreten, dieser Umstand ist ständig zu in Krankenhäusern und Heimen zu beobachten. Die im Gesundheitsplan angelegte tendenzielle Verlagerung. Es ist **qualitativ** zu bewerten, wie sich die Varianten auf die Besuch und ihre psychisch stabilisierende Wirkung von samt pflegerischer Mitwirkung durch Angehörige auswirken.

Konzentration auf wertvolle Dienstleistungen

Das Land NÖ hat 2014-16 an einer Studie teilgenommen, die die Kosten von **„Gesundheitsleistungen geringen Werts“** („low-value services“) ermittelt hat⁴¹.

Insgesamt waren 2015 ca. 250.000 Versicherte der damaligen NÖGKK von 26 als fragwürdig klassifizierten Leistungen im Wert von 11 M€ betroffen. Die monetär größten Positionen waren dabei sehr häufig durchgeführte PAP-Tests, sehr häufig durchgeführte Dual-Röntgen-Absorptiometrie-Untersuchungen, nicht nötige Bestimmung von Schilddrüsenparametern, Atopie-Tests zur Diagnose einer IgE-mediierter Nahrungsmittelallergie, Krebsfrüherkennung bei Personen über 70, tägliche Blutzuckerkontrolle bei nicht-insulinpflichtigen Diabetikern, Langzeitverschreibung von Magenschutzmedikamenten, Behandlung mit „Mistelpräparaten“, Verschreibung von Fettsenkern an hochbetagte Personen und gleichzeitige Verschreibung von drei oder mehr antipsychotischen Medikamenten.

Die Empfehlungen der Studie wurden seither weitgehend umgesetzt. Auch der Hauptverband der Sozialversicherungsträger hat Effizienzrichtlinien erstellt, nach denen alle Landeskrankenhäuser zu arbeiten angehalten sind, soweit Sozialversicherte betreut werden. Es bestehen Bestrebungen, die Grenzen dessen, was als fragwürdig gilt, enger zu ziehen, wobei es naturgemäß zu Konflikten mit Präventionsstrategien kommt. Der Verzicht auf **„zur Sicherheit“**

⁴¹ (8) Gogol M, Siebenhofer A., Choosing wisely-against overuse in healthcare systems-activities in Germany and Austria in geriatric medicine. Wien Medizinische Wochenschrift, Bd. 5-6, 2016.

durchgeführte Abklärungen und Behandlungen stößt auf Versichertenseite oft auf Widerstand, weshalb die Tendenz besteht, solche Änderungen zugleich mit Änderungen der Gesundheitsstrategie vorzunehmen. Im Rahmen eines sich aktuell stark verändernden Systems werden Einschränkungen oft von Patient*innen nicht bewusst wahrgenommen.

Eine quantitative Bewertung erwartbarer Auswirkungen erweiterter Definitionen von *low-value care* ist nicht möglich, die Bewertung erfolgt daher **qualitativ**.

Regional- und Volkswirtschaft

Regionalwirtschaftliche Auswirkungen auf die Wertschöpfung

Fachärzteezentrum

Die durch Österreichs Krankenanstalten erzielte Wertschöpfung und die zusätzliche Kaufkraft wurden 2009 in einer Studie für die Vinzenz-Gruppe⁴² detailliert errechnet. Ihr zu Folge erzielten die 27 Spitäler und Sonderkrankenanstalten Niederösterreichs 2009 durch eigene Tätigkeit („direkt“) 776,263.927 € Wertschöpfung. Die zusätzlich aus Vorleistungen generierte indirekte Wertschöpfung betrug im selben Jahr 185,161.362 €. Hinzu kam Kaufkrafteffekt in Höhe von 642,119.583 €, der durch die Wirtschaftsleistung der Spitäler und der vorgelagerten Betriebe ausgelöst wird

Wertschöpfung von Krankenanstalten (€/a)				davon	davon	davon
in NÖ lt. Vinzenz-Gruppe		valorisiert		Region	Bezirk	Stadt
direkte						
Wertschöpfung	776.263.927	15.525.279	24.452.314	25%	6.113.078	
indirekte	185.161.362	3.703.227	5.832.583	15%	874.887	
Kaufkraft	642.119.583	12.842.392	20.226.767	33%	6.674.833	
Summe	1.603.544.872	32.070.897	50.511.663		13.662.799	10.930.2399.563.959

Wendet man die zitierte Methode an, errechnet sich für das Landeskrankenhaus Gmünd eine jährlich erzielte Gesamtwertschöpfung von 50 Millionen Euro. Nimmt man im weiteren an, dass von der direkten Wertschöpfung 25%, von der indirekten 12%, von der Kaufkraft der Beschäftigten 40% (v.a. Lebensmittel, Mieten, erneuerbare Energie und Gastronomie) und von der Kaufkraft der vorgelagerten Wirtschaftsleistung 18%, so verbleiben von der erzielten Wertschöpfung bei aktuellen Preisen € pro Jahr in der Region. „In der Region“ bezeichnet dabei die etwa durch die Wohnstandorte des Personals abgegrenzte Region. Valorisiert man nun die für 2009 errechneten Geldbeträge nach dem offiziellen Verbraucherpreisindex (157,5%) , so generiert nach der Methode dieser Studie das LK Gmünd in seiner bestehende Form im Jahr 2026 in Summe eine Wertschöpfung von ca. 10,9 Millionen Euro im Bezirk, bzw. 9,56 Millionen € in der Stadt Gmünd.

Nicht eingerechnet sind Wertschöpfungseffekte, die dadurch entstehen, dass die Gesundheitsdienstleistungen Gesundheit und Produktivität der Bevölkerung verbessern.

⁴² Institut für Volkswirtschaft der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Studie „Krankenhaus: Wachstumsspritze für die Wirtschaft“, im Auftrag der Vinzenz-Gruppe Krankenhaus- und Managementbeteiligungsgruppe, Klagenfurt 2009

Der Anteil aus Niederösterreich abfließender Dienstleistungen am Gesamtleistungsumfang hat sich zwischen 2009 und 2026 nicht wesentlich verändert, da bis 2009 die Abwanderung eines Großteils der Pharmaindustrie aus Österreich bereits abgeschlossen war und auch in Bereichen wie Medizintechnik und Lebensmittelindustrie keine großen Veränderungen stattgefunden haben; somit musste über die Inflationsbereinigung hinaus kein Korrekturfaktor für die Übertragung der damals ermittelten Wertschöpfung auf die gegenwärtige Periode eingeführt werden.

Nur bei ersatzloser Schließung der Landeskliniks fiele die gesamte für den Bezirk ausgewiesene Wertschöpfung weg. Werden bei einer Schließung jedoch andererseits Fachärztelepraxen angesiedelt und gewisse chirurgische Eingriffe ambulant weiter angeboten, verlagern sich Teile der Wertschöpfung in andere Bezirke. Werden auch für in Tschechien wohnhafte Personen Angebote verringert, erfolgt diese Verlagerung z.T. von Österreich weg nach Tschechien. Sobald die für im Fachärztelezentrum real angebotenen Leistungen bekannt sein werden, kann auch für dieses Projekt die Wertschöpfung genauer berechnet werden, vorerst erfolgt an Stelle einer genauen Berechnung die aufgrund bisher zugänglicher Informationen getroffene Annahme, dass in Summe nur noch die Hälfte der bisher im Bezirk generierten einschlägigen Wertschöpfung weiter im Bezirk erfolgen wird, sodass Wertschöpfung in Höhe von ca. **5-6 Millionen Euro jährlich abfließen wird**.

LK GD 2.0

Von den 13,663 k€ Wertschöpfung des LK GD fallen derzeit 10.930 k€ im Bezirk und 9.564 im Bezirk Gmünd an. Das LK GD 2.0. wird etwa 80-85% der Wirtschaftsleistung des bisherigen Landeskliniks erzielen, sodass eine Einbuße bei der Wertschöpfung in Höhe von 12,5% d.h. Von **1,708 M€** (davon 1,366 im Bezirk und 1,1905 k€ in der Stadt Gmünd) angesetzt werden kann.

Diese Angabe enthält keine Wertschöpfungseinbußen durch Einkommensverluste bei Weiterbeschäftigung ehemaligen Spitalspersonals im niedergelassenen Bereich; diese ist im Kapitel (Querverw) zu finden.

Bei einer Verlagerung von Kassen- zu Wahlarztmedizin erhöht sich durch höhere Gesamtpreise die Wertschöpfung. Verringert sich die Versorgungsqualität, kann dies durchaus auch zu einer Erhöhung der Wertschöpfung führen, da später einsetzende Behandlungen oft teurer sind als rechtzeitige und als Prävention. Die Wertschöpfungsrechnung eignet sich daher nicht als Indikator der Qualität des Gesundheitswesens, sondern nur zur Bewertung regionaler Ausstrahlung.

Auswirkungen auf die Attraktivität von Gmünd-Neustadt und die Immobilienpreise im Umfeld

Der industriell geprägte Stadtteil Gmünd-Neustadt weist seit ca. 30 Jahren zunehmend mehr Leerstand auf als Gmünd-Stadt und ist durch stagnierendes Preisniveau gekennzeichnet. Der Umstand, dass inmitten des Stadtteils das Krankenhaus gelegen ist, konnte bisher verhindern, dass hinsichtlich Leerstand und Preisen eine Abwärtsspirale aufgetreten wäre. Sollte das Krankenhaus geschlossen und ein Fachärzteletrum gebaut werden, droht eine spürbare **Abwertung der Liegenschaften** in Gmünd-Neustadt:

- durch **Nachfragerückgang** - Abwanderung und Ende des Zuzugs der zahlungskräftigen Mieter- und Käufergruppe medizinischen Personals und ihrer Familien
- bei Neubau von Ordinationen auch durch Verlagerung bestehender Ordinationen, medizinischer Dienste und Heilbedarfsläden in Erdgeschosslagen, für die kaum Nachmieter zu finden sein werden, in das Fachärzteezentrum; es wird **öffentlich finanziertes Überangebot an Ordinationsflächen** geschaffen
- durch **verringerte Attraktivität** von Gmünd und insbesondere Gmünd-Neustadt als Wohnstandort: gerade für ältere Personen war für einen Zuzug nach Gmünd-Neustadt oft die Nähe eines Krankenhauses das entscheidende Argument
- Bei Sozialwohnungen und von gemeinnützigen Trägern gebauten Wohnungen steigen bei einer Abwärtsentwicklung der Attraktivität des Stadtteils die **Mietzinsrückstände**. Bei sinkenden Mieten sinkt die **Mietzinsreserve** und die Häuser werden nicht mehr vollständig instandgehalten.
- Durch sinkende Kaufkraft und Personenfrequenz steigt der **Erdgeschoßleerstand** auch bei Handels- und Gewerbeimmobilien, die nicht im Gesundheitsbereich tätig sind.

Bei rückläufigen Mieten kann es durch Zuzug finanzschwacher Gruppen zur einer schwer rückführbaren Ghettobildung kommen, ähnlich wie es im gleich jenseits der Lainsitz gelegenen Stadtteil von České Velenice „hinter dem Viadukt“ erfolgt ist.

Schätzt man für jedes Gebäude den aktuellen Verkehrswert der Liegenschaften von Gmünd-Neustadt und stellt diesem den Liegenschaftswert im Fall einer Schließung des Landeskrankenhauses gegenüber, ergibt sich *ceteris paribus*⁴³ ein Wertverlust von ca. 10,5 Millionen Euro. Die diesem Wert zugrunde liegenden Preisschätzungen basieren auf der Verkehrswertmethode nach Kranebitter⁴⁴. Es wurde für jede Liegenschaft eine Einschätzung des Verkehrswerts vorgenommen, und diese Schätzwerte wurden an Hand der veröffentlichten Angebotspreise der aktuell in Gmünd Neustadt zum Verkauf stehenden Immobilien kalibriert.

In einem ersten Arbeitsschritt wurden die Angebotspreise zu geschätzten Transaktionspreisen umgewandelt, indem von jedem Angebotspreis eine Verhandlungsspanne von 5% abgezogen wurde. Dadurch wurde berücksichtigt, dass ja nicht jede Immobilie letztlich zu dem im Inserat gewünschten Preis verkauft werden kann. Es zeigte sich eine Verkehrswertdifferenz von -3,5% zwischen den von außen selbst vorgenommenen Preisschätzungen und den korrigierten Angebotspreisen; daraufhin wurde für sämtliche Liegenschaften in Gmünd-Neustadt der angenommene Verkehrswert um 3,5% angehoben.

Im zweiten Arbeitsschritt erfolgte wiederum in Anlehnung an Kranebitter eine Abschätzung des durch eine eventuelle Schließung des Krankenhauses erwartbare Wertminderung wie folgt:

Massive Abwertung (-11 bis -20%):

Diese wurde für viele Gebäude in der Conrathstraße, Spitalgasse, Gewerbeasse und Arbeiterheimgasse, also in nächster Nähe zum Klinikumsstandort angenommen – je nach Entfernung und Gebäudenutzung in unterschiedlicher Höhe. Hohe Abwertungen erfolgten v.a.

⁴³ d.h., wenn man alle anderen bis dahin ggf. stattfindende Wertveränderungen außer Acht lässt, also ohne Berücksichtigung der Inflation und von allgemeinen Entwicklungen am Immobilienmarkt

⁴⁴ Heimo Kranewitter, Liegenschaftsbewertung, MANZ-Verlag, Wien 1987, [ISBN 978-3-214-03693-5](https://www.manz.at/ISBN-978-3-214-03693-5)

für Gebäude mit Ordinationen und für die neu errichtete und erst teilweise vermietete Wohnhausanlage der Waldviertler Siedlungsgenossenschaft und für das Haus für betreutes Wohnen in der Spitalgasse.

Hohe Abwertung (-1 bis -10%):

Eher höhere Verluste wurden für Gebäude im Rest der Straßenzüge Conrathstraße, Lagerstraße, Schubertstraße, Schubertplatz angesetzt, geringere (1-6%) in allen restlichen Teilen von Gmünd-Neustadt. Der Wertverlust von Gebäuden des sozialen Wohnbaus wurde konservativ mit -5% geschätzt (Verlust: 3 Millionen Euro). Sollte es zu Anzeichen von Ghettoisierung kommen, wäre durch geringere erzielbare Mieten, schlechtere Infrastruktur und Zinsrückstände auch ein wesentlich höherer Wertverlust im Bereich des Möglichen.

Geringe Abwertung:

Im restlichen Gemeindegebiet von Gmünd, den Katastralgemeinden Wielands und Ehrendorf der Gemeinde Großdietmanns und in Ceské Velenice kann je nach Immobilientyp bei einem Verkauf oder der Vermietung das Ausbleiben von Interessent*innen aus dem medizinischen Bereich spürbar werden. Der Verkehrswert der Liegenschaften dieser Gemeinden kann grob auf ca. 300 M€ geschätzt werden, ein Wertverlust von 0,5% würde einen Wertverlust von weiteren 1,5 M€ bedeuten. Ein solcher Wertverlust wurde jedoch nicht in die Gesamtbewertung aufgenommen, da er auf indirekten Effekten beruhen würde, die sich einem empirischen Beleg entziehen.

Keine Abwertung:

Liegenchaften, auf die sich wegen ihres Nutzungszwecks eine Schließung des Landeskrankenhauses nicht auswirken würde, blieben unbewertet, so z.B. die Zentrale der Baufirma Leyrer&Graf, die Tankstelle samt Haus der Geschichte beim Stadttor, die Lagerhalle der Firma Schnabl oder das Verkaufslokal in der Postgasse.

Aufwertung:

Der Wert eines Bauerwartungslands in der Nähe des geplanten Fachärzteeentrums würde bei Ersatz des Landeskrankenhauses durch ein Fachärzteeentrum steigen, dies wurde berücksichtigt.

Die für jedes Objekt in Gmünd-Neustadt nach o.a. Methode durchgeführte Wertänderungsschätzung ergibt einen aggregierten Wertverlust von 11,1 M€, für die Grieslhüblsiedlung in Ehrendorf sind weitere 0,3 M€ anzusetzen, dies ergibt einen vorwiegend bei Privathaushalten anfallenden **Einmaleffekt von 11,4 M€**. Auf die Gemeinde als Gebäudebesitzer entfallen hier ca. 660 k€.

Für die Wohnungsmieter*innen in Gmünd-Neustadt ergibt sich, falls die Wertminderung auf die Mieten weitergeben wird, zwar eine Verringerung der Mietzinse von 105 k€ p.a., die aber nur auf den ersten Blick einen Positiveffekt für den Fall der Errichtung des Fachärzteeentrums darstellt, indem sie z.T. der Bevölkerung der entstehende Nachteile kompensiert. Da im sozialen Wohnbau anfallende Mieteinnahmen jedoch i.d.R. zur Instandhaltung der Häuser über die Mietzinsreserve genutzt werden, würde sich eine solche Mietsenkung negativ auf die Wohnqualität auswirken und bleibt daher in Summe **unbewertet**.

In der **Variante LK GD 2.0** werden kaum spürbare Effekte auf Liegenschaftswerte auftreten und somit erfolgt auch keine Bewertung.

Küchenservice

Die modern ausgestattete und mehrfach ausgezeichnete Küche des LK Gmünd versorgt auch die Aktion Essen auf Rädern mit (2025: 39863 Portionen an über 100 Personen im Gebiet von Gmünd und einige in Großdietmanns). Da die in Gmünd vorhandenen Gaststätten kaum Reservekapazität haben, die zur Abdeckung dieses Bedarfs von über 100 Mittagessen täglich ausreichen würde, und das Gespräch mit den beiden Schulküchen in Ceské Velenice nicht gesucht wurde, plant das Land NÖ nun bei Schließung des Krankenhauses nicht nur zur mittäglichen Versorgung der Tagespatient*innen, sondern auch wegen des steigenden Bedarfs nach externer Auslieferung die Errichtung einer neuen Küche.

Laut healthacrossreport II kostet eine Klinik-Küche (Baukosten von 2010 auf 2026 hochgerechnet) 480.000 € (Ausstattung dazu 150.000, insgesamt also 630.000 €). Die Ausgaben zur Errichtung einer solchen Küche bei gleichzeitiger Schließung der bestehenden Küche sind Mehrkosten der Variante Fachärzteezentrum ohne Mehrwert.

Bewertung von Arbeitsplatzeffekten

Das Land NÖ hat noch keine genauen Zahlen zum erwartbaren Beschäftigtenstand des neuen Fachärzteezentrums vorgelegt. Die Schätzung wegvallener Beschäftigung basiert daher auf möglichst exakter Umlegung verfügbarer verbaler Beschreibungen und ist entsprechend **unscharf**.

Ärztliches Personal: Beim ärztlichen Personal ist bei Standortschließung nicht mit zusätzlicher Arbeitslosigkeit zu rechnen, sondern nur mit Übersiedelungs- und Auspendelkosten und kurzzeitiger Sucharbeitslosigkeit bei Ärzt*innen und deren ggf. mitübersiedelnden Partner*innen.

Pflegepersonal und Fachdienst: Mehrmonatige Arbeitslosigkeit kann in Fällen entstehen, in denen die beschäftigungerschwerende Faktoren wie höheres Lebensalter und Beeinträchtigungen der psychischen und mentalen Gesundheit zusammenkommen (geschätzt: 15-18 Personen).

Hilfspersonal und Sub-Beschäftigte: Die Schließung des Standorts würde bei einem Teil der Beschäftigten (geschätzt: 80-85 Personen) zu mehrmonatiger Arbeitslosigkeit führen, in einigen Fällen (z.B. Bei im LK beschäftigten behinderten Personen) auch zu mehrjähriger Arbeitslosigkeit oder gar zum Herausfallen aus der Erwerbstätigkeit.

Es kann daher erwartet werden, dass es nach Abzug von einigen in anderen Bezirken und Tschechien arbeitslos werdenden Personen je nach aktueller Konjunktur zu 600-1500 Personenmonaten (18.000-45.000 Personentagen) zusätzlichen Arbeitslosengeld- und Notstandeshilfebezugs im Bezirk Gmünd kommt. Der durchschnittliche Tagesatz wird etwas höher als der Bundesschnitt von (2025) 44 € liegen. Man kann 46 € bzw. inkl. vom Staat übernommener Krankenversicherung 49 € pro Tag ansetzen, inkl. Administrationsaufwand beim AMS 50 € ansetzen.

Die bez. Der Variante Fachärztezentrum (einmalig anfallenden) Gesamtkosten für das AMS belaufen sich daher ohne Berücksichtigung der Effekte auf regionale Wertschöpfungsketten auf **900.000 bis 2,250.000 € (Mittelwert: 1,575.000 €)**.

Rechnet man die Auswirkung arbeitslos werdender Menschen auf die Wertschöpfungsketten hinzu, wäre etwa mit dem doppelten Effekt zu rechnen, d.h. mit Kosten von ca. 4,5 M€.

In dieser Zahl ist die Positivwirkung zusätzlicher Ordinationen und verstärkt tätiger mobiler Hilfsdienste voll berücksichtigt.

Zum Vergleich: Haber⁴⁵ errechnete für den Fall einer Schließung des (etwas größeren) Krankenhauses der Nachbarbezirksstadt Waidhofen an der Thaya durch Arbeitslosigkeit entstehende Folgekosten von 26,2 Millionen Euro. Die große Differenz zwischen diesen Werten kommt dadurch zustande, dass das Land NÖ den derzeit im LK Gmünd Beschäftigten eine Jobgarantie gibt, wobei ersten Informationen nach die Ersatzarbeitsplätze zumeist weit vom derzeitigen Arbeitsort entfernt und nicht immer gleich gut entlohnt sein werden, sodass nur der obenstehende angeführte Prozentsatz der derzeit Beschäftigten voraussichtlich im Landesdienst verbleiben wird. Die Garantie wird sich zudem nicht auf Im Subauftrag und für Zulieferer Beschäftigte erstrecken.

Kapitel (Querverw) behandelt die Auswirkungen auf die Wertschöpfungsketten detaillierter. Die Auswirkungen der Notwendigkeit des Tages- und Wochenpendelns sind in Kapitel (Querverw) dargestellt, jene von Übersiedlungen reichen von die Notwendigkeit zum Verkauf von Wohnimmobilien über Übersiedelungskosten bis hin zu nur qualitativ bewertbaren – meist negativen - Effekten wie starken Einbußen der Lebensqualität (Zurücklassen betreuungsbedürftiger Angehöriger, Einfügung von Kindern und Erwachsenen in ein neues Umfeld, Heimweh, Karriereknicks usw.)

Wie überall, wo nur ein Teil des bisherigen Personals vor Ort Weiterbeschäftigung findet, steigt unter den Verbleibenden Konkurrenz und Leistungsdruck.

Der negative Effekt wird verschärfend zusammenfallen mit dem auf jeden Fall erwartbaren Verlust von Arbeitsplätzen durch vermehrte Digitalisierung (Wegfall von Schreibdiensten, Medikamentenvorbereitung, Bodenreinigung, Verwaltungsassistenz udgl.). Daher ist für beide Varianten eine zusätzliche **qualitative** Wirkungsbewertung vorzunehmen.

Auswirkungen auf die Budgets der Gemeinden im Bezirk, Abwanderung

Da das Land NÖ noch keine genauen Zahlen zum erwartbaren Beschäftigtenstand des neuen Fachärztezentrums vorgelegt hat, lassen vorliegende verbale Beschreibungen nur grob auf einen Gesamtbeschäftigtenstand von 110-170 über der Geringfügigkeitsgrenze beschäftigten Personen im neuen Fachärztezentrum schließen (Mittelwert: 140). Bezüglich der in dem Fall 250 nicht weiterbeschäftigten Personen ist anzunehmen, dass etwa 100 in der Region weiterhin Arbeit finden wird, etwa 80 in bezahlte oder unbezahlte Arbeitslosigkeit, Pension oder Reha-geldbezug wechseln werden und daher nicht abwandern, und ca. 70 Personen (unter ihnen viele Ärzt*innen) abwandern werden, ohne dass nennenswerter Zuzug stattfinden wird. In den Gemeinden im Bezirk wird diese Abwanderung, die ja auch Familienangehörige betrifft, zu

⁴⁵ Haber, Gottfried, Einfluss eines Krankenhauses auf die regionale Beschäftigung und Wertschöpfung, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt 2011

einem Bevölkerungsrückgang von ca. 100 Personen führen. In den Gemeindebudgets bringt dies einen Rückgang an **Ertragsanteilen** aus dem Finanzausgleich nach dem abgestuften Bevölkerungsschlüssel von ca. 70.000 € pro Jahr führen. Der Rückgang bei der an die Stadt Gmünd zu entrichtende 3%-ige **Kommunalsteuer** für nicht-mildtätige Teilbereiche des LK Gmünd macht zudem schätzungsweise 60.000 € p.a.- aus, sodass ein jährlicher Abgaberrückgang von **130 k€** zu erwarten ist, von dem etwa 104 k€ auf die Stadt Gmünd entfallen werden, der Rest auf die Umlandgemeinden.

Wenn es in der Variante der Schließung des Krankenhauses und Baus des Fachärzteezentrums zur **Verlegung von Hauptwohnsitzen** von ca. 70 Beschäftigten (größtenteils Beschäftigte des Landeskrankenhauses, Abwanderung bzw. Wochenpendeln mit nur noch gelegentlicher Heimfahrt an freien Tagen), so wird dies Alleinstehende überproportional betreffen, sodass insgesamt mit Abwanderung von 110 Personen, davon etwa die Hälfte (ca. 55) aus Gmünd kommen wird. In der Folge werden ca. 2 Lehrerplanstellen an Gmünder Schulen wegfallen.

Durch den Wegfall der Erwerbskombinationsmöglichkeit „Oberärzt*in-niedergelassene Ärzt*in“ wird es tendenziell schwieriger, Kassenordinationen zu besetzen, und es ist mangels an Bewerber*innen zudem mit erhöhtem **Fehlbestand von Kassenstellen** zu rechnen.

Im Fall der **Realisierung des LK GD 2.0** wird die Kommunalsteuer um ca. 25 k€ p.a. zurückgehen, die Ertragsanteile würden um ca. 30 k€ sinken – zusammen ein Rückgang von ca. **55 k€ p.a.**, wovon ca. 45 k€ auf die Stadt Gmünd entfallen werden. Der Rückgang an Hauptwohnsitzen wird in dieser Variante eine Größenordnung von ca. 45 Personen ausmachen; sollte es möglich sein, ein Demonstrationszentrum für innovative Medizinanwendungen in Kleinkrankenhäusern zu etablieren, dann dieser Verlust etwa halbiert werden, und der Rückgang an Gemeindeabgabenaufkommen würde ca. 28 k€ betragen, davon würden ca. 23 k€ auf die Stadt Gmünd entfallen.

Auswirkungen unterdurchschnittlicher Gesundheitsversorgung auf An-/Absiedelungsverhalten und Personalrekrutierung regionaler Betriebe

Regionale Unternehmen der Region, die Fachkräfte auch über die Bezirksgrenzen hinaus rekrutieren und dabei oft Personen dazu bewegen wollen, samt Familie zu übersiedeln, berichten, dass für Bewerber*innen neben dem Angebot an Schulen/Kinderbetreuung, Verkehrsdienstleistungen und Freizeitinfrastruktur die Frage der Entfernung zum nächsten Krankenhaus entscheidungsrelevant ist. Personalverantwortliche aus Betrieben in Ceské Velenice haben auch berichtet, dass diese Stadt ein deutlich beliebteres Zuwanderungsziel geworden ist, als die Aufnahme von Bewohner*innen dieser Stadt im Landeskrankenhaus Gmünd möglich wurde. Durch etwa 60-90 nicht besetzbare offene Stellen in Unternehmen der Region sind die betroffenen Betriebe in ihrem Wachstum und zum Teil im Fortbestand des Standorts gefährdet. Da es sich vielfach um Schlüsselpositionen handelt, kann der Nutzen der Besetzung einer schwer besetzbaren offenen Stelle vorsichtig mit ca. 150.000 € geschätzt werden. Entscheidet auch nur 5% der Fälle das Vorhandensein oder Fehlen eines nahen Krankenhauses die Besetzung einer solchen Stelle, beträgt die finanzielle Auswirkung auf den Bezirk ca. 500-700.000 € jährlich. Setzt man wie im Gesundheitssektor auch hier die generierte Wertschöpfung etwa gleich hoch an wie die Personalausgaben, erhöht sich diese Auswirkung auf 1-1,4 Millionen Euro pro Jahr.

Auswirkungen der Demographie

Dem NÖ Gesundheitsplan 2040+⁴⁶ liegt die ÖROK-Bevölkerungsprognose 2021-2051 zu Grunde. Langfristige Prognosen stellen stets nur Orientierungshilfen dar. Verwendet man einige Jahre alte Prognosen, ist es daher der Stand guter Praxis, die Prognosen durch die seit ihrer Veröffentlichung eingetretene Entwicklung zu rekalisieren. Im vorliegenden Fall ist dies unterblieben. Die Bevölkerungsprognose der ÖROK⁴⁷ sah für die Zeit von 2021 bis 2026 einen Bevölkerungsrückgang um 891 Bewohner*innen auf einen Stand von 35.384 Personen vor, tatsächlich leben 2026 im Bezirk 35.516 Personen; der Rückgang betrug 769 Personen. Schreibt man diese Fehleinschätzung bis 2051 fort, erhält man eine korrektere, da von geringerer Zukunftsunsicherheit getrübe Prognose: Der Bevölkerungsstand wird dann 32.645 Personen betragen, nicht wie in der Prognose angenommen 31.612, das sind um 1.033 Personen mehr.

Des weiteren fand trotz anderslautender zwischenstaatlicher Verträge die Funktion des Landeskrankenhauses Gmünd für die Bevölkerung des tschechischen Grenzgebiets im Gesundheitsplan 2040+ keinen Eingang, wie auch generell entlang aller Grenzen zu benachbarten Bundesländern und Staaten keine Berücksichtigung der Versorgungslage über diese Grenze hinaus und der Einzugsbereiche stattfand. Eine solche an den Landesgrenzen endende Politik ist derzeit Gegenstand von Kritik auch von niederösterreichischer Seite. In vorliegender Studie ist der Umstand berücksichtigt, dass zum Versorgungsgebiet von Gmünd auch die Stadt České Velenice mit ihrem Umland (Gemeinden Nová Ves, Dvory, Halámky, Hranice und Suchdol) gehört. Die Mitversorgung der Bevölkerung auf der tschechischen Seite der von der Grenze geteilten Stadt Gmünd hat sich außerordentlich bewährt. Sie trägt zur Auslastung des Landeskrankenhauses bei, hat dazu geführt, dass Gmünd ein attraktiver Arbeitsort für deutschkundiges tschechisches Gesundheitspersonal geworden ist, und wurde mit mehreren Preisen ausgezeichnet (EU-Interreg-Preis für das drittbeste Projekt Europas⁴⁸, Auszeichnung durch die WHO als „Internationales Best-Practice-Modell“)⁴⁹.

Einwohner tschechisches Einzugsgebiet

	VZ 2023	Progn.2051
České Velenice	3589	3230
Dvory	396	380
Halámky	175	165
Hranice	207	207
Nová Ves	354	340
Suchdol nad Lužnici	3607	3715
Summe	8328	8037

Quelle: Volkszählungszahlen aus WIKIPEDIA, Tschechisches Statistikamt.

Für die Vorbereitung und Implementierung des Projekts und für das HealthAcross-Med-Primärversorgungszentrum wurden EU-Beihilfen empfangen, deren wesentliches Kernstück die grenzübergreifende Gesundheitsversorgung war. Würde die Mitversorgung tschechischer

⁴⁶

https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf

⁴⁷ ÖROK-Prognose 2021: Bevölkerung zu Jahresanfang 2021 bis 2051

⁴⁸ https://www.meinbezirk.at/tulln/c-lokales/platz-drei-fuer-gesundheitsprojekt_a3678630

⁴⁹ https://www.meinbezirk.at/gmuend/c-lokales/eu-preis-fuer-grenzueberschreitende-gesundheitskooperation_a3680889

Patient*innen nun gestoppt wie es der Gesundheitsplan insinuiert, wäre juristisch zu klären, ob von der Landesgesundheitsagentur Niederösterreich und der Stadt Gmünd empfangene EU-Beihilfen zurückgezahlt werden müssen.

Weiters wurde die überproportionale Ausstattung des Bezirks mit Kurplätzen im Plan nicht berücksichtigt. In Moorbatharbach sind 700 Betten fast durchgehend mit Personen überdurchschnittlicher Wahrscheinlichkeit von Spitalsbehandlungsbedarf belegt, das sind bei Pro-Einwohner-Betrachtung um 600 Kurbetten mehr als im Durchschnitt. **Das für 2051 im Gesundheitsplan 2040+ angenommene Einzugsgebiet ist demnach um $1033+8037+600 = 9670$ Personen (also um 27%!) zu gering angesetzt.** Würde man dem NÖ Landesgesundheitsplan diese Zahlen zugrundelegen, wäre das Einzugsgebiet von Gmünd größer als das anderer niederösterreichischer Krankenhausstandorte, an denen der Plan den Ausbau zu Kliniken mit regionalen Schwerpunkten vorsieht.

Die korrigierten Einzugsgebietswerte fanden die Arbeiten zur **Konzeption von LK GD 2.0** Eingang.

Verschiebungen in andere Bereiche

Ressorts wie Gesundheit oder Straßenbau, denen zweckgebundenen Finanzierungen zugeordnet sind, neigen dazu, in ihren Entwicklungsplänen unter Kostendeckungsdruck dazu, Kosten in andere Politikressorts oder an Dritte auszulagern, um in Euro pro Leistungseinheit ausgedrückte Parameter einhalten zu können. Aufgabe der Ressortkoordination in der Politik soll es daher sein, in einer Zusammenschau Kostenwahrheit herzustellen. Aus diesem Grund sind hier auch Verlagerungseffekte zu betrachten.

Verschiebung von Leistungen zu mobilen Pflegediensten, Hausärzten und Angehörigen

Der niederösterreichische Gesundheitspakt geht davon aus, dass zahlreiche bisher stationär ausgeführte chirurgische Eingriffe künftig tagesklinisch oder ambulant ausgeführt werden. Dies soll offenbar durch neue, weniger invasive Operationstechniken, durch verstärkten Einsatz der nachsorgenden Hausärzte und von Telemedizin in der Nachsorge sowie durch Auslagerung von Pflegearbeit an Angehörige von Patient*innen, an mobile Pflegedienste und den mobilen Palliativdienst erfolgen. Die Verlagerung vieler Dienste in weiter entfernte Standorte führt zudem erfahrungsgemäß zu vermehrten Entlassungen auf Revers. Ein Mehr an tagesklinischen Eingriffen und tendenziell frühere Entlassung führen zum Bedarf nach mehr Kapazität im Entlassungsmanagement. Es ist allerdings nicht bekannt, ob im Konzept des Fachärzteeentrums überhaupt ein Entlassungsmanagement vorgesehen ist – erwähnt wird es in den Aufzählungen der vorgesehenen Dienste nicht. Angesichts dieser Unklarheiten muss die Abschätzung des Ausmaßes der Kostenverschiebungen zu extramuraler Betreuung ungenau bleiben.

Im Bezirk leisten das NÖ Hilfswerk, die Volkshilfe, die Caritas und das Rote Kreuz verschiedene mobile Dienste für betreuungsbedürftige Personen. Diese und die Dienste niedergelassener Ärzt*innen werden bei Ersatz des Krankenhauses durch ein **Fachärzteezentrum** stärker in Anspruch genommen werden. Es ist anzunehmen, dass in ca. 1200-1700 Fällen pro Jahr (Mittelwert: 1450 Fälle) es zu früherer Entlassung in häusliche Pflege als bisher kommen wird, bei der im Schnitt 20 Stunden Pflegearbeit (inkl. Vor- und Nachbereitung) à 60 Euro kommt, das ergibt eine **Verlagerung von 1740 k€ pro Jahr**. In diesem Betrag sind kaum Verlagerungen nach

Tschechien enthalten, da schon jetzt kaum stationäre Aufnahmen tschechischer Patient*innen erfolgen. In dieser Betrachtung nicht enthalten sind Verlagerungen durch kürzere Hospitalisierung von Patient*innen aus dem Bezirk Gmünd, die aus **weiter entfernten** Krankenhäusern künftig früher als bisher entlassen werden.

Da es sich um eine Verschiebung handelt, entstehen keine volkswirtschaftlichen Mehrkosten und wird die quantitative Bewertung daher nur hinsichtlich der Aufstellung zusätzliche **Kostenbelastung für private Haushalte**.

Auch im Fall der Realisierung des LK GD 2.0 kommt es – in geringerem Ausmaß - zu einer Verschiebung der Nachsorge aus öffentlichen Budgets in jene privater Haushalte. Legt man die anteilig geringere Verlagerung auf ambulante Leistungen zu Grunde, ergibt sich ein Verlagerungseffekt von ca. 240 k€ p.a.

In andere stationäre Einrichtungen verlagerte Baukosten

In diesem Abschnitt geht es um die rgeographische Ausprägung des “best point of service”, also um Effekte von Verlagerungen zwischen Krankenhäusern. Verlagerungen dieser Art fallen nur in der **Variante Fachärzteezentrum** an. Die Schließung von Krankenhäusern ist in einem gewissen Ausmaß mit der Notwendigkeit von Erweiterungsinvestitionen in anderen Klinikeinrichtungen verbunden; nicht alle wegfallenden Hospitalisierungen können durch ambulante und tagesklinische Betreuung substituiert werden. Der Ersatz bestehender wohnortnaher Bettenkapazitäten mit bewährter Qualität durch an anderen Standorten neu errichtete Bettentrakte erhöht nicht nur Fahrtkosten, sondern stellt auch eine erhebliche Bau- und Betriebskostenbelastung dar, vor allem, wenn diesen keine Erlöse einer hochwertigen Nachnutzung für die aufgelassenen Kapazitäten gegenübersteht.

Es ist anzunehmen, dass bei Ersatz des LK GD durch ein Fachärzteezentrum ca. 5 Personen aus dem Bezirk pro Werktag statt bisher nach Gmünd in andere Krankenhäuser zur stationären Behandlung fahren werden, somit werden rund 30 Betten zusätzlich an anderen Standorten (v.a. Zwettl, Waidhofen an der Thaya und Horn) zusätzlich von Personen aus dem Bezirk belegt werden. Dies entspricht anteilig Mehrkosten zur **Planung, baulichen Errichtung und Ausstattung** von etwa **18 Millionen Euro bzw. eine Annuität von 1,08 M€**.

Die **Betriebskosten** dieser von Gmünd künftig an andere Standorte weitergeleiteten Patient*innen sind in Kapitel (Querwerb) bereits berücksichtigt.

Verschiebungen in den ambulanten Bereich und zu geringerer Kassenfinanzierung:

Qualitativ

Hier ist zu bewerten, ob Behandlungen am für sie geeignetsten Ort (dem “best point of service”) nicht im geographischen Sinn, sondern in Hinblick auf die Ausgestaltung der Dienstleistungseinrichtung gegeben ist – ob also eine Leistung (medizinisch, wirtschaftlich und für die Wahrnehmung der Patient*innen) besser anderswo erbracht werden sollte.

Die österreichische Gesundheitsversorgung ist stark von einer Koexistenz von zwei parallel finanzierten Systemen charakterisiert. Diese tiefverwurzelte Fragmentierung trennt auf der einen Seite Krankenhäuser, die traditionell v.a. von den Ländern finanziert werden, von dem

von Krankenkassen und zunehmend von den Patient*innen finanzierten ambulanten Sektor. Bemühungen zu Kostenverschiebungen zwischen Land und Kassen mögen für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung sehr stark prägen, indem aber sowohl Kassen und Länder abgabenfinanziert sind, werden Kostenverschiebungen zwischen ihnen in dieser Bewertung nicht differenziert, sondern nur die qualitativen Implikationen dieser Zerteilung und Verschiebungen zu den Privathaushalten; dieser Abschnitt behandelt daher die unterschiedliche Anzahl benötigter Kassen- und Wahlarztplanstellen, Einschränkungen bei Besetzbarkeit solcher Stellen, Verschiebung zwischen Kassen- zu Wahlarztstellen. Sollte das LK GD durch ein Fachärzteezentrum ersetzt werden, hätte dies verschiedene Auswirkungen auf den niedergelassenen Bereich:

- Verschiebung von der Landesfinanzierung zum ambulanten Bereich mit seinem derzeit sehr hohen Anteil der Finanzierung durch die Patienten (v.a. in Wahlarztpraxen)
- Stärkere Gebundenheit von Leistungen an Öffnungszeiten: es ist zwar auch im Fachärzteezentrum eine permanent besetzte Notaufnahme vorgesehen, Krankenhäuser bieten jedoch tendenziell breiter und besser durch Vorgaben steuerbare Betriebszeiten einzelner Leistungen.
- Wartezeiten: für stationäre Patient*innen gelten kürzere Wartezeiten und vereinfachter Zugang zur Kostendeckung für eine Vielzahl von Leistungen (z.B. CT, MRT).
- Sicherheit: Für ärztliche Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern gilt es als selbstverständliches Prinzip, dass die erbrachten ärztlichen Leistungen Kassenleistungen sind. Werden diese Leistungen in Ordinationen erbracht, fällt diese Sicherheit weg.
- In Gmünd besteht zudem eine Sonderregelung für tschechische Patient*innen aus dem Grenzgebiet, die bei Umstieg auf ein Facharztzentrum wegfielen.

Die geschätzten Auswirkungen sowohl auf ein Fachärzteezentrum als auch auf die Variante LK GD 2.0 sind in eine **qualitative Bewertung** möglicher Effekte mit aufzunehmen.

Studie⁵⁰ zeigt Zusammenhang

XXX

Qualitätsunterschiede wirken sich stark auf die Systemkosten aus: Im derzeitigen System sind sowohl Erstbegutachtungstermine bei Fachärzten, als auch Abklärungen als auch Behandlungen mit sich addierenden Wartezeiten verbunden, die eine Therapie, selbst wenn eine Kassenpatient*in ihre Beschwerde frühzeitig erkennt und aktiv bestmöglich m Heilerfolg mitwirken will, um viele Monate verzögert. Nimmt man an, dass die derzeit üblichen Wartezeiten von 6-10 Monaten die Behandlungskosten um 6% erhöhen, stellt dies einen Kostenfaktor von 4,77 M€ für den Bezirk Gmünd dar.

Kosten verzögerter Behandlung	Ausgaben	
	2024	2026
€ Gesundheitskosten Österreich	57,837.000.000	61,307.220.000
pro Kopf bei Einwo.zahl	€/Jahr 9,000.000	6812
davon LK-relevante Ausg.	€/Jahr	2271
<u>Nettomehrkosten Spätbehandlung</u>	6%	136

⁵⁰ Hans Pitlik et al., Struktur- und Schnittstellenprobleme im österreichischen Gesundheitswesen, WIFO-Studie, Wien 04/2026

Wenngleich ein Teil der Mehrkosten verspäteter Behandlung auf mangelndes Präventionsbewusstsein der Bevölkerung zurückzuführen ist, so besteht auch im Gesundheitssystem Handlungsbedarf.

Diese Mehrkosten können in beiden Varianten auftreten, und um abschätzen zu können, ob sie tatsächlich zu einem Mehraufwand von 6% führen, wären zusätzliche Informationen über die real erwartbaren Veränderungen von Abläufen, Angeboten und Kostenaufteilung erforderlich. In dieser Studie wurden daher keine Mehrkosten quantifiziert. Die Aussage, dass es zu 0-4,77 M€ Mehrkosten kommen wird, dient nur zur Orientierung bei der **qualitativen** Bewertung.

Zudem können Verlagerungen zu Niedergelassenen sich auf die Leistungsqualität z.B. durch in den einzelnen Szenarien unterschiedliches Ausmaß chirurgischer Spezialisierungen auswirken: In einem Krankenhaus verrichtete Tätigkeiten unterliegen strikten **Qualitätsmanagementvorgaben**. Bei Verlagerung in Facharztpraxen kommen dann nur noch weniger strikte Vorgaben zur Anwendung.

Wenn Gesundheitskassen durch prekäre finanzielle Situationen dazu gezwungen sind, Kosten zu sparen, führt eine solche Einsparung in der Regel zu einem späteren Kostenanstieg, z.B.:

- Herausnahme von Leistungen aus dem Katalog der von der gesetzlichen Krankenversicherung getragenen Leistungen bzw. Erhöhung von Selbstbehalten: Viele Patient*innen reagieren darauf mit Nichtinanspruchnahme oder verspäteter Inanspruchnahme
- Verzicht auf differenzialdiagnostische Abgrenzungen mit geringer Wirkungserwartung,
- Verringerung der den Patient*innen gewidmeten Zeit für Gespräche, Erläuterungen, Diagnose und Heilbehandlungen
- Verschiebung von Arbeiten zu weniger hoch entlohntem Personal, z.B. von der Notärzt*in zur Sanitäter*in, von der Oberärzt*in zur Assistenzärzt*in, von Ärzt*innen zu telefonisch kontaktiertem Sanitätspersonal – damit kann in manchen Fällen ein Qualitätsverlust verbunden sein, der längerfristig zu Mehrkosten führt.
- Verzögerung von Leistungserbringungen
- Verwendung billigerer Heilmethoden, Heilbehelfe und Medikamente
- Herabgesetzte diagnostische und therapeutische Leistungen für alte Personen.

Opportunitätskosten vermeidbarer Wartezeiten

Sparmaßnahmen bei der Gesundheitsversorgung führen oft dazu, dass Therapien zu spät verfolgt werden und dann bei geringeren Erfolgchancen zudem auch wesentlich teurer ausfallen. So schlägt sich bei eng betriebswirtschaftlicher Betrachtung die Verlängerung von Wartezeiten auf eine Untersuchung oder Behandlung kurzfristig Kosten senkend nieder, bei ex-post-Evaluierungen stellt sich jedoch oft eine deutliche Mehrkostenbelastung heraus, z.B. durch während der Wartezeit eingetretene Verschlechterungen oder Komplikationen. Diese Mehrkosten fallen umso drastischer aus, wenn die Verzögerung bereits bei der Diagnose auftritt; hier wird oftmals eine gar nicht teure Maßnahme aufgeschoben. Derzeit angewandte Kostenoptimierungssysteme beachten diese Kostenfälle oft nicht.

Nach einer Schließung des Krankenhauses mit vermehrten kurzfristigen Wartezeiten im Bereich von Stunden zu rechnen,

- da mehr ambulante Behandlungen mehr Vorstellungstermine erfordern,
- KTW-Transporte zwischen Bezirken logistisch herausfordernder sind und wegen ihrer höheren Kosten öfters zugewartet werden wird, bis mehrere Personen pro Fahrt befördert werden können,
- Längere Fahrten per PKW mit einer noch früheren Ankunftszeit geplant werden müssen, damit man sich bei Komplikationen der Fahrt nicht verspätet
- Mehr Online-Interaktionen zu mehr in Telefonwarteschleifen verbrachter Zeit führen werden.

Da diese Mehraufwände kaum erfassbar sind und bei sehr guter Vorbereitung ggf. weitgehend

Vorlaufzeit bis zur Versorgung (inkl. Un- und Notfälle) inkl. überregionaler Rettungsketten und Helikopterdienste

Helikopter können künftig vermehrt Einsatz finden, da vermehrt Modelle mit erhöhter Nachtflugtauglichkeit zum Einsatz kommen werden.

Zeitkritische Versorgungsfälle mit **gewöhnlichem bis hohem** Notversorgungsbedarf: Transportzeit derzeit vom Einsatzort oder vom LK Gmünd zum Heliport Litschauer Straße und von dort weiter in ein Spezial- (z.B. Unfall-)Krankenhaus. Fahrzeit vom Landeskrankenhaus zum Heliport (3,4 km) mit Blaulicht nie länger als 5 Minuten.

Nach Fertigstellung Fachärztezentrum: gleiche durchschnittliche Flugzeit, Landung direkt am Notarztstützpunkt. **Zeitersparnis 5 Minuten.**

Zeitkritische Versorgungsfälle mit **sehr hohem** Notversorgungsbedarf (z.B. Milzriss nach Unfall): Notarzt kann nur Erststabilisierung versuchen, Transport ins nächstgelegene Krankenhaus erforderlich; durchschnittliche Flugzeit nach Zwettl: aus Litschau (46 km) +13 Minuten, aus Weitra, Gmünd, Schrems, Amaliendorf ca. 25 km = +7 min⁵¹. Im Durchschnitt **Transportzeitverlängerung um 8 Minuten** durch längere Flugstrecke.

Durch Wegfall der Chirurgie in Gmünd kann es zu dem öfter als bisher der Fall eintreten, dass im Notfall benötigte chirurgische Kapazitäten aktuell nicht verfügbar sind, in einer solchen Engpasssituation entstehen dann noch höhere Zeitverlust durch Zielortsuche und längere Flugdistanz z.B. Nach Krems, Freistadt oder Budweis.

Sollte statt des Landeskrankenhaus ein Fachärztezentrum mit Heliport errichtet werden, kommt es in den zahlreicheren weniger kritischen Fällen zu einer Zeitersparnis von 5 Minuten, in manchen (selteneren) besonders kritischen Notfällen aber zu einem Transportzeitzuwachs von 8 Minuten.

Die Baukosten eines Heliports sind in den bewerteten Baukosten des Fachärztezentrums enthalten. Ausstattungs- und Betriebskostenveränderungen sind in keiner Variante zu erwarten, da bei Neubau eines Heliports bewegliche Ausstattung aus dem derzeitigen Standort leicht übersiedelt werden kann.

⁵¹ Flugzeiten errechnet nach Information auf <https://www.ara-flugrettung.at/unsere-hubschrauber>

Kosten: Ein Helikoptereinsatz kostet im Schnitt 4200 €. Wenn in Gmünd keine Notoperationen und weniger Notfallbehandlungen möglich sein werden, werden ca. 50 zusätzliche Helikoptereinsätze pro Jahr nötig, um die bisher gewohnte kurze Rettungskette nicht zu verschlechtern. Kosten: **210 k€ p.a.**

Sonstige Auswirkungen auf Zufriedenheit und Akzeptanz

Auswirkung auf die Attraktivität als Arbeitsstandort

Kollektivvertragslohn (€ brutto/Monat)

- Ordinationsassistent*in in Berufsgruppe 1 (Sekretärin, Schreibkraft, etc.): 2.157.- € brutto pro Monat im 11. Berufsjahr⁵²,
- Krankenhaus: Ordinationsassistent (Gruppe NOG 3): 2.817 im 11. Berufsjahr⁵³
- Differenz bto.: 660.- €/Monat = inkl. Dienstgeberanteil und Sonderzahlungen 12 k€ p.a., d.s. bei 40 Personen 480 k€.

Nimmt man an, dass durch die Änderung 10 Ärzt*innen einen Einkommensvorteil inkl. Lohnnebenkosten von je 80 k€ pro Kopf, d.s. zusammen 800 k€ bto./Jahr haben, aber 40 Beschäftigte im unteren Dienst p.a. 480 k€ verlieren und 50 Beschäftigte im mittleren Dienst einen Gehaltsnachteil zus. 1.000 k€ (20 k€ pro Kopf) im Jahr haben, entsteht eine Verringerung der Bruttolohnsumme von 680 k€. Nimmt man an, dass die Hälfte der Wahlärzte von außerhalb des Bezirks kommen, von den Beschäftigten aber nur 10%, entsteht den Bewohner*innen im Bezirk ein jährlicher Einkommensverlust inkl. Lohnnebenkosten von 1,08 M€ bzw. netto ca. 560 k€ p.a. Damit verringert sich die regionale Wertschöpfung **um XxX k€ p.a.**

In einem Krankenhaus beschäftigtes Personal hat zu einem großen Teil darüber hinaus noch gewisse Aufstiegsmöglichkeiten, Möglichkeit der Kombination von Anstellung und Selbständigkeit und Vorteile, die im Landesdienst Beschäftigte gegenüber Beschäftigten in der Privatwirtschaft haben.

Eignung zur Nutzung von Synergien zum Vorteil der PatientInnen (one-stop-shop-Erledigungen)

Ein wesentliches Motiv der Einführung allgemeiner öffentlicher Krankenhäuser in historischer Zeit war die Verfügbarkeit verschiedener Spezialist*innen am selben Ort, die es rasch und effizient ermöglichte, interdisziplinär zu diagnostizieren und zu therapieren – sind ja in vielen Fällen Expert*innen verschiedener Fachrichtungen gefordert, um z.B. durch Abklärungen, die die Gegenwart der Patient*in erfordern, eine Ausschlussdiagnose treffen zu können. Beschränkt man den Leistungsumfang kleiner Klinken auf wenige ganz spezifische Maßnahmen, sinkt die Anzahl solcher Synergien stark. Abgesehen von Kosten- und Zeitersparnis bewirken diese Synergieeffekte oft ein insgesamt besseres Resultat und für die Patient*innen die Annehmlichkeit, nicht mehrere Termine mit gesonderten Anmeldungen, Wartezeiten und Fahrten zu benötigen. In Krankenhäusern wird i.d.R. nicht erfasst, wie oft es zu interdisziplinären Konsultationen und Zuweisungen auf kurzem Weg kommt, daher können die Auswirkungen

⁵² KOLLEKTIVVERTRAG für Angestellte bei ÄrztInnen, ärztlichen Gruppenpraxen sowie Primärversorgungseinheiten in Niederösterreich, gültig ab 1.1.2026, zitiert nach https://www.arztnoe.at/fileadmin/Data/Documents/pdfs/1_2026/Kollektivvertrag_ab_1.1.2025_akt.pdf

⁵³ https://epaper.noe-lga.at/Gehaltstabelle-NOG_01.01.2025/4/index.html

eines Rückgangs nicht verlässlich quantitativ geschätzt, sondern nur auf einer Punkteskala qualitativ bewertet werden.

Zufriedenheit und Annehmlichkeit auf Patientenseite (Gesprächszeit, Aufenthaltsqualität, Essen, Besuchs- und Betriebszeiten, Sprachdienste)

Gesundheitsleistungen bestehen stets aus einem quantitativ messbaren und einem nur qualitativ erfassbaren Teil: Die genesungsrelevante Betreuung, die z.B. einer stationär betreuten Patient*in – ob Kind oder alt – zuteil wird, besteht traditionell aus einem Teil von Care-Arbeit – Freundlichkeit, Beantwortung von Fragen, Anhören von Beschwerden, Sorgen und Wünschen, Gefälligkeiten usw. und einem quantitativ messbaren wie Verabreichungen, Untersuchungen, Physiotherapie, Operationen, Konsilien, Bettüberziehen usw. Erfolgt die Honorierung der Dienste nur auf Grundlage von Messwerten, verzögert oder hindert dies oft den Genesungsverlauf und schafft dadurch nicht zuletzt Mehrkosten.

In frühere Gesundheitsstrategien des Landes NÖ floss daher die Patient*innenzufriedenheit vorrangig ein, wie die LR belegt: *„Besonders gute Werte gab es zudem für die „kleinen“ Kliniken. An der Standortgarantie wird daher nicht gerüttelt: „Wer eine flächendeckende Versorgung in einem Flächenbundesland will, der braucht auch alle 27 Klinikstandorte mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. Zudem erreichen dadurch 99 Prozent der Niederösterreicherinnen und Niederösterreicher ihr nächstes Klinikum binnen 45 Minuten“, heißt es von Pernkopf⁵⁴.“*

Der Gesundheitsplan 2040+ sollte daher insofern überdacht werden, dass dem Patient*innenfeedback wiederum diese Bedeutung zukommt. Dies würde zu einer implizierten Höherbewertung stationärer Aufenthalte, kleiner Krankenhäuser, kurzer Wartezeiten und zur Steigerung der den Patient*innen von Pflege und Ärzten gewidmeten Zeit führen, selbst wenn dies, um die Kosten unter Kontrolle zu halten zu Verzögerungen bei der Einführung einiger messbarer Therapien führen müsste.

Nur ein Teil der zufriedenheitsrelevanten Kriterien ist leicht quantifizierbar (z.B. Öffnungszeiten, Anteil von Bioprodukten, usw.), andere entziehen sich quantitativer Evaluation (z.B. Freundliches oder gestresstes Personal, Zureichendheit von Erklärungen, Sorgfalt im Entlassungsprozess,...) - all dies ist ja der Grund dafür, dass Krankenhausbetreiber, Kassen und die Arbeiterkammer laufend die Zufriedenheit der Patient*innen empirisch erfragen. Noch schwerer empirisch erfassbar ist der weitgehend unbestrittene Einfluss qualitativer Faktoren auf Heilungsverläufe.

*Überforderte Patient*innen*

Komplizierter werdende Zuständigkeiten, Anmelde- und Ablaufmodalitäten und Kommunikationssituationen bewirken v.a. bei älteren, wenig Deutschkundigen, psychisch und mental behinderten Personen erschwerte Orientierung im System, die abgesehen von Kosten- und Mobilitätsbarrieren dazu führen kann, dass Menschen Dienste, die sie benötigen, **nicht nachfragen bzw. nicht annehmen und nicht oder wenig kooperieren**. Dies kann sich in **Ablehnung oder Angst** manifestieren und bis zur Verweigerung jeglicher Behandlung führen, die in Extremfällen suizidale Dimension erreichen kann, und auch zu assistiertem Suizid führen kann. Diese Fälle mögen nicht zahlreich sein, angesichts ihrer Schwere sind sie aber bei der

⁵⁴https://noe.gv.at/noe/Kliniken_und_Pflege_1.000_Euro_Landesmittel_sorgen_fuer_.html

Entscheidung zwischen Varianten von Gesundheitseinrichtungen mitzudenken. Es fehlen Untersuchungen darüber, wie Angebote gestaltet sein müssen, um solche Patienten nicht “abzuhängen”. Doch kann auch ohne Studienevidenz die Aussage gewagt werden, dass sich geschultes Personal mit ausreichend Zeit für Gespräche ebenso positiv auswirken wie geringe räumliche Entfernung und ein eher traditionelles Setting – eine Umgebung, die man schon kennt und in die eigene bekannte Welt leicht einordnen kann. Auch wird wohl eine Rolle spielen, ob man die konkreten Kontaktpersonen und Räumlichkeiten schon von früher kennt und schon früher zumindest eine minimale Beziehung zu ihnen aufgebaut hat. Die Varianten sind auch in dieser Hinsicht **qualitativ zu bewerten**.

Bewertungsmatrix

<u>Bewertungskriterien</u>	<u>Punkte</u>
<u>Baukosten</u>	
<u>Bewertungsmethode</u>	
<u>Fachärztezentrum</u>	
<u>LK GD 2.0</u>	
<u>Instandhaltungs- und Betriebskosten (inkl. Personal) _____</u>	
<u>Fachärztezentrum:</u>	
<u>Kosten der Leistungserbringung LK GD 2.0</u>	
<u>Abbruchkosten und Verwertungserlöse nicht mehr benutzter Gebäude und Anlagen, Übersiedlungskosten</u>	
<u>Mobilität, Klima und Nachhaltigkeit</u>	
<u>Auswirkung veränderter Weglängen Variante LK GD 2.0 gegenüber Status Quo</u>	
<u>Auswirkung veränderter Weglängen Variante Fachärztezentrum gegenüber Status Quo</u>	
<u>Flächen- und Rohstoffverbrauch,</u>	
<u>Natura 2000 - Biokorridor mit Habitatschutz</u>	
<u>Hochwasser</u>	
<u>Altlasten</u>	
<u>Gesundheit und Gesundheitsökonomie</u>	
<u>Durch Privatisierung verringerte Unsicherheit, Bestandssicherheit</u>	
<u>Zukunftsfähigkeit</u>	
<u>Aus- und Anlaufphasen eines neuen Ärztezentrum im Vergleich zu Kosten „eingespielter guter Praxis“</u>	
<u>Entwicklungsperspektive</u>	
<u>Auswirkungen bei Epidemien, Katastrophen und Großunfällen</u>	
<u>Synergiepotenziale interdisziplinärer Behandlungszugänge bei verschiedenen Krankheitsbildern</u>	
<u>Auswirkung des Wegfalls von Leistungen, die bisher für PatientInnen aus anderen Regionen Niederösterreichs und Südböhmens erbracht wurden</u>	
<u>Auswirkungen auf das Outplacement und nachgelagerte mobile Dienste</u>	

Auswirkung auf die Betreuung Sterbender	
Auswirkung unterschiedlicher Besuchsintensität	
Konzentration auf wertvolle Dienstleistungen	
Regional- und Volkswirtschaft	
In der Variante LK GD 2.0 werden kaum spürbare Effekte auf Liegenschaftswerte auftreten und somit erfolgt auch keine Bewertung.	
Küchenservice	
Bewertung von Arbeitsplatzeffekten	
Auswirkungen auf die Budgets der Gemeinden im Bezirk	
Auswirkungen unterdurchschnittlicher Gesundheitsversorgung auf An-/Absiedelungsverhalten und Personalrekrutierung regionaler Betriebe	
Auswirkungen der Demographie	
Verschiebungen in andere Bereiche	
Verschiebung von Leistungen zu mobilen Pflegediensten, Hausärzten und Angehörigen	
In andere stationäre Einrichtungen verlagerte Bau- und Betriebskosten	
Verschiebungen in den ambulanten Bereich und zu geringerer Kassenfinanzierung:	
Opportunitätskosten vermeidbarer Wartezeiten	
Vorlaufzeit bis zur Versorgung (inkl. Un- und Notfälle) inkl. überregionaler Rettungsketten und Helikopterdienste	
Sonstige Auswirkungen auf Zufriedenheit und Akzeptanz	
Auswirkung auf die Attraktivität als Arbeitsstandort	
Eignung zur Nutzung von Synergien zum Vorteil der PatientInnen (one-stop-shop-Erledigungen)	
Zufriedenheit und Annehmlichkeit auf Patientenseite (Gesprächszeit, Aufenthaltsqualität, Essen, Besuchs- und Betriebszeiten, Sprachdienste)	
Überforderte Patient*innen	

Für jedes der leeren Fenster wird ein Wert ermittelt, der ein Produkt aus der (positiven oder negativen) Ausprägung des Kriterium im betrachteten Szenario und des in jedem Szenario gleichen Gewichtungsfaktors, der die Bedeutsamkeit des Kriterium beschreibt, darstellt.

Es ist durchaus im Sinn des Autorenteam, diese Methode in anderen, ähnlich gelagerten Fällen zum Einsatz zu bringen bzw. generell vor Standortentscheidungen anzuwenden, um zu verhindern, dass politisch bereits kommunizierte Planungen unter großem Zeitverlust und erheblicher Anspannung des politischen Konsensklimas im Nachhinein revidiert werden müssen.

Einige Literatur XXX

Edwards, W.; Baron, F.H. (1994). "Improved simple methods for multi-attribute utility measurement". *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. **60**: 306–325. doi:10.1006/obhd.1994.1087.

Mardani, Abbas; Jusoh, Ahmad; Zavadskas, Edmundas Kazimieras; Khalifah, Zainab; Nor, Khalil MD (3 September 2015). "Application of multiple-criteria decision-making techniques and approaches to evaluating of service quality: a systematic review of the literature". *Journal of Business Economics and Management*. **16** (5): 1034–1068. doi:10.3846/16111699.2015.1095233. ISSN 1611-1699.

Elke Dahlbeck, Josef Hilbert (Hrsg.), 2017: Gesundheitswirtschaft als Motor der Regionalentwicklung, ISBN 978-3-658-06625-3 ISBN 978-3-658-06626-0 (eBook) DOI 10.1007/978-3-658-06626-0, Springer, Wiesbaden

<https://noegemeindebund.at/das-gesundheitssystem-neu-in-den-regionen/>

https://www.noeg.at/noe/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden_Hochbau_und_Hygiene_Errichtung_Betrieb_KA.pdf

https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27.pdf

KKVD: Dezentrale Krankenhausstruktur ist Erfolgsfaktor in der Krise (*News des Tages*, 27.07.2020)

https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/wp-content/uploads/2024/03/KH_statt_Fabrik_Broschuere_2020__19_Schlie_ung_kleiner_Haeuser-1.pdf

<https://www.falter.at/zeitung/20241022/schliesst-diese-spitaeler>

Zukunftsfähige Krankenhausversorgung Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen Autoren Dr. Stefan Loos Dr. Martin Albrecht Karsten Zich, Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh 2019

Projektleitung: DI Dr. Bernhard Schneider, pl@nschmie.de Tel. 067676 14000
Raumplaner (TU Wien, Schwerpunkt Infrastrukturpolitik), Regionalwissenschaftler (Schwerpunkt Redevelopment von Großimmobilien), Ingenieurkonsulent für Raumplanung und Raumordnung, European Continuous Improvement Manager, eigenes Planungsbüro Pl@nschmie.de (Machbarkeitsstudien, regionalwirtschaftliche Bewertung, Evaluation, Bewertung von Forschungsanträgen v.a. European Innovation Council, European New Bauhaus)

Anhang I: Neubauplan 2010

2010 wurde in einem EU-kofinanzierten Projekt ein „HealthAcross-Gesundheitszentrum 2010“⁵⁵ kalkuliert. Es wurde nicht errichtet, aber ein kleiner Teil der projektierten Aufgaben wurde durch das HealthAcross-Med-Zentrum später abgedeckt. In der vorliegenden Studie wird dieses Vorhaben nicht bewertet, da die Finanzierung nicht realistisch sein dürfte. Die Kalkulation wurde z.T. dazu benutzt, um die Plausibilität der in den beiden Bewertungsvarianten geschätzten Kostenpositionen zu überprüfen und ist daher nachstehend angeführt.

Die Kosten des Umbaus zur Erfüllung der o.a. Funktionen wurden 2010 mit 130 M€ geschätzt. Der Baukostenindex 2010-1,4,2026 beträgt 160%, sodass die valorisierten Kosten auf 209 Mio. € zu schätzen sind.

Abteilungen	Betten
Chirurgie	30
Gynäkologie	30
Interne	30
Reha	30
Stationäre Bettenabteilung	30
Summe	150
Gemischter Bettenfonds Intensiv	8
OP-Säle f. Interne, Cir., Ortho, Gyn + Reha	3
Endoskopie	1
Ordinationen: bis zu	50
Einzugsgebiet: 50.000 Personen, LK GD hatte damals 7000-7300 Patient*innen jährlich + 600 aus CV -> Bedarf 132 Betten; inkl. Reserve 150 + 8 Intensivbetten	

Fazit: „Eine stationäre Einrichtung mit 150 Betten und 8 Intensivstationsbetten scheint daher als realistisch, wirtschaftlich vorteilhaft und kapazitätsmäßig als ausreichend gegenüber dem Status Quo.“⁵⁶

Nutzfläche:

Stationen und Innerschließung: 6697 m² für Operationssäle, Aufnahmebereich, Bettenräume, Neonatologie, Reha+Physiotherapie, Poliklinik, Apotheke mit Ausgabe, Labor, Röntgen, CT, MrT, Sono, Hämatologie, Immunologie, Rettungsdienst

Nebenflächen: Büros 350 m² + Archiv 100 m² + Bettenvorbereitung 250 m² + Essensversorgung 150 m² + Kapelle 30 m² + Gaslager 30 m² + Reinigung 300 m² + Schaltanlage 300 m² + Hörsaal 100 m² + Raum f. Verstorbene 30 m² = in Summe 1640 m²

Summe Stationen und Nebenflächen 8337 m²

⁵⁵ Gesundheitsmanagement OG, Health-Across-Report 2 – Machbarkeitsstudie, Wien 2010, ISBN 978-3-9501360-0-5, Supervisor: Thomas Kostera, Freie Universität Brüssel

⁵⁶ ibid.

Dieses Ausmaß entspricht einer Bruttogeschoßfläche von ca.10.500 m². Bei dreigeschossiger Bauweise mit Teilunterkellerung ergibt dies eine verbauten Fläche von ca.3.000 m².

Errichtungskosten (2010): 45 Mio. €

Nicht berechnet: Planung und Baumanagement inkl. Aufsicht, Grundstück, Infrastruktur (Wegenetz am Grundstück, Anschließung, Grünraum, Einfriedung).

Für die Planung samt Baumanagement sind ca. 12% zu veranschlagen, für ein entsprechendes Grundstück ca. 0,5 Mio., für die Anschließung ca.24% der Baukosten = 10,8 M€

Gesundheits- und Management-IT inkl. Software und 9,24 M€

Kosten Ausstattung (k€):

Kosten Ausstattung	(k€)
Zimmer:	180
Intensivstation	70
Untersuchungs- und Personalräume	45
Poliklinik mit Wartebereich	226
Endoskopiesaal	100
3 OPs	360
Röntgen	140
Instrumente	40
Laparoskopie	200
Kreißsaal	42
Kardiotokograph	18
Monitor + Sonograph	206
Neugeborenenbox	72
MR	1000
CT	880
Apotheke	100
Röntgen	800
Labors	800
Sterilisation	800
Reha	30
Tagesklinik	24
Bettzeug und Geschirr	17
ICT	600
ERP	400
Harware	400
Arbeitsplätze	1000
Software	80
Summe Ausstattung	8630

Baukostenindex 2010-26 +159%

	k€ (2010)	k€ (2026)
Gebäude	45000	71550
Grundstück	500	795
Anschließung	10800	17172
Bauaufsicht und -management	5400	8586

Ausstattung	8630	13721,7
Summe	70330	111824,7

Die Errichtungskosten eines neuen Krankenhauses lt. Planung 2010 würde hochgerechnet auf die Preisbasis von 2026 knapp 112 Millionen Euro betragen.

Anhang II: Laufende Kosten

Laufende Kosten Spitalsneubau	Jahr	€ 2010	€ 2026
Materialverbrauch		2.467.200	3.922.848
– <i>darin Heilmittel</i>		295.200	469.368
– <i>darin Medizinmaterial</i>		570.000	906.300
– <i>darin Material für die Poliklinik</i>		466.800	742.212
Verkaufte Ware		1.486.200	2.363.058
Energie		444.000	705.960
Dienstleistungen		180.000	286.200
– <i>darin Reparatur und Instandhaltung</i>		120.000	190.800
– <i>darin IT</i>		480.000	763.200
sonstige lfd.Kosten inkl. Abschreibung		384.000	610.560
Summe		4.961.400	7.888.626